

Høringsnotat

Oppfølging av Primærhelsetjenestemeldingen og Oppgavemeldingen mv.

Lovfesting av kompetansekrav i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, overføring av tannhelsetjenesteansvaret fra fylkeskommunene til kommunene, forsøk med overføring av driftsansvar for distriktpsykiatriske sentre (DPS) til kommuner, tydeliggjøring av kontaktlegeordningen og lovfesting av krav om psykososial beredskap og oppfølging mv.

Utsendt: 6. juni 2016

Høringsfrist: 1. oktober 2016

1	Innledning - bakgrunn	11
2	Oppsummering av høringsforslaget	12
3	Oppfølging av forslag i Meld. St. 26 (2014-2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet	14
3.1	Innledning - bakgrunn	14
3.2	Lovfesting av kompetansekrav i den kommunale helse- og omsorgstjenesten	15
3.2.1	Nærmere om forslaget i Primærhelsetjenestemeldingen	15
3.2.2	Stortingets behandling av forslagene i meldingen	18
3.2.3	Gjeldende rett	21
3.2.4	Helse- og omsorgsdepartementets vurdering og forslag	21
3.2.5	Forslag til lovregulering	28
3.2.6	Administrative og økonomiske konsekvenser	28
3.3	Lovfesting av den kommunale helse- og omsorgstjenestens veiledningsplikt overfor spesialisthelsetjenesten	30
3.3.1	Nærmere om forslaget i Primærhelsetjenestemeldingen	30
3.3.2	Stortingets behandling av meldingen	31
3.3.3	Helse- og omsorgsdepartementets vurdering og forslag	31
3.3.4	Forslag til lovregulering	34
3.3.5	Administrative og økonomiske konsekvenser	35
3.4	Krav til ledelse i den kommunale helse- og omsorgstjenesten	35
3.4.1	Nærmere om forslaget i Primærhelsetjenestemeldingen	35
3.4.2	Stortingets behandling av meldingen	36
3.4.3	Helse- og omsorgsdepartementets vurdering	36
3.4.4	Administrative og økonomiske konsekvenser	39
3.5	Tydeliggjøring av ansvaret for pasient-, bruker- og pårørendeopplæring i den kommunale helse- og omsorgstjenesten	39
3.5.1	Nærmere om forslaget i Primærhelsetjenestemeldingen	39
3.5.2	Stortingets behandling av meldingen	40
3.5.3	Nærmere om Helse- og omsorgsdepartementets høringsnotat om styrket pårørendestøtte	41
3.5.4	Helse- og omsorgsdepartementets vurdering og forslag	42
3.5.5	Forslag til lovregulering	45

3.5.6	Administrative og økonomiske konsekvenser	45
3.6	Tydeliggjøring av helse- og omsorgstjenestens ansvar for å forebygge, avdekke og avverge vold og seksuelle overgrep.....	45
3.6.1	Innledning	45
3.6.2	Nærmere om forslaget i Primærhelsetjenestemeldingen	46
3.6.3	Stortingets behandling av meldingen.....	46
3.6.4	Gjeldende rett:.....	46
3.6.5	Helse- og omsorgsdepartementets vurdering og forslag.....	51
3.6.6	Forslag til lovregulering.....	59
3.6.7	Økonomiske og administrative konsekvenser	59
4	Etablering av forsøksordning hvor større kommuner kan få ansvar for å drifte distriktpsikiatriske sentre (DPS).....	60
4.1	Innledning - bakgrunn	60
4.2	Nærmere om forslaget i Oppgavemeldingen.....	60
4.3	Stortingets behandling av meldingen	61
4.4	Dagens oppgavefordeling	61
4.4.1	Psykisk helsearbeid i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.....	61
4.4.2	Psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten – DPS	62
4.5	Gjeldende rett – psykisk helsevern.....	64
4.5.1	Innledning	64
4.5.2	Vilkår for etablering og opprettholdelse av tvungent psykisk helsevern. 65	
4.5.3	Tvungen observasjon	65
4.5.4	Kravet til institusjonens faglige og materielle egnethet, herunder godkjenning 65	
4.5.5	Prosessuelle og personelle vilkår for etablering av tvang.....	66
4.5.6	Gjennomføring av tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern. 66	
4.5.7	Tilsyn, kontroll og overprøving	69
4.6	Helse- og omsorgsdepartementets vurdering og forslag	70
4.6.1	Innledning	70
4.6.2	Etablering av forsøksordningen med hjemmel i forsøksloven	70
4.6.3	Overordnet om saksgangen for etablering av konkret forsøk.....	73
4.6.4	Hovedelementer i forsøksordningen	74
4.6.5	Forholdet til ansatte.....	76

4.6.6	Kommunalt samarbeid	80
4.6.7	Regelverk om offentlige anskaffelser	81
4.7	Finansieringsordninger - administrative og økonomiske konsekvenser.....	85
4.7.1	Innledning	85
4.7.2	Dagens finansiering av DPS	85
4.7.3	Avtale om overføring av midler fra regionale helseforetak direkte til kommuner	85
4.7.4	Prinsipper for å beregne overføring av midler	86
5	Overføring av ansvaret for tannhelsetjenester fra fylkeskommunen til kommunen	87
5.1	Tidligere vurderinger av forvaltningsnivå for tannhelsetjenesten	87
5.2	Forslaget i Oppgavemeldingen og Stortingets behandling av meldingen	88
5.2.1	Overføring av den offentlige tannhelsetjenesten til kommunene	88
5.2.2	Føringer for fremtidig lovregulering - generalistkommuneprinsippet mv.	89
5.3	Dagens tannhelsetjeneste – særpreg, gjeldende rett og utviklingstrekk	90
5.3.1	Særpreg	90
5.3.2	Gjeldende rett.....	91
5.3.3	Utviklingstrekk	93
5.4	Utgangspunkt for lovforslaget i høringsnotatet	96
5.5	Lovstruktur for fremtidig regulering av kommunale tannhelsetjenester	98
5.5.1	Modell 1 – videreføre dagens lovstruktur	98
5.5.2	Modell 2 – ta inn tannhelsetjenester i helse- og omsorgstjenesteloven ...	98
5.6	Formål og virkeområde	100
5.6.1	Formål	100
5.6.2	Virkeområde	101
5.7	Forholdet til andre lover	106
5.7.1	Forholdet til helsepersonelloven	106
5.7.2	Forholdet til forvaltningsloven	106
5.8	Kommunens ansvar for tilgjengelige tannhelsetjenester til befolkningen....	109
5.8.1	Oversikt over fylkeskommunens ansvar for tannhelsetjenester.....	109
5.8.2	Gjeldende rett.....	110
5.8.3	Departementets vurdering og forslag.....	111
5.8.4	Forslag til lovregulering.....	115

5.8.5	Økonomiske og administrative konsekvenser	116
5.9	Kommunens ansvar for tannhelsetjenester til bestemte grupper	117
5.9.1	Oversikt over gjeldende rett.....	117
5.9.2	Plikt til å gi et regelmessig og oppsøkende tilbud	119
5.9.3	Barn og unge fra fødsel til og med det året de fyller 18 år	120
5.9.4	Ungdom som fyller 19 eller 20 år i behandlingsåret.....	121
5.9.5	Psykisk utviklingshemmede i og utenfor institusjon	122
5.9.6	Grupper av eldre, langtidssyke og uføre i institusjon og hjemmesykepleie	122
5.9.7	Andre grupper som kommunen har vedtatt å prioritere.....	130
5.9.8	Tannhelsetjenester til voksne mot betaling.....	131
5.9.9	Tannhelsetjenester til personer med rusavhengighet	132
5.9.10	Tannhelsetjenester til innsatte i fengsler i kriminalomsorgen	137
5.9.11	Prioriteringsbestemmelser.....	139
5.9.12	Forslag til lovregulering.....	140
5.9.13	Økonomiske og administrative konsekvenser	141
5.10	Helsefremmende og forebyggende tannhelsearbeid	142
5.10.1	Om den fylkeskommunale tannhelsetjenestens folkehelsearbeid.....	142
5.10.2	Gjeldende rett.....	143
5.10.3	Departementets vurdering og forslag.....	144
5.10.4	Økonomiske og administrative vurderinger.....	145
5.11	Forholdet til privat tannhelsevirksomhet	145
5.11.1	Avtaler med private tjenesteytere	145
5.11.2	Private tjenesteytere uten avtale med kommunen.....	149
5.11.3	Økonomiske og administrative konsekvenser	151
5.12	Kommunens plikt til samhandling og samarbeid.....	151
5.12.1	Gjeldende rett.....	151
5.12.2	Departementets vurdering og forslag.....	152
5.12.3	Økonomiske og administrative konsekvenser	153
5.12.4	Ansvar for samordning av offentlige og private tannhelsetjenester ..	154
5.13	Kommunens ansvar for akutt tannhelsehjelp.....	156
5.13.1	Gjeldende rett.....	156
5.13.2	Departementets vurdering og forslag.....	158

5.13.3	Økonomiske og administrative konsekvenser	161
5.14	Pasient- og brukermedvirkning mv.....	161
5.14.1	Gjeldende rett.....	161
5.14.2	Departementets vurdering og forslag.....	162
5.14.3	Økonomiske og administrative konsekvenser	162
5.15	Krav til forsvarlighet, pasientsikkerhet og kvalitet.....	163
5.15.1	Om kvalitet, pasientsikkerhet og forsvarlighet i tannhelsetjenesten..	163
5.15.2	Gjeldende rett.....	165
5.15.3	Departementets vurdering og forslag.....	167
5.15.4	Økonomiske og administrative konsekvenser	168
5.16	Særlige plikter og oppgaver	168
5.16.1	Transport av behandlingspersonell	168
5.16.2	Beredskapsarbeid	171
5.16.3	Plikt til bistand ved ulykker og andre akutte situasjoner	171
5.16.4	Politiattest	172
5.16.5	Registrering av meldinger.....	174
5.16.6	Meldingsplikt til kommuneadministrasjonen	176
5.16.7	Opplysningsplikt til Statens helsetilsyn og Fylkesmannen.....	177
5.16.8	Journal- og informasjonssystemer	178
5.17	Individuell plan, koordinator og koordinerende enhet.....	180
5.17.1	Gjeldende rett.....	180
5.17.2	Departementets vurdering og forslag.....	182
5.17.3	Økonomiske og administrative konsekvenser	183
5.18	Undervisning, praktisk opplæring, utdanning og forskning	183
5.18.1	Undervisning og praktisk opplæring.....	183
5.18.2	Videre- og etterutdanning	185
5.18.3	Forskning	186
5.19	Finansiering og egenbetaling	189
5.19.1	Kommunens ansvar for utgifter til tannhelsetjenester	189
5.19.2	Vederlag for tannhelsetjenester.....	194
5.19.3	Pasienttransport til og fra den kommunale tannhelsetjenesten	198
5.19.4	Plikt til å utarbeide atskilte regnskaper mv. for tannhelsetjenester ...	201

5.19.5	Særlig om finansiering av spesialisttannhelsetjenester	203
5.20	Forskjellige bestemmelser	204
5.20.1	Taushetsplikt	204
5.20.2	Statlig tilsyn	207
5.21	Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven.....	210
5.21.1	Virkeområde og definisjoner	210
5.21.2	Rett til nødvendig tannhelsehjelp fra kommunen	211
5.21.3	Rett til individuell plan	216
5.21.4	Rett til syketransport	216
5.21.5	Forvaltningslovens anvendelse	217
5.21.6	Barns rett til helsekontroll.....	217
5.21.7	Klage	219
5.21.8	Pasient- og brukerombud	224
5.22	Gjennomføring av oppgaveoverføringen til kommunene.....	227
5.22.1	Utgangspunkt	227
5.22.2	Virksomhetsoverdragelse - forholdet til ansatte	227
5.22.3	Virksomhetsoverdragelse – forholdet til virksomhetene mv.	229
5.22.4	Interkommunalt samarbeid mv. etter virksomhetsoverdragelsen	236
6	Tydeliggjøring av spesialisthelsetjenestens plikt til å oppnevne kontaktlege.....	239
6.1	Innledning - bakgrunn	239
6.2	Gjeldende rett	239
6.3	Helse- og omsorgsdepartementets vurderinger og forslag	241
6.4	Forslag til lovregulering	242
6.5	Administrative og økonomiske konsekvenser	242
7	Tydeliggjøring av kommunens plikt til psykososial beredskap og oppfølging ..	242
7.1	Innledning - bakgrunn	242
7.2	Gjeldende rett	243
7.3	Helse- og omsorgsdepartementets vurdering og forslag	245
7.4	Forslag til lovregulering	247
7.5	Administrative og økonomiske konsekvenser	248
8	Administrative og økonomiske konsekvenser av de samlede forslagene	248
8.1	Oppfølging av forslag fra Primærhelsetjenestemeldingen	248

8.1.1	Lovfesting av kompetansekrav i den kommunale helse- og omsorgstjenesten	248
8.1.2	Lovfesting av den kommunale helse- og omsorgstjenestens veiledningsplikt overfor spesialisthelsetjenesten	249
8.1.3	Tydeliggjøring av ansvaret for pasient-, bruker- og pårørendeopplæring i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.....	249
8.1.4	Tydeliggjøring av helse- og omsorgstjenestens ansvar for å forebygge, avdekke og avverge vold og seksuelle overgrep	250
8.2	Oppfølging av forslag fra Oppgavemeldingen	250
8.2.1	Overføring av tannhelsetjenesteansvaret	250
8.2.2	Etablering av forsøksordning med kommunalt drevet DPS	255
8.3	Forslag om å tydeliggjøre kommunens plikt til psykososial beredskap og oppfølging	256
9	Spesielle merknader til lovendringer.....	256
9.1	Merknader til forslag til endringer i helse- og omsorgstjenesteloven	257
9.2	Merknader til forslag til endringer i pasient- og brukerrettighetsloven.....	260
9.3	Merknader til forslag til endringer i andre lover	261
9.3.1	Folkehelseloven	261
9.3.2	Pasientjournalloven.....	261
9.3.3	Helseregisterloven.....	261
9.3.4	Merverdiavgiftsloven.....	261
9.3.5	Spesialisthelsetjenesteloven.....	262
10	Lovendringer.....	262
10.1	Forslag til endringer i helse- og omsorgstjenesteloven.....	262
10.2	Forslag til endringer i pasient- og brukerrettighetsloven.....	265
10.3	Forslag til endringer i andre lover.....	266
10.3.1	Folkehelseloven	266
10.3.2	Pasientjournalloven.....	266
10.3.3	Helseregisterloven.....	266
10.3.4	Merverdiavgiftsloven.....	267
10.3.5	Spesialisthelsetjenesteloven.....	267
10.3.6	Tannhelsetjenesteloven	267
10.4	Forslag til oppheving av tannhelsetjenesteloven	268

1 Innledning - bakgrunn

Helse- og omsorgsdepartementet sender på høring forslag om en rekke endringer i helse- og omsorgstjenestelovgivningen.

Endringsforslagene er en del av departementets oppfølging av forslag i *Meld. St. 26 (2014-2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet* (heretter betegnet med kortformen "Primærhelsetjenestemeldingen"), som ble fremlagt 7. mai 2015. Forslagene er omtalt i høringsnotatets kapittel 3. I tillegg foreslås det enkelte lovendringer som ikke er omtalt i Primærhelsetjenestemeldingen, jf. høringsnotatets kapittel 6 og kapittel 7.

Departementet viser også til Kommunal- og moderniseringsdepartementets høringsnotat av 1. juni 2016 hvor det foreslås lovendringer som inngår i gjennomføringen av kommunereformen. Regjeringen la 20. mars 2015 frem *Meld. St. 14 (2014-2015) Kommunereformen – nye oppgaver til større kommuner* (heretter også betegnet med kortformen "Oppgavemeldingen"). I stortingsmeldingen foreslås det å overføre til kommunene en rekke oppgaver på ulike samfunnsområder som i dag er tillagt fylkeskommunene, fylkesmennene og staten. Denne stortingsmeldingen inngår i regjeringens arbeid med en kommunereform som springer ut av regjeringens politiske plattform (Sundvolden-erklæringen) og forslag i Prop. 95 S (2013-2014) Kommuneproposisjonen 2015 med en egen meldingsdel om kommunereformen. I denne meldingen ble behovet for reform, kriteriene fra ekspertutvalgets delrapport, samt en omtale av prosess og virkemidler presentert.

Kapittel 1 i Oppgavemeldingen inneholder en generell omtale av hensynene bak kommunereformen og behovet for oppgaveoverføringer. Målene for reformen er gode og likeverdige tjenester til innbyggerne, helhetlig og samordnet samfunnsutvikling, bærekraftige og økonomisk robuste kommuner og styrket lokaldemokrati. For å oppnå dette forutsettes det endringer i kommunestrukturen gjennom sammenslåing til større og mer robuste kommuner. Det er et mål å gi mer makt og myndighet til kommunene, slik at flere oppgaver kan løses nærmere innbyggerne. I Oppgavemeldingen vises det blant annet til at kommunene er sentrale aktører for å løse viktige samfunnsutfordringer og håndtere viktige fremtidige velferdsreformer. Dette stiller store krav til kommunene, som må rustes for å kunne møte fremtidens krav og behov.

I meldingen legges det til grunn at økt oppgaveomfang og flere spesialiserte oppgaver sammen med økte krav til kvalitet i tjenestene og økte forventninger fra innbyggerne, stiller store krav til kommunene om sterke fagmiljøer samt tilstrekkelig kapasitet og kompetanse. En forutsetning for overføring av oppgavene er derfor større og mer robuste kommuner. Av meldingen fremgår at det er regjeringens mål å gjennomføre kommunereformen slik at den kan iverksettes 1. januar 2020. Det tas sikte på å legge frem en samlet lovproposisjon om nye oppgaver til kommunene våren 2017, samtidig med forslag om ny kommunestruktur og nytt folkevalgt nivå.

Som det vil fremgå henger flere av de lovendringsforslag som foreslås i herværende høringsnotat tett sammen med kommunereformen og gjennomføringen av denne.

Departementet viser her særlig til høringsnotatets kapittel 4 og kapittel 5 som omhandler forslag fremsatt i Oppgavemeldingen.

Frist for innsendelse av høringsuttalelser er 1. oktober 2016.

2 Oppsummering av høringsforslaget

I høringsnotatets *kapittel 3* foreslås det som nevnt en rekke lovendringer i tråd med forslag fremsatt i Primærhelsetjenestemeldingen.

I *punkt 3.2* foreslås det for det første lovfestet at kommunen skal ha lege, sykepleier, fysioterapeut, helsesøster og jordmor knyttet til seg. Det tas sikte på at lovendringen skal tre i kraft fra 1. januar 2018. For det andre foreslås det lovfestet at kommunene også skal ha psykolog, ergoterapeut og tannlege knyttet til seg. Når det gjelder disse tre gruppene tas det sikte på at lovendringene først skal tre i kraft fra 1. januar 2020. Som det vil fremgå henger lovfesting av disse gruppene nært sammen med kommunereformen, jf. i den forbindelse Kommunal- og moderniseringsdepartementets høringsnotat av i dag hvor det foreslås lovendringer som inngår i gjennomføringen av kommunereformen.

I *punkt 3.3* foreslås det lovfesting av at den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal ha en veiledningsplikt overfor spesialisthelsetjenesten. Forslaget tilsvare den veiledningsplikt som i dag gjelder for spesialisthelsetjenesten overfor de kommunale helse- og omsorgstjenestene, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 6-3.

I høringsnotatets *punkt 3.4* diskuteres behovet for å tydeliggjøre krav til ledelse i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Forslaget må sees i sammenheng med Helse- og omsorgsdepartementets forslag til ny forskrift om styringssystem i helse- og omsorgstjenesten. Forskriften er foreslått å skulle erstatte forskrift 20. desember 2002 nr. 1731 om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten og inneholder direkte og indirekte krav til ledelse i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Etter en helhetsvurdering har departementet kommet til at det på det nåværende tidspunkt ikke er formålstjenlig å også foreslå lovendringer for ytterligere å tydeliggjøre krav til ledelse i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

I *punkt 3.5* foreslås det lovendringer for å tydeliggjøre ansvaret for pasient-, bruker- og pårørendeopplæring i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Forslaget må sees i sammenheng med Helse- og omsorgsdepartementets høringsnotat av 1. oktober 2015 om styrket pårørendestøtte i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Departementet foreslo her å oppheve helse- og omsorgstjenesteloven § 3-6, og erstatte denne med en ny pliktbestemmelse som samler og tydeliggjør kommunens ansvar overfor de som har et særlig tyngende omsorgsarbeid. Kommunene pålegges å tilby nødvendig pårørendestøtte i form av avlastning, informasjon, opplæring og veiledning, og omsorgsstønad.

Helse- og omsorgstjenestens ansvar for å forebygge, avdekke og avverge vold og seksuelle overgrep drøftes i *punkt 3.6*. Departementet foreslår endringer i helse- og omsorgstjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven og tannhelsetjenesteloven for å tydeliggjøre tjenestenes ansvar.

I høringsnotatets *kapittel 4* redegjøres det for etablering av en forsøksordning hvor kommuner kan få ansvar for å drifte distriktpsikiatriske sentre (DPS). Forslaget om en slik forsøksordning ble fremmet i Oppgavemeldingen. I dag har de regionale helseforetakene (RHF) i all hovedsak både et sørge for-ansvar og et driftsansvar for landets DPSer. Den beskrevne forsøksordningen innebærer at RHF fortsatt skal ha et sørge for-ansvar for DPS-tjenesten, samtidig som det åpnes for at RHFene kan inngå avtale med utvalgte kommuner om driftsansvar for tjenesten. Kommunalt driftsansvar innebærer at kommunen eller kommunene innenfor RHFets sørge for-ansvar får rådighet over personell og ressurser, og at kommunen(e) i større grad får anledning til å se DPS-tjenestene i sammenheng med øvrig kommunalt helse- og omsorgstjenestetilbud. Forsøket foreslås gjennomført med hjemmel i lov 26. juni 1992 nr. 87 om forsøk i offentlig forvaltning (forsøksloven).

I *kapittel 5* foreslås lovendringer som er nødvendig for å overføre ansvaret for tannhelsetjenesten fra fylkeskommunene til kommunene. Også forslaget om ansvarsoverføring ble fremmet i Oppgavemeldingen. Meldingen ble behandlet av Stortinget 9. juni 2015, hvor et flertall vedtok at ansvaret for tannhelsetjenester, herunder odontologiske spesialisttjenester, bør overføres til kommunene. Det foreslås i dette høringsnotatet å regulere kommunens plikter knyttet til tannhelsetjenester i helse- og omsorgstjenesteloven, mens pasientens rettigheter foreslås regulert i pasient- og brukerrettighetsloven. Dagens lovstruktur med en egen tannhelsetjenestelov foreslås ikke videreført. Regjeringens mål er å gjennomføre kommunereformen slik at den kan iverksettes 1. januar 2020. Det tas derfor sikte på at forslag til lovendringer som er nødvendige for å overføre ansvaret for tannhelsetjenester til kommunene, skal tre i kraft fra samme tidspunkt.

Departementet understreker at lovforslaget i dette høringsnotatet er resultat av en revisjon og innebærer ingen reform når det gjelder omfanget av det offentliges ansvar for tannhelsetjenester. Lovforslaget innebærer i hovedsak en videreføring av gjeldende rett etter tannhelsetjenesteloven, men med enkelte mindre utvidelser av kommunens plikter på dette området sett i forhold til de plikter som fylkeskommunen har i dag. Lovforslaget viderefører i store trekk pasienters rettigheter til tannhelsehjelp slik disse i dag er nedfelt i tannhelsetjenesteloven, med enkelte justeringer som følge av endret begrepsbruk mv.

I *kapittel 6* foreslås det en lovendring for å tydeliggjøre at alle helseinstitusjoner som omfattes av spesialisthelsetjenesteloven, skal ha plikt til å oppnevne kontaktleger for pasienter som har alvorlig sykdom, skade eller lidelse, og som har behov for behandling eller oppfølging av spesialisthelsetjenesten av en viss varighet. Plikten til å oppnevne kontaktleger for disse pasientene er i dag pålagt helseforetaket.

I *kapittel 7* foreslås det en lovendring av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nummer 3 for å tydeliggjøre kommunens plikter når det gjelder psykososial beredskap og oppfølging. Forslaget innebærer i all hovedsak presisering av gjeldende rett.

Det redegjøres for samlede administrative og økonomiske konsekvenser av forslagene i *kapittel 8*. Som det vil fremgå er det i høringsnotatets øvrige kapitler inntatt mer detaljerte redegjørelse for administrative og administrative konsekvenser av de ulike forslagene.

I *kapittel 9* er det inntatt spesielle merknader til de ulike lovendringsforslagene. Selve lovendringsforslagene er inntatt i *kapittel 10*.

3 Oppfølging av forslag i Meld. St. 26 (2014-2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet

3.1 Innledning - bakgrunn

Som nevnt fremla Regjeringen 7. mai 2015 *Meld. St. 26 (2014-2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet* (Primærhelsetjenestemeldingen). I meldingen vises det til at regjeringens politiske plattform gir tydelig uttrykk for den politiske viljen til å forbedre den kommunale helse- og omsorgstjenesten. De kommunale tjenestene er viktige, og vil i årene fremover bli stadig viktigere for å møte de samlede utfordringene og befolkningens behov for helse- og omsorgstjenester.

Regjeringen vil skape pasientens helsetjeneste. Pasientenes behov skal settes i sentrum for utvikling og endring av helse- og omsorgstjenesten. Kommunene må gjøres i stand til å oppfylle samhandlingsreformens intensjoner om koordinerte og helhetlige pasientforløp, mer forebygging og tidlig innsats, flere tjenester nær der brukerne bor, og at en større andel av tjenestene leveres i kommunene.

Det pekes i meldingen på at mange kommunale helse- og omsorgstjenester er gode hver for seg, samtidig som tjenestene er for oppstykket og helheten mangler. Det rammer særlig pasienter og brukere med sammensatte behov. Med stortingsmeldingen la regjeringen frem en plan for å skape en helhetlig helse- og omsorgstjeneste i kommunen og beskriver særlig tre satsingsområder: Økt kompetanse, bedre ledelse og teamorganisering.

Når det gjelder *kompetanse*, vises det til at de kommunale helse- og omsorgstjenestene står overfor utfordringer med å tiltrekke seg nok personell med riktig kompetanse. Stadig mer komplekse helse- og omsorgstjenester skal ytes i kommunene. Pasienter og brukere har sammensatte behov. Disse må møtes med sammensatt kompetanse. Det er behov for flere med høyere kompetanse og bredere kompetanse. Et viktig tiltak her er å lovfeste en liste over profesjoner som alle kommuner må ha knyttet til seg for å kunne gi innbyggerne de tjenestene de trenger, jf. nærmere om dette under høringsnotatets punkt 3.2.

Når det gjelder *ledelse*, har tilsyn vist at det flere steder er mangler i ledelsen av helse- og omsorgstjenestene. For at brukerne og pasientene skal få koordinerte helse- og omsorgstjenester av god kvalitet, kreves god ledelse. Dagens komplekse helse- og omsorgstjenester stiller høye krav til ledelse. Det gjelder ikke bare i den enkelte deltjeneste, men også på øverste nivå i kommunen. Departementet viser her særlig til høringsnotatets punkt 3.4.

I meldingen vises det til at mange brukere opplever helse- og omsorgstjenestene som dårlig koordinerte og lite tilgjengelige. Det gjelder særlig for personer med store behov.

Mange av disse kunne hatt en lettere hverdag og færre sykehusinnleggelses dersom tjenestene var bedre organisert. Helsetjenestene må derfor i større grad utvikles ut fra pasientens behov og ikke ut fra diagnoser og profesjoner. Meldingen beskriver hvordan det kan legges til rette for bedre koordinerte tjenester hvor helsepersonell arbeider i *flerfaglige team*. Selv om det i dette høringsnotatet ikke foreslås konkrete tiltak som vil innebære krav om teamorganisering av ulike kommunale helse- og omsorgstjenester, vil imidlertid departementet vise til at lovfesting av kompetansekrav og krav til ledere og ledelse i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, vil legge til rette for mer hensiktsmessig organisering av tjenestene.

Stortinget behandlet meldingen i løpet av november 2015, jf. *Innst. 40 S (2015-2016) Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om framtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*. Departementet redegjør for Stortingets vurderinger i tilknytning til relevante kapitler og punkter i høringsnotatet.

Som nevnt innledningsvis må flere av forslagene i herværende høringsnotat sees i sammenheng med forslag i *Meld. St. 14 (2014-2015) Kommunereformen – nye oppgaver til større kommuner* (Oppgavemeldingen) og gjennomføringen av disse. Departementet viser her særlig til høringsnotatets kapittel 4 og kapittel 5 som primært omtaler forslag i Oppgavemeldingen.

3.2 Lovfesting av kompetansekrav i den kommunale helse- og omsorgstjenesten

3.2.1 Nærmere om forslaget i Primærhelsetjenestemeldingen

Forslaget om å lovfeste kompetansekrav i den kommunale helse- og omsorgstjenesten er omtalt i Primærhelsetjenestemeldingens kapittel 15, Kompetanse, jf. særlig side 62 og 63 hvor det heter:

"I regjeringsplattformen er det uttalt at regjeringen vil innføre kompetansekrav i helse- og omsorgstjenesteloven. Regjeringen mener at rett kompetanse i den kommunale helse- og omsorgstjenesten er så grunnleggende at det bør fremgå direkte av lov. Loven bør derfor liste opp de profesjoner som representerer den kjernekompetanse som det forventes at enhver kommune skal ha.

En slik liste skal ikke være uttømmende når det gjelder hvilken kompetanse eller hvilke profesjoner den enkelte kommune må sørge for, men listen skal angi hvilken kjernekompetanse enhver kommune må ha knyttet til seg. Utover dette skal kommunen stå fritt til å velge hva slags personell den vil ansette eller inngå avtale med. Det vil være avgjørende at kommunen, utover kjernekompetansen, ansetter eller inngår avtale med de personellgrupper som er nødvendig for at kommunen kan oppfylle sitt ansvar for å sørge for et forsvarlig og nødvendig tilbud av helse- og omsorgstjenester, slik de er forpliktet til etter loven. En opplisting av kjernekompetanse skal slik sett ikke endre på det tjenestetilbudet kommunen ellers har plikt til å tilby.

Behovet for økt kompetanse gjelder særlig personell med utdanning på høgskole- eller universitetsnivå. Disse kan i større grad utvikle kommunale tjenester mot økt fokus på kvalitet, pasientsikkerhet, brukervedvirkning og opplæring av pasienter og pårørende.

Høgskole- eller universitetsutdannet personell vil gjøre kommunene attraktive som forskningsarena og gjøre dem bedre i stand til å implementere relevant forskning i tjenestetilbudet. Kompetansen er også nødvendig for å legge til rette for bedre og mer målrettet samhandling med spesialisthelsetjenesten, både for tilbud til enkeltpasienter eller pasientgrupper og for utvikling av det kommunale tjenestetilbudet. Økt kompetanse og flerfaglighet vil også gi bedre forutsetninger for å utvikle gode praksisordninger i kommunene.

Av lovens krav om fastlegeordning, legevakt og kommunelege, fremgår det allerede at kommunen må sørge for legekompentanse. Når det foreslås å lovfeste en liste over de profesjoner som representerer den kjernekompetansen som det forventes at enhver kommune skal ha, bør likevel krav om lege også inngå i en slik opplisting.

I tillegg bør både sykepleier og fysioterapeut lovfestes som del av den kjernekompetansen enhver kommune må ha knyttet til seg for å kunne oppfylle sitt ansvar. Det er vanskelig å se for seg hvordan en kommune skal kunne oppfylle dette ansvaret uten å ha denne helsefagkompetansen. Det fremgikk da også av den tidligere kommunehelsetjenesteloven at kommunen skulle ha sykepleietjenester (herunder hjemmesykepleie) og fysioterapitjeneste.

For sykepleiere som har videreutdannet seg til jordmor eller helsesøster, vil denne typen kompetanse indirekte være dekket av lovens plikt til å tilby helsetjeneste i skoler, helsestasjonstjeneste og svangerskaps- og barselomsorgstjenester. På den annen side fremgikk det av kommunehelsetjenesteloven at kommunen skulle ha jordmortjeneste og helsesøstertjeneste. Omfanget av kommunens plikter til å yte helse- og omsorgstjenester er videreført i ny lov. Helsesøster og jordmor er sentrale for regjeringens satsing på kvinnehelse, barn og unge og for ungdomshelsestrategien. I regjeringsplattformen er det også uttalt at regjeringen vil bygge ut jordmortilbudet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Både jordmor og helsesøster bør derfor inngå i opplistingen av den kjernekompetanse som kommunene som et minimum må ha knyttet til seg.

Regjeringen vil også lovfeste psykolog som del av kjernekompetansen. Slik lovfesting vil innebære en utvidelse i forhold til gjeldende rett. I kapittel 22 er det redegjort for satsingen på psykologer i kommunal helse- og omsorgstjeneste, herunder hvilke oppgaver psykologer særlig er tenkt å skulle ivareta. Regjeringen tar sikte på at lovplikten om psykologkompetanse skal tre i kraft fra 2020.

Som nevnt skal ikke en lovfastsatt liste over kjernekompetanse være uttømmende for hva slags kompetanse eller hvilke fagprofesjoner den enkelte kommune må sørge for. For mange pasienter og brukere vil nødvendige helse- og omsorgstjenester bestå av summen av ulike delbidrag fra en rekke fagprofesjoner. Det kommunale ansvaret for helse- og omsorgstjenesten er omfattende, og sammensatt. Kommunene må ofte ha tilgang på et vidt spekter av personell med ulik kompetanse for å kunne utøve det kommunale ansvaret på en forsvarlig måte. Utover den kjernekompetanse som en lovfestet liste vil innebære, må kommunen selv vurdere hva slags personell det er nødvendig å ansette eller inngå avtale med for å kunne oppfylle sitt ansvar for å sørge for et forsvarlig og nødvendig tilbud av helse- og omsorgstjenester.

Helse- og omsorgstjenesten er inne i en periode med omstilling med sterkere vekt på rehabilitering, aktiv omsorg, velferdsteknologi, familiebehandling, pårørendeomsorg, gruppemetodikk og nettverksarbeid. Flere brukerundersøkelser viser særlig svikt i tilbud knyttet til aktiv omsorg som aktivitetstilbud og mulighet for fysisk aktivitet. Tjenestene har en mangfoldig brukergruppe og dekker hele livsløpet fra barn til eldre. Tjenesten omfatter

sykdommer eller lidelser bl.a. innenfor rus, utviklingshemming, demens, psykiske problemer eller ulike funksjonsnedsettelse. Det er derfor nødvendig at tjenesten har bred tverrfaglig kompetanse.

Ergoterapikompetanse vil bl.a. være sentralt for å tilrettelegge omgivelsene for praktisk aktivitet for å mestre hverdagen og representerer viktig kompetanse innen habilitering og rehabilitering. Rehabiliteringstilbudet til mennesker med funksjonshemminger og psykisk sykdom varierer i kommunene. For disse gruppene vil ergoterapeuter og vernepleiere/spesialpedagogisk kompetanse være viktig.

Helse- og omsorgstjenesteloven omfatter mange sosiale tjenester som før var regulert i sosialtjenesteloven. Sosionomer/sosialfaglig kompetanse er viktig for flere pasient- og brukergrupper som er en del av regjeringens særlige satsinger. Kompetansen vil bl.a. være viktig for å skape tverrfaglig bredde i tjenestene og for å bistå pasienter, brukere og pårørende til å løse sosiale problemer knyttet til blant annet rus, funksjonshemminger og psykiske helseutfordringer. Sosionomer/sosialfaglig kompetanse er også viktig opp mot koordinering av kommunale og statlige tjenester, f.eks. tjenester fra Nav og ordningen med brukerstyrt personlig assistanse (BPA).

Når kommunene i tråd med kommunereformen skal få større ansvar og flere oppgaver, særlig innen habilitering/rehabilitering, vil ergoterapeuter, sosionomer/sosialfaglig kompetanse og vernepleiere/spesialpedagogisk kompetanse, være avgjørende for å klare dette.

Også helsefagarbeidere er sentrale for kommunens ytelse av helse- og omsorgstjenester. Helsefagarbeiderutdanningen har siden 2008 erstattet hjelpepleier- og omsorgsarbeiderutdanningene. Helsefagarbeider, hjelpepleier og omsorgsarbeider er personellgrupper som i dag utgjør de største utdanningsgruppene i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Av annet personell som representerer kompetanse som vil være viktig i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, vil regjeringen særlig nevne kliniske ernæringsfysiologer. Disse vil være sentrale for å oppnå målene om å redusere blant annet forekomst av ikke-smittsomme sykdommer, underernæring og andre ernæringsrelaterte sykdommer og plager. Kliniske ernæringsfysiologer vil være viktige bidragsytere i tverrfaglige team innen pasient- og pårørendeopplæring og som ressurs for annet helsepersonell."

Som det vises til, er det i meldingens kapittel 22 redegjort for satsingen på psykologer i kommunal helse- og omsorgstjeneste, herunder hvilke oppgaver psykologer særlig er tenkt å skulle ivareta. Blant annet uttales det på side 117-118:

"Et sentralt virkemiddel for å møte mange av utfordringene som er beskrevet over, er å styrke kompetansen i de kommunale tjenestene. Siden 2009 har det vært gitt tilskuddsmidler til kommuner som rekrutterer psykolog i helse- og omsorgstjenesten, men uten at rekrutteringen har fått tilstrekkelig effekt. For 2014 var tilskuddsordningen på totalt 100 mill. kroner.

Det har vært en markant økning i antall psykologstillinger i de kommunale helse- og omsorgstjenestene de siste to årene. Samtidig er det fortsatt om lag 60 pst. av kommunene som oppgir å ikke ha psykologkompetanse.

Det er med andre ord behov for sterkere virkemidler for å sikre at rekrutteringstempoet går opp, og at kommunale psykologtilbud blir tilgjengelige over hele landet. Målet er at de kommunale psykologene i større grad skal arbeide mer system- og samfunnsrettet i tillegg til helsefremmende og forebyggende. Gjennom målrettet satsing på lokalt folkehelsearbeid,

helsefremmende og forebyggende tjenester reduserer kommuner behovet for spesialisthelsetjenester for sine innbyggere, samtidig som økt kompetanse gjør at lett tilgjengelig og faglig sterke tjenester kan gis uten ventetid i brukernes nærmiljø.

Regjeringen vil innføre et krav i helse- og omsorgstjenesteloven om at alle kommuner skal ha psykologkompetanse i sin helse- og omsorgstjeneste. Det er et nødvendig tiltak for å hindre de til dels store geografiske variasjonene i kompetanse og kvalitet, og kan bidra til en generell utvikling i psykisk helse- og rustjenester. Et slikt kompetansekrav gjør også at kommunene kan styrke sin beredskap, gjennom f.eks. å bruke psykologkompetanse inn i psykososiale kriseteam.

Dette tiltaket er også viktig for å møte Stortingets anmodningsvedtak nr. 506 (2013–2014) om å utrede en opptrapping for førstelinjen innen psykiske helsetjenester med fokus på kvalitet, forebygging og samhandling med spesialisthelsetjenesten og med en særlig prioritering av barn og unge. Gjennom å lovfeste plikten til å ha psykologkompetanse, sikrer regjeringen en minstestandard for kommunenes kompetanse på psykisk helse- og rusfeltet, og gir kommunene et viktig redskap for å heve kvaliteten, styrke det forebyggende arbeidet og bedre samhandling med spesialisthelsetjenesten.

Samtidig er det langt igjen før psykologdekningen i kommunene er tilstrekkelig til å møte behovet. Derfor tar regjeringen sikte på at lovplikten om psykologkompetanse skal tre i kraft først i 2020. I mellomtiden vil regjeringen etablere et forutsigbart, øremerket tilskudd til kommuner som rekrutterer flere psykologer enn i dag. Når pliktbestemmelsen trer i kraft, vil midlene legges inn i kommunenes frie inntekter.

For å sikre at kommunene som ansetter psykolog, utnytter kompetansen på en god måte er det behov for et kortfattet informasjonsmaterieell med gode eksempler. Dette vil kunne være både beslutningsstøtte for kommuner som vurderer å rekruttere psykolog og gi bedre utnyttelse av psykologkompetansen i kommuner som allerede har gjennomført ansettelser."

3.2.2 Stortingets behandling av forslagene i meldingen

Stortingets behandling av meldingsforslagene fremgår av *Innst. 40 S (2015-2016)*

Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om framtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet. Når det gjelder forslaget om lovfesting av kompetansekrav i den kommunale helse- og omsorgstjenesten uttales det på side 16 blant annet:

"Komiteen viser til at den kommunale helse- og omsorgstjenesten står overfor kompetanse- og personellmessige utfordringer som har betydning for både kapasitet og kvalitet på tjenestetilbudet. Utfordringen dreier seg om å få nok arbeidskraft, og samtidig at arbeidskraften har riktig kompetanse. Meld. St. 13 (2011–2012) Utdanning for velferd, påpeker at de helse- og sosialfaglige utdanningene ikke i tilstrekkelig grad møter behovet for kompetanse i tjenestene. Utdanningsystemene må innrettes slik at det ikke skapes u hensiktsmessige skiller mellom ulike personellgruppers kompetanse og dermed hvilke oppgaver de kan utføre. Kompetanseløft 2020 ble presentert i del 3 i Prop. 1 S (2015–2016). Regjeringen har i Prop.1 S (2015–2016) lagt frem en handlingsplan for rekruttering, kompetanse og fagutvikling i omsorgstjenestene, Kompetanseløft 2020. Den omfatter hele den kommunale helse- og omsorgstjenesten slik meldingen omtaler. Den inneholder langsiktige strategier og konkrete tiltak for kompetanseheving og fagutvikling.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre, viser videre til at regjeringen vil innføre kompetansekrav i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, fordi man mener at rett kompetanse i den kommunale helse- og

omsorgstjenesten er så grunnleggende at det bør fremgå direkte ved lov. Loven bør liste opp de profesjoner som representerer den kjernekompetansen som det forventes at enhver kommune skal ha."

Når det gjelder kliniske ernæringsfysiologer slutter komiteens flertall seg i all hovedsak til regjeringens redegjørelse for denne personellgruppens betydning i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. I likhet med forslaget i Primærhelsetjenestemeldingen foreslår heller ikke komiteen å lovfeste kliniske ernæringsfysiologer som en del av den minimumskompetanse som enhver kommune skal ha knyttet til seg, jf. Innstillingens side 19-20 hvor dette omtales:

"Komiteen registrerer at det er langt færre kliniske ernæringsfysiologer i Norge enn i andre land det er naturlig å sammenligne seg med. Forekomsten av spiseforstyrrelser er høy og økende blant barn og unge. Det er også flere kroniske sykdommer hvor ernæringsbehandling er sentral, slik som allergier, tarmsykdommer, kreft eller diabetes. Det samme gjelder økende vektutfordringer knyttet til både fedme og underernæring. Kosthold og ernæring har også betydning ved psykiske lidelser og rusbehandling. Rapporten «Appetitt på livet» fra 2015 forteller at 20 til 60 pst. av eldre på sykehjem har, eller er i risikozonen for, å utvikle underernæring. Eldre som bor alene har ofte dårlig matlyst. Et forskningsprosjekt ved Frambu senter for sjeldne diagnoser viser at 78 pst. av utviklingshemmede som bor alene, lider av overvekt og fedme. Gode kostvaner skapes i ung alder."

Videre uttales det på Innstillingens side 20 blant annet:

"Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet og Venstre, mener det er viktig med gode ordninger for måltider i skolen og viser til omtalen av dette i Meld. St. 19 (2014–2015) Folkehelsemeldingen. Det er mange ulike ordninger lokalt, og det er viktig at sentrale myndigheter støtter opp om dette på flere måter, slik det vises til i Folkehelsemeldingen. Helsedirektoratet har nylig lansert ny nasjonal faglig retningslinje for mat og måltider i skolen som følges opp med informasjon og verktøy.

Flertallet viser til den pågående kampanjen Gylne måltidsøyeblikk, hvor målet med konkurransen blant annet er å øke bevisstheten om maten og måltidenes betydning, og der respekt for maten og måltidene, inkludert involveringsaspektene, er i fokus. Det er anslag som sier at det er mellom 20 og 60 pst. underernæring i norske sykehjem. Ved å fokusere på mat som både ser god ut og smaker godt, er målet å øke matlysten."

I Primærhelsetjenestemeldingen understreket regjeringen ergoterapeuters viktighet i fremtidens kommunale helse- og omsorgstjeneste. Regjeringen foreslo imidlertid ikke å lovfeste ergoterapeut som en del av den minimumskompetanse som enhver kommune skal ha knyttet til seg. Når det gjelder dette spørsmålet uttalte komiteen på side 21 blant annet:

"Komiteen vil påpeke at ergoterapeuter er en viktig og nødvendig profesjon i fremtidens helse- og omsorgstjenester. I stortingsmeldingen vektlegges viktigheten av at brukerne skal ha et godt liv og kunne bo hjemme lengst mulig. For å kunne realisere dette er det spesielt viktig å skreddersy tjenester som bidrar til at brukerne gjennom mestring av dagliglivets gjøremål blir i stand til å klare seg selv – til tross for sykdom og funksjonsnedsettelse. Forskning og prosjektevalueringer har vist at for eksempel hverdagsrehabilitering, gjerne kombinert med velferdsteknologi, folkehelseiltak og fokus på læring og mestring, gir resultat – både individuelt for brukere, og samfunnsøkonomisk. For eksempel har til nå ca. 100 kommuner i Norge valgt å satse på igangsetting av hverdagsrehabilitering etter modell

fra Danmark parallelt med at velferdsteknologiske løsninger tas i bruk, og flere er på trappene. Komiteen understreker at det for mindre kommuner må være anledning til å skape en ordning med felles ergoterapikompetanse. Ergoterapeuter har god kunnskap om aktivitet og deltakelse, samt tilrettelegging. Disse arbeider for at alle skal kunne delta aktivt i samfunnet og vil kunne fylle en viktig rolle i en helhetlig tiltakskjede.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre, mener det er viktig å innlemme også ergoterapeutene i den kommunale helse- og omsorgstjenesten – gjeldende fra 2020 – og fremmer derfor følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen komme tilbake med forslag til lovendring som inkluderer ergoterapikompetanse som en lovpålagt tjeneste i kommunene.»

Komiteen viser til at det i 2013 var om lag 2 600 årsverk for ergoterapeuter i norske kommuner, hvorav de fleste i helsestasjoner og skolehelsetjenesten. Det såkalte Hagenutvalget foreslo i sin innstilling «Innovasjon i omsorg» (NOU 2011:11) å tredoble antallet ergoterapeuter i kommunene for å styrke arbeidet med aktiv omsorg, rehabilitering og velferdsteknologi. Komiteen vil peke på ergoterapeutene som en svært viktig yrkesgruppe i kommunenes pleie- og omsorgssektor for å møte framtidens utfordringer med flere eldre over 80 år. Universell utforming og ny teknologi vil gi stadig nye muligheter både for mestring og aktivitet. Ergoterapiutdanningen har i dag velferdsteknologi og universell utforming som en viktig del av utdanningen. I tillegg til den helsefaglige kompetansen vil ergoterapeutene også representere viktig kompetanse for tjenestedesign og utbygging, særlig knyttet til innkjøp og tilpasning av velferdsteknologi, samt for opplæring av andre helsearbeidere."

Når det gjelder sosionomer og andre sosialfaglige profesjoners rolle i fremtidens primærhelsetjeneste, uttaler komiteen blant annet følgende på Innstillingens side 22:

"Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet, Venstre og Sosialistisk Venstreparti, deler FFOs bekymring om at de sosialfaglige profesjonene i liten grad nevnes. Flertallet ber regjeringen i ytterligere grad gjøre rede for sosionomers og andre sosialfaglige profesjoners rolle i fremtidens primærhelsetjeneste."

Spørsmål om lovfesting av psykolog som en del av kommunens kjernekompetanse er omtalt på Innstillingens side 22 hvor det blant annet heter:

"Et annet flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre, støtter en lovfesting av psykolog som en del av kjernekompetansen i kommunen.

Komiteen mener det vil være avgjørende å styrke kompetansen om psykisk helse i førstelinjen i helsetjenesten. Norske og internasjonale studier viser at opp mot halvparten av befolkningen i løpet av livet vil rammes av en psykisk lidelse. Ifølge Folkehelseinstituttet er det vanskelig å si noe om utviklingen av psykiske lidelser, siden vi mangler presise og oppdaterte data om forekomsten i den norske befolkningen. I takt med den demografiske utviklingen og en stadig eldre befolkning må man imidlertid forvente økt behov for helsetjenester for psykiske lidelser fremover. Komiteen påpeker viktigheten av at psykologer i kommunene er delaktige og bidrar til utvikling av det forebyggende arbeidet i kommunen."

Videre uttales det følgende på side 33:

"Komiteen viser til at regjeringen foreslår å innføre krav om psykologkompetanse i kommunene, som et ledd i å sikre en nødvendig kompetanseheving innen kommunenes psykisk helse- og rustjeneste. Arbeidet med å inkludere psykisk helse som en likeverdig del

av folkehelsearbeidet er nærmere omtalt i Meld. St. 19 (2014–2015) Folkehelsemeldingen – Mestring og muligheter."

Oppsummeringsvis sluttet altså Stortinget seg til forslaget om å lovfeste at kommunene fra 1. januar 2018 skal ha knyttet til seg leger, sykepleiere, fysioterapeuter, jordmor og helsesøster. Stortinget sluttet seg videre til at det fra 2020 skal lovfestes at kommunene også må ha knyttet til seg ergoterapeut og psykolog.

3.2.3 Gjeldende rett

Helse- og omsorgstjenesteloven er i hovedsak profesjonsnøytral ved at den ikke lister opp spesifikke profesjoner som kommunen må ha knyttet til seg for å yte nødvendige helse- og omsorgstjenester. Loven inneholder imidlertid flere bestemmelser eller forskriftshjemler som forutsetter eller stiller krav om ulike former for kompetanse eller personellgrupper.

Som nevnt fremgår det av lovens krav om fastlegeordning (§ 3-2 første ledd nummer 4), legevakt (§ 3-2 første ledd nummer 3) og kommunelege (§ 5-5), at kommunen må sørge for legekompentanse.

Selv om det etter loven ikke gjelder et eksplisitt krav om å ha knyttet til seg sykepleiere og fysioterapeuter, er det vanskelig å se for seg hvordan en kommune skal kunne oppfylle de plikter som følger av loven uten å ha denne helsefagkompetansen. Departementet viser i den forbindelse til at en rekke av de tjenester som er omtalt i loven § 3-2 første ledd neppe vil la seg ivareta dersom kommunene ikke har minst både sykepleiere og fysioterapeuter knyttet til seg. Departementet viser også til at helse- og omsorgstjenesteloven i all hovedsak viderefører kommunens plikter etter den tidligere kommunehelsetjenesteloven hvor det eksplisitt fremgikk at kommunen skulle ha sykepleietjenester (herunder hjemmesykepleie) og fysioterapitjeneste. Av kommunehelsetjenesteloven fremgikk det også at kommunen skulle ha jordmortjeneste og helsesøstertjeneste. Departementet viser i den forbindelse også til helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2 første ledd nummer 8 hvor det fremgår at de lovpålagte samarbeidsavtalene mellom kommunen og det regionale helseforetaket/helseforetaket skal omfatte samarbeid om jordmortjenester.

3.2.4 Helse- og omsorgsdepartementets vurdering og forslag

3.2.4.1 Innledning

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

En slik lovfastsatt liste over kjernekompetanse vil ikke være uttømmende for hva slags kompetanse eller hvilke fagprofesjoner den enkelte kommune må sørge for. For mange

pasienter og brukere vil nødvendige helse- og omsorgstjenester bestå av summen av ulike delbidrag fra en rekke fagprofesjoner. Det kommunale ansvaret for helse- og omsorgstjenesten er omfattende, og sammensatt. Kommunene må ofte ha tilgang på et vidt spekter av personell med ulik kompetanse for å kunne utøve det kommunale ansvaret på en forsvarlig måte. Utover den kjernekompetanse som en lovfestet liste vil innebære, må kommunen selv vurdere hva slags personell det er nødvendig å ansette eller inngå avtale med for å kunne oppfylle sitt ansvar for å sørge for et forsvarlig og nødvendig tilbud av helse- og omsorgstjenester. En oppstilling av kjernekompetanse skal slik sett ikke endre på det tjenestetilbudet kommunen ellers har plikt til å tilby.

I tråd med prinsippet i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 femte ledd må den enkelte kommune selv vurdere om de ønsker å ansette personell i kommunal heltids- eller deltidsstilling eller om de heller ønsker å inngå avtale om kjøp av enkeltstående tjenester fra privatpraktiserende personell eller personell ansatt i en annen kommune. Hvilken tilknytningsform som er mest hensiktsmessig må det være opp til den enkelte kommune selv å vurdere, forutsatt at kommunene ivaretar sitt ansvar om å sørge for nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester til pasienter og brukere i kommunen.

3.2.4.2 Lovfesting av krav om lege, sykepleier, fysioterapeut, jordmor og helsesøster

Som det fremgår av ovenstående foreslo departementet i Primærhelsetjenestemeldingen å lovfeste *lege, sykepleier, fysioterapeut, jordmor og helsesøster* som del av den kjernekompetanse enhver kommune må ha knyttet til seg for å kunne yte nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester. Departementet viser til punkt 3.2.1 hvor det er redegjort nærmere for forslaget og dets begrunnelse. Departementet viser videre til punkt 3.2.2 hvor det fremgår at Stortingets flertall sluttet seg til dette forslaget.

Under henvisning til ovenstående fastholder derfor departementet forslaget fra Primærhelsetjenestemeldingen om å endre helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 slik at *lege, sykepleier, fysioterapeut, jordmor og helsesøster* lovfestes som del av den kjernekompetanse enhver kommune må ha knyttet til seg for å kunne yte nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester i henhold til loven. Forslag til konkret utforming av lovbestemmelsen er inntatt i punkt 3.2.5.

Forutsatt at Stortinget senere slutter seg til forslag om slik lovendring tas det sikte på at lovendringen kan settes i kraft fra 1. januar 2018.

3.2.4.3 Lovfesting av krav om psykolog

Som det fremgår av ovenstående foreslo departementet i Primærhelsetjenestemeldingen å lovfeste *psykolog* som del av den kjernekompetanse enhver kommune må ha knyttet til seg for å kunne yte nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester. Departementet viser til punkt 3.2.1 hvor det er redegjort nærmere for forslaget og dets begrunnelse. Det vises videre til punkt 3.2.2 hvor det fremgår at Stortingets flertall sluttet seg til dette forslaget.

Under henvisning til ovenstående fastholder derfor departementet forslaget fra Primærhelsetjenestemeldingen om å endre helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 slik at

psykolog lovfestes som del av den kjernekompetanse enhver kommune må ha knyttet til seg for å kunne yte nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester i henhold til loven. Forslag til konkret utforming av lovbestemmelsen er inntatt i punkt 3.2.5.

Som det fremgår av punkt 3.2.1 ble det i meldingen lagt til grunn at psykologdekningen i kommunene foreløpig ikke er tilstrekkelig. I meldingen tok derfor regjeringen sikte på at lovplikten om psykologkompetanse først skulle tre i kraft fra 2020. Regjeringen foreslo i meldingen at det i mellomtiden skal etableres et forutsigbart, øremerket tilskudd til kommuner som rekrutterer flere psykologer enn i dag.

Forutsatt at Stortinget senere slutter seg til forslag om slik lovendring tas det sikte på at lovendringen kan settes i kraft fra 1. januar 2020.

3.2.4.4 Lovfesting av krav om ergoterapeut

Som det fremgår av ovenstående gjennomgang av forslagene i Primærhelsetjenestemeldingen, foreslo ikke departementet å lovfeste *ergoterapeut* som del av den kjernekompetanse enhver kommune må ha knyttet til seg for å kunne yte nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester. Departementet viser til punkt 3.2.1 for nærmere redegjørelse.

Som redegjort for i punkt 3.2.2 mente imidlertid Stortingets flertall at det ville være viktig å innlemme også ergoterapeutene i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og ba derfor regjeringen komme tilbake med forslag til lovendring som inkluderer ergoterapikompetanse som en lovpålagt tjeneste i kommunene. Det fremgår at komiteen forutsatte at slikt lovkrav først skulle gjelde fra 2020. Komiteen understreket også at det for mindre kommuner vil være anledning til å samarbeide med andre kommuner om felles ergoterapikompetanse.

Under henvisning til ovenstående foreslår derfor departementet å endre helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 slik at *ergoterapeut* lovfestes som del av den kjernekompetanse enhver kommune må ha knyttet til seg for å kunne yte nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester i henhold til loven. Forslag til konkret utforming av lovbestemmelsen er inntatt i punkt 3.2.5.

Stortingets flertall la til grunn at lovplikten om ergoterapeutkompetanse først skulle tre i kraft fra 2020. Forutsatt at Stortinget senere slutter seg til forslag om slik lovendring tas det derfor sikte på at lovendringen kan settes i kraft fra 1. januar 2020.

3.2.4.5 Lovfesting av krav om tannlege og tannpleier

I Primærhelsetjenestemeldingen har regjeringen ikke vurdert lovfesting av tannhelsepersonell som del av den kjernekompetanse enhver kommune må ha knyttet til seg for å kunne yte nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester.

I Meld. St. 14 (2014-2015) *Kommunereformen – nye oppgaver til større kommuner* foreslo regjeringen å overføre ansvaret for offentlige tannhelsetjenester fra fylkeskommunene til kommunene. Ved Stortingets behandling av meldingen, jf. Innst. 333 S (2014-2015), sluttet et flertall seg til at ansvaret for tannhelsetjenester bør overføres til kommunene. I tråd med dette har departementet i høringsnotatets kapittel 5

foreslått nødvendige lovendringer for å overføre ansvaret for den fylkeskommunale tannhelsetjenesten til kommunene.

Forutsatt at Stortinget senere vedtar lovforslag om slik ansvarsoverføring, vil kommunene få ansvar for den offentlige tannhelsetjenesten. I tråd med den argumentasjon som departementet i Primærhelsetjenestemeldingen har anført som begrunnelse for å lovfeste utvalgte personellgrupper som del av den kjernekompetanse enhver kommune må ha knyttet til seg for å kunne yte nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester, har departementet sett det som aktuelt å vurdere om enkelte grupper tannhelsepersonell også bør lovfestes.

Det er en forutsetning for at fylkeskommunen skal kunne ivareta sitt lovpålagte ansvar på en forsvarlig måte, at den har tilgang på nødvendig tannhelsefaglig kompetanse. Det er to yrkesgrupper som har kompetanse innen tannhelsefeltet på forebygging, diagnostikk og behandling; tannpleiere og tannleger. Tannpleierutdanningen er en treårig bachelorutdanning. Innholdet i utdanningen har hovedvekt på helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid, diagnostikk av de vanligste sykdommer/tilstander i tenner/munn og enklere behandlinger. Når det gjelder forebyggende arbeid og veiledning/informasjon, er dette spesielt rettet mot personer og grupper med særskilte behov, som for eksempel personer med kronisk sykdom og/eller funksjonshemming, grupper av barn, eldre i institusjon, personer som mottar hjemmesykepleie og rusavhengige. Tannlegenes særskilte kompetanse er generell bredde innenfor diagnostikk og de fleste former for behandling, mens tannlegespesialister med tre års videreutdanning har spesialisert kompetanse innen diagnostikk og behandling på avgrensede fagområder.

Det er ikke et krav etter tannhelsetjenesteloven at fylkeskommunen må ha ansatt tannlege eller tannpleier, eller at undersøkelse, diagnostikk og behandling må utføres av tannlege. I forbindelse med endringer i tannhelsetjenesteloven og enkelte andre lover som følge av arbeidet med forenkling av statlig regelverk rettet mot kommunesektoren, jf. Ot.prp. nr. 54 (2001-2002) Om lov om endringer i lov 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og i enkelte andre lover punkt 7.3 side 22, uttalte Helsedepartementet blant annet:

"Begrepet «tannlegehjelp» er erstattet med det mer dekkende begrepet «tannhelsehjelp» da det ikke er et krav om at den behandling som utføres gjøres av tannlege."

Tannhelsetjenesteloven § 1-1 tredje ledd åpner for at fylkeskommunen kan inngå avtaler med privatpraktiserende tannlege om behandling av pasienter innenfor de prioriterte gruppene som er nevnt i tannhelsetjenesteloven § 1-3. Det er en uttrykkelig forutsetning for at pasienten skal få dekket sine utgifter til tannbehandling av fylkeskommunen, at behandlingen er utført av privatpraktiserende tannlege som har avtale med fylkeskommunen, jf. tannhelsetjenesteloven §§ 4-1 og 5-1. Det ligger dermed enkelte personellmessige begrensninger nedfelt i tannhelsetjenesteloven når det gjelder fylkeskommunens organisering og finansiering av tannhelsetjenester som den har ansvar for. Loven er i praksis til hinder for at fylkeskommunen kan oppfylle sitt sørge for ansvar for bestemte persongrupper ved å inngå avtale med privat tannpleier i stedet for tannlege.

Etter overføringen av ansvaret for tannhelsetjenester til kommunene, må kommunene uansett ha knyttet til seg tannleger, ettersom ansvaret for nødvendig tannhelsehjelp også omfatter spesialisttannhelsetjenester. Tannlegene er den eneste yrkesgruppen som er utdannet for å utføre behandlinger i form av irreversible inngrep. Med det menes reparering og rotfylling av tenner, erstatning av tannvev med kroner og broer, trekke tenner mv. Slik departementet vurderer det, vil tilgang på nødvendig tannlegekompetanse være avgjørende for at kommunene skal kunne ivareta sitt samlede ansvar for å sørge for nødvendige og forsvarlige tannhelsetjenester, inkludert spesialisttjenester. Departementet foreslår derfor å endre helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 slik at *tannlege* lovfestes som del av den kjernekompetanse enhver kommune må ha knyttet til seg.

Overføringen av ansvaret for tannhelsetjenesten vil innebære at om lag 1 180 allmenntannlegeårsverk og om lag 480 tannpleierårsverk overføres til kommunene (SSB KOSTRA 2014). Over tid har det skjedd betydelige endringer i oppgavedelingen mellom tannpleiere og tannleger, særlig når det gjelder regelmessige tannhelseundersøkelser av barn og unge. Dette skyldes i stor grad at en økende andel barn og unge ikke utvikler tannsykdom fra år til år. Regelmessige tannhelseundersøkelser blir i økende grad ivaretatt av tannpleiere. Dermed frigjøres tannlegerressurser som fylkeskommunene kan bruke til oppgaver som kun tannleger er utdannet til å utføre. Slik bruk av tannpleier- og tannlegerressurser vil være mest kostnadseffektivt for kommunen og den beste samfunnsøkonomiske løsningen for staten som finansierer grunnutdanningen av tannhelsepersonell.

Tannpleiere er også kvalifisert til å avdekke symptomer og funn i munn/ansikt som kan skyldes betydelig omsorgssvikt eller mulige overgrep mot barn, som kan gi grunnlag for melding til barnevernstjenesten. Videre har tannpleiere over tid fått tildelt en større og mer selvstendig rolle i fylkeskommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid for å oppfylle fylkeskommunens ansvar etter folkehelse-loven. Dette skjer i samarbeid med personell i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Andre samarbeidspartnere er for eksempel idrettsorganisasjoner eller andre frivillige organisasjoner. Innsatsen rettet mot barn og unge foregår blant annet i barnehager, grunnskolen (gjennom samarbeid med helsestasjon og skolehelsetjenesten) og i idrettsmiljøer.

Tannpleiere har på bakgrunn av sin kompetanse fått utvidede fullmakter fra det offentlige, blant annet når det gjelder bruk av røntgen og rekvirering av legemidler til bruk i klinisk virksomhet. Ved en lovendring fra 1. januar 2013 fikk tannpleiere refusjonsrett for utgifter til visse undersøkelser og behandling, jf. Prop. 123 L (2011-2012) *Endringer i folketrygdloven (stønad til undersøkelse og behandling hos tannpleier)*. Dette har stor betydning for fylkeskommunenes tilbud til voksne pasienter som selv betaler for tannbehandlingen i distrikter med begrenset tilbud av private tannleger, jf. tannhelsetjenesteloven § 1-3 tredje ledd.

På landsbasis er forholdstallet mellom tannpleiere og tannleger i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten om lag 4:10, det vil si at antall årsverk tannpleiere utgjør om lag 40 prosent av antall årsverk tannleger. I flere fylker utgjør antall årsverk om lag 50 prosent av tannlegeårsverkene. Utdanningskapasiteten av tannpleiere utgjør om lag 70 prosent av

utdanningskapasiteten av tannleger i Norge, slik at tilgangen på tannpleiere må regnes som god.

Et sentralt hensyn når det gjelder spørsmålet om lovfesting av tannpleiere som del av kommunens kjernekompetanse, er hensynet til samfunnsøkonomi og anvendelse av laveste effektive kompetansenivå. Dette tilsier at tannpleierkompetansen bør utnyttes så langt som mulig innenfor deres kompetanseområde. I de øvrige nordiske landene er dette gjennomført i langt større grad, slik at andelen tannpleierårsverk sammenliknet med tannlegeårsverk i den offentlige tannhelsetjenesten, er om lag dobbelt så stor som i Norge. De store forskjellene i statens kostnader til grunnutdanning av henholdsvis tannpleiere og tannleger innebærer også at tannpleiernes ressurser og kompetanse bør utnyttes best mulig av kommunene.

Etter en samlet vurdering finner departementet likevel ikke at det er nødvendig å lovfeste at kommunen skal ha tilknyttet tannpleier i tillegg til tannlege. Ved vurderingen er det særlig lagt vekt på at overføringen av ansvaret for den offentlige tannhelsetjenesten i praksis vil foregå som en virksomhetsoverdragelse, jf. punkt 5.22.2. Det betyr at kommunene uansett vil være forpliktet til å bli arbeidsgiver for det antall tannpleiere som er ansatt i fylkeskommunen på overføringstidspunktet. Det er opp til den enkelte kommune å vurdere behovet for tilgang på ytterligere tannpleierressurser utover de ressursene som tilføres gjennom selve virksomhetsoverdragelsen.

Virksomhetsoverdragelsen innebærer at de aller fleste kommuner over en viss størrelse vil ha både tannpleiere og tannleger som ansatte i sin kommune. Når det gjelder de minste kommunene, hvor fylkeskommunene ikke har etablert tannklinikk, eller hvor den aktuelle klinikken er betjent enkelte dager per måned av fylkeskommunalt tannhelsepersonell fra tannklinikk i nabokommunen, vil disse kommunene måtte ta stilling til om de ønsker å ansette tannpleier og tannlege i kommunal heltids- eller deltidsstilling og om nødvendig bygge ny tannklinikk, eller om de ønsker å inngå interkommunalt samarbeid med en nabokommune som har overtatt en fylkeskommunal tannklinikk med ansatte tannpleiere og tannleger. Kommunen kan eventuelt også kjøpe tjenester fra privatpraktiserende tannpleier og tannlege. I områder med små kommuner og lavt innbyggertall vil det som regel være begrenset tilbud av private tjenesteytere. Det er opp til den enkelte kommune selv å vurdere hvilken tilknytningsform som er mest hensiktsmessig, forutsatt at kommunene ivaretar sitt ansvar for å sørge for helsefremmende og forebyggende arbeid og nødvendige og forsvarlige tannhelsetjenester til personer med rett til nødvendig tannhelsehjelp.

Forslag til konkret utforming av lovbestemmelsen er inntatt i punkt 3.2.5.

Forutsatt at Stortinget senere slutter seg til forslag om slik lovendring tas det sikte på at lovendringen skal settes i kraft fra 1. januar 2020.

3.2.4.6 Lovfesting av krav om andre personellgrupper eller annen type kompetanse

Helse- og omsorgstjenesteloven avløste kommunehelsetjenesteloven og deler av sosialtjenesteloven, og forutsetter derfor at kommunene disponerer fagpersonell både med

helse- og sosialfaglig bakgrunn. Loven regulerer altså ikke bare kommunens ytelse av helsetjenester, men også tjenester av sosialfaglig karakter som er nødvendig for at den enkelte så langt som mulig skal kunne leve sitt liv i samsvar med egne ønsker og behov, i samspill med familie, pårørende, sosiale og fysiske omgivelser. Sosialfaglig kompetanse er særlig viktig for gjennomføringen av regjeringens opptrappingsplan for rusfeltet og regjeringens plan for omsorgsfeltet, Omsorg 2020.

Sosialfaglige hensyn som skal ivaretas er knyttet til sosial trygghet, likestilling og likeverd, forebygging og behandling av sosiale problemer, styrking av sosiale relasjoner og at alle skal få mulighet til å leve og bo selvstendig og ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre, jf. helse- og omsorgstjenestelovens § 1-1.

Brukergrupper som særlig er avhengig av sosialfaglig kompetanse er blant annet mennesker med psykisk utviklingshemming og nedsatt funksjonsevne, med rusproblemer og psykiske lidelser, og familier som har barn med funksjonsnedsettelse. Det er behov for kompetanseheving om rus og psykisk helse i helse- og omsorgstjenesten og å integrere tjenestene til brukere med langvarige og sammensatte hjelpebehov med øvrige tjenester.

Sosialfaglig kompetanse vil også være viktig for å skape tverrfaglig bredde i tjenestene og i koordineringen av kommunale og statlige tjenester som for eksempel tjenester fra Nav, barnevern, familierådgivning og ordningen med brukerstyrt personlig assistanse (BPA).

Når kommunene i tråd med kommunereformen skal få større ansvar og flere oppgaver, særlig innen habilitering/rehabilitering, vil ergoterapeuter, sosionomer, vernepleiere og annen sosialfaglig eller spesialpedagogisk kompetanse være avgjørende for å klare dette.

Sosionomer arbeider med å løse sosiale konflikter og problemer og ivaretar mange av de sosiale tjenester som tidligere var hjemlet i sosialtjenesteloven. I tillegg har de spesiell kompetanse i saksbehandling, planlegging og ressursorientert brukermedvirkning og samspill med familie og pårørende.

Vernepleierne hadde tidligere spesielt ansvar for mennesker med utviklingshemming, men arbeider nå i hele omsorgsfeltet både i hjemmetjenester og institusjon. I arbeidet med omlegging av omsorgstjenestene med større vekt på rehabilitering og bruk av velferdsteknologi og tekniske hjelpemidler, har ergoterapeutene spesielle faglige forutsetninger.

En av de største endringene i helse- og omsorgstjenestene de siste tiårene har vært veksten i tallet på barn og unge og deres familier som får hjelp og bistand fra de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Sosionomer og barnevernspedagoger har derfor etter hvert en viktig og naturlig plass i hjemmetjenestene og i samarbeidet mellom helse- og omsorg, skole, barnehage og barnevern. Dette samarbeidet er imidlertid organisert på ulike måter i kommunene.

Også helsefagarbeidere er sentrale for kommunens ytelse av helse- og omsorgstjenester. Helsefagarbeiderutdanningen har siden 2008 erstattet hjelpepleier- og omsorgsarbeiderutdanningen. Helsefagarbeidere, hjelpepleiere og omsorgsarbeidere er personellgruppen som i dag utgjør den største utdanningsgruppen, og den kommunale

helse- og omsorgstjenesten kunne ikke vært drevet uten den erfaring og kompetanse disse faggruppene representerer.

Spesielt med henvisning til de vurderinger som Stortinget har gjort knyttet til behov for å lovfeste kompetansekrav, har departementet foretatt en fornyet vurdering av om også andre personellgrupper bør foreslås lovfestet som en del av den minimumskompetanse som det forventes at enhver kommune skal ha knyttet til seg. Departementet har imidlertid kommet til at vi på det nåværende tidspunkt ikke ser behov for å lovfeste ytterligere personellgrupper, og det vises i den forbindelse til de vurderinger som er gjengitt fra Primærhelsetjenestemeldingen under punkt 3.2.1. Som det fremgår av ovenstående vil imidlertid departementet som følge av Stortingets behandling av Primærhelsetjenestemeldingen, samt forslaget i Oppgavemeldingen og Stortingets behandling av denne, foreslå å også lovfeste krav om ergoterapeut, tannlege og tannpleier.

3.2.5 Forslag til lovregulering

Under henvisning til redegjørelsen i punkt 3.2.4 foreslår departementet at lovfesting av kompetansekrav inntas som nytt første punktum i § 3-2 andre ledd i lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. Nåværende andre ledd blir dermed nytt andre punktum i andre ledd.

Forutsatt at Stortinget senere slutter seg til slikt lovforslag, tas det som nevnt sikte på at slik lovfesting skal settes i kraft fra henholdsvis 1. januar 2018 og 1. januar 2020. Når det gjelder lovfesting med ikraftsetting *fra 1. januar 2018* foreslår departementet at nytt første punktum i § 3-2 andre ledd gis følgende ordlyd:

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

Når det gjelder lovfesting med ikraftsetting *fra 1. januar 2020* foreslår departementet at nytt første punktum i § 3-2 andre ledd gis følgende ordlyd:

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

Departementets samlede lovendringsforslag er inntatt i høringsnotatets kapittel 10.

3.2.6 Administrative og økonomiske konsekvenser

Lovfesting av krav om lege, sykepleier, fysioterapeut, jordmor og helsesøster

Av den tidligere kommunehelsetjenesteloven fremgikk det eksplisitt at kommunene måtte sørge for blant annet allmennlegetjeneste, legevaktordning, fysioterapitjeneste, sykepleie (herunder helsesøstertjeneste og hjemmesykepleie) og jordmortjeneste.

Helse- og omsorgstjenesteloven er i dag profesjonsnøytral, men representerer en videreføring av plikter og rettigheter som tidligere fulgte av kommunehelsetjenesteloven

og sosialtjenesteloven. Lovfesting av krav om at kommunene må ha ansatt eller avtale med lege, sykepleier, fysioterapeut, jordmor og helsesøster, er derfor kun en videreføring og tydeliggjøring av allerede gjeldende rett. Departementet legger også til grunn at en kommune i praksis ikke vil klare å oppfylle sitt sørge for ansvar på en forsvarlig måte dersom kommunen ikke har avtale med eller ansatt personell innenfor disse fem gruppene.

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

Lovfesting av krav om psykolog

Når det gjelder administrative og økonomiske konsekvenser av å lovfeste at alle kommuner skal ha psykolog knyttet til seg, viser departementet til redegjørelsen under punkt 3.2.1. Som det fremgår har departementet etablert en øremerket tilskuddsordning som skal bidra til å dekke kommunenes utgifter ved ansettelse av psykologer.

Modellforsøket med rekruttering av psykologer til kommunene fra 2010–2013 ga gode resultater, og ble i 2013 erstattet av et rekrutteringstilskudd. I Prop. 1 S (2015-2016) ble det innført ny innretning av denne tilskuddsordningen. En sentral endring er at man går bort fra varierende tilskuddsbeløp fra år til år og over til et fast beløp på kr. 300 000 pr. år for psykolog i 100 % stilling. Tilskuddsbeløpet reduseres tilsvarende ut fra hvilken stillingsprosent det søkes om. Rammen er på 145 mill. kroner i 2016. Kommunene vil ikke ha noe krav på å motta slikt tilskudd, men de vil kunne tildeles midler innenfor rammen. Når pliktbestemmelsen trer i kraft, vil tilskuddsmidlene overføres fra Helse- og omsorgsdepartementets budsjettkapittel til kommunerammen.

Lovfesting av krav om ergoterapeut

Når det gjelder ergoterapeut har det ikke tidligere vært et eksplisitt lovkrav at kommunene skal ha disse tilknyttet. KOSTRA-tall viser at det per 31. desember 2014 var 104 kommuner som manglet ergoterapeut. Fordi man i kommunesektoren har hatt en klar ansettelsesøkning av fagutdannede de siste årene, er det trolig færre kommuner i dag som ikke har ergoterapeut. For ergoterapeutene har det vært en økning på ca. 100 årsverk per år de siste årene.

I henhold til forslaget tas det sikte på at lovkravet først skal settes i kraft fra 1. januar 2020. På det tidspunkt vil det ha gått fem år fra de KOSTRA-tallene vi opererer med nå. Dersom dagens utvikling fortsetter, er det grunn til å anta at enda flere av landets kommuner da vil ha ergoterapeut. Det er likevel krevende å angi nøyaktige økonomiske konsekvenser for kommunene ved å lovfeste et slikt krav. Både fordi lønsspennet kan variere, men også fordi det vil variere hvor stor stillingsandel det vil være behov for, eventuelt at behovet dekkes ved avtale om enkeltkjøp av nødvendige tjenester

Lovfesting av krav om tannlege

Overføringen av ansvaret for tannhelsetjenester fra fylkeskommunene til kommunene vil som nevnt foregå som en virksomhetsoverdragelse. En lovfesting av krav om at kommunene må ha knyttet til seg tannlege vil derfor i praksis ikke innebære endringer i hvilke yrkesgrupper som kommunene må ha tilgang på for å kunne ivareta sørge for ansvaret for tannhelsetjenester og omfanget av personellressurser til dette formål. Selv om tannhelsetjenesteloven i dag ikke inneholder bestemmelser som eksplisitt angir hvilke yrkesgrupper fylkeskommunene skal ha knyttet til seg for å løse de lovpålagte oppgavene, anser departementet det som hensiktsmessig at dette nå synliggjøres i lov, på samme måte som det gjøres for de øvrige kommunale helse- og omsorgstjenestene. Tannleger utgjør en del av kjernekompetansen som kommunen må ha tilgang på for å utføre sine oppgaver på en forsvarlig måte. Dette anses særskilt viktig ettersom tannhelsetjenester er en ny oppgave for kommunene. Et krav om lovfesting av krav om at kommunen må ha tilknyttet tannlege vil i seg selv ikke innebære merkostnader for kommunene.

3.3 Lovfesting av den kommunale helse- og omsorgstjenestens veiledningsplikt overfor spesialisthelsetjenesten

3.3.1 Nærmere om forslaget i Primærhelsetjenestemeldingen

I Primærhelsetjenestemeldingen understrekes det at veiledning og kompetansedeling bidrar til bedre samhandling og kompetansebygging. Med kompetansedeling menes utveksling av kunnskap og erfaring mellom bidragsyterne, mens veiledning kan beskrives som en målrettet aktivitet der veilederen har et meransvar for kvaliteten i samtaleforløpet. Veiledning vil i mange tilfeller være sammenfallende med kompetansedeling, men kompetansedeling er et videre begrep enn veiledning. Veiledning og kompetansedeling kan skje internt på ett og samme tjenestenivå og mellom ulike tjenestenivåer. Videre uttales det i meldingen side 65 blant annet:

"Helsepersonell i spesialisthelsetjenesten har veiledningsplikt overfor kommunale helse- og omsorgstjenester. Helsepersonell i den kommunale helse- og omsorgstjenesten har ingen slik veiledningsplikt overfor spesialisthelsetjenesten. En speiling av spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester ble foreslått av Wisløff-utvalget i NOU 2005: 3 Fra stykkevis til helt.

Tiltaket likestiller de to nivåene i lovverket og synliggjør at kompetansen i kommunen verdsettes like høyt som kompetansen i spesialisthelsetjenesten. Den kommunale helse- og omsorgstjenesten har kompetanse som er verdifull for spesialisthelsetjenesten på en rekke områder. Den kommunale breddekompetansen blir stadig viktigere i møte med det økende antallet brukere med store og sammensatte behov, og kommunalt helse- og omsorgspersonell vil ofte ha kunnskap om den enkelte pasient som er avgjørende for å yte gode, individuelt tilrettelagte og ikke minst helhetlige tjenester også i spesialisthelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten mangler i mange tilfeller kunnskap om tjenestetilbudet i kommunale helse- og omsorgstjenester. Regjeringen vil på denne bakgrunn utrede en endring i helse- og omsorgstjenesteloven, slik at kommunene får en veiledningsplikt overfor spesialisthelsetjenesten.

Erfaringsmessig er det en stor fordel for begge nivåer dersom veiledningsplikten settes i system og planlegges. Den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten bør også utvikle ordninger for å dele kurs og ha felles opplæring. (...)."

Under henvisning til ovenstående uttales det deretter på meldingens side 70 at Regjeringen for det første vil utrede en endring av helse- og omsorgstjenesteloven slik at kommunen får en veiledningsplikt overfor spesialisthelsetjenesten som speiler spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt overfor kommunene. Videre uttales det at Regjeringen også vil vurdere en plikt til kompetansedeling innad i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, men at det i den forbindelse også skal vurderes om pedagogiske virkemidler kan være et egnet alternativ til lovfesting av slik pliktbestemmelse.

3.3.2 Stortingets behandling av meldingen

Ved Stortingets behandling er Regjeringens forslag referert, men ellers ikke omtalt i Innst. 40 S (2015-2016) Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om framtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet.

3.3.3 Helse- og omsorgsdepartementets vurdering og forslag

Spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt overfor kommunene følger av spesialisthelsetjenesteloven § 6-3 som lyder:

"Helsepersonell som er ansatt i statlige helseinstitusjoner som omfattes av denne loven, eller som mottar tilskudd fra regionale helseforetak til sin virksomhet, skal gi den kommunale helse- og omsorgstjenesten råd, veiledning og opplysninger om helsemessige forhold som er påkrevet for at den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal kunne løse sine oppgaver etter lov og forskrift."

Nåværende § 6-3 var opprinnelig fastsatt som § 7-4 i spesialisthelsetjenesteloven. Om daværende bestemmelse § 7-4 er det i Ot.prp. nr. 10 (1998-99) Om lov om spesialisthelsetjenesten m.m., punkt 7.4.4, side 100-102, blant annet uttalt:

"Behovet for veiledning fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten øker. Helsetjenesten blir stadig mer spesialisert og utviklingen går fort. Dette stiller i økende grad krav om faglig oppdatering til alle deler av helsetjenesten. Den medisinskteknologiske utvikling medfører at helsehjelp i større grad kan ytes nær pasientens bosted, og det er en uttalt politikk at pasienter bør behandles på lavest mulig nivå. En forutsetning for at kommunehelsetjenesten skal kunne ta i bruk medisinsk utstyr og andre behandlingsmetoder i hjemmet eller nær pasientens bosted, er at de får den nødvendige veiledning. For pasientene vil det bety økt sikkerhet og trygghet. For samfunnet betyr det at man sparer ressurser ved at antall sykehusinnleggelser kan reduseres. Målsettingen med å innføre en veiledningsplikt er å bidra til å skape en helhetlig helsetjeneste, og å motvirke at grensesnittet mellom to samhandlende linjer blir en flaskehals, med ressursløsning og kvalitetsbrudd som konsekvens.

[...]

Den plikt til veiledning som departementet foreslår, gjelder både i forhold til enkeltpasienter som kommunen har eller overtar ansvaret for, og i forhold til kommunehelsetjenestens generelle lovpålagte oppgaver.

I forhold til den enkelte pasient vil spesialisthelsetjenesten ha plikt til å gi den veiledning som er nødvendig for at pasienten kan få forsvarlig helsehjelp. Bestemmelsen må ses i sammenheng med at både fylkeskommunen og kommunen foreslås pålagt en plikt til å utarbeide individuelle planer for pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester og en plikt til å samarbeide med andre tjenesteytere om tilbudet til disse pasientene, (...). Bestemmelsene er tenkt som virkemidler for å få til en bedre samhandling mellom nivåene.

Det foregår allerede i dag en utstrakt veiledning fra spesialisthelsetjenesten i forhold til enkeltpasienter. Sykehus sender etter endt opphold epikrise til primærlegen som gir veiledning om hvordan pasienten skal følges opp i kommunen. Primærleger søker råd hos spesialister for eksempel i situasjoner hvor det er spørsmål om øyeblikkelig hjelp innleggelse i sykehus. Å innføre en veiledningsplikt i forhold til enkeltpasienter vil derfor i stor grad være en lovfesting av en praksis som allerede foregår. Det vil imidlertid innebære en synliggjøring av denne oppgaven i spesialisthelsetjenesten, og foranlediger således at det legges til rette for at helsepersonell faktisk kan oppfylle denne lovpålagte plikten. Veiledningsplikten vil være begrenset til den informasjon som er nødvendig for at enkeltpasienter kan få et forsvarlig tilbud fra kommunen, og innebærer ikke at spesialisthelsetjenesten overtar ansvaret for pasientene i kommunen. Plikten medfører heller ikke et generelt unntak fra de taushetspliktregler som gjelder. I den grad utveksling av opplysninger er nødvendig for at den helsehjelp som ytes til enkeltpasienter er forsvarlig, vil imidlertid unntak fra taushetsplikten i forslaget til ny lov om helsepersonell § 25 kunne komme til anvendelse.

Bestemmelsen er generelt formulert og vil også gjelde mer systematisk veiledning.

Det bør være opp til spesialisthelsetjenesten selv å avgjøre hvordan veiledningen kan systematiseres. Det stilles derfor i loven krav om at kommunehelsetjenesten skal veiledes i den grad det er nødvendig for å oppfylle lovpålagte krav, men ikke om hvordan dette bør gjennomføres i praksis.

[...]

Forsøk viser at det er relativt enkelt å stimulere allmennleger til kontakt med andrelinjen. Det er derimot vanskeligere å få for eksempel sykehusleger til å vende seg mot førstelinjen. Ved å innføre en veiledningsplikt ønsker departementet å bidra til å styrke og systematisere samhandlingen mellom de to nivåene i helsetjenesten.

[...]

Det er imidlertid viktig å understreke at veiledningsplikten ikke medfører endringer i den gjeldende ansvarsfordeling mellom fylkeskommunen og kommunen. Hvis det er aktuelt at kommunen skal utføre oppgaver som hører inn under fylkeskommunenes ansvar, må dette avtales særskilt.

[...]

Råd og veiledning skal gis av helsepersonell, jf definisjonen i forslaget til lov om helsepersonell § 3. For eksempel vil tilbudet til mennesker med psykiske lidelser være svært sammensatt, og mange yrkesgrupper og profesjoner tar del i det kliniske arbeidet innen psykiatrien. Veiledning omkring forhold som har innvirkning på fysisk og psykisk helse, vil kunne kreve andre typer kompetanse enn den helsepersonell med autorisasjon har. Definisjonen av helsepersonell gitt i helsepersonelloven § 3 vil omfatte alt personell i helsetjenesten som yter helsehjelp. Også personell som ikke er autorisert helsepersonell, men som arbeider i den offentlige del av spesialisthelsetjenesten, vil således etter

omstendighetene kunne omfattes av veiledningsplikten. Innenfor psykiatrien vil dette for eksempel kunne gjelde sosionomer, kliniske pedagoger, omsorgsarbeidere og barnevernspedagoger som deltar i det kliniske arbeidet. Ansatte i spesialisthelsetjenesten som ikke faller inn under definisjonen av helsepersonell, faller imidlertid utenfor loven. Bestemmelsen må også ses i sammenheng med den generelle veiledningsplikt for ansatte i offentlig virksomhet som følger av forvaltningsloven § 11.

I prinsippet omfattes både veiledning som spesialisthelsetjenesten gir av eget tiltak og veiledning etter anmodning fra kommunehelsetjenesten av lovbestemmelsen. Som nevnt er det imidlertid bare opplysninger som er påkrevet for at kommunehelsetjenesten skal kunne løse sine oppgaver etter loven som omfattes. Det betyr at forhold som kommunen er like nær eller nærmere til å orientere seg om, ikke vil utløse en plikt for spesialisthelsetjenesten.

Veiledningsplikten gjelder "helsemessige forhold". Dette innebærer at plikten omfatter ethvert tiltak som angår pasienters fysiske eller psykiske helse. Begrensning av plikten ligger imidlertid i at plikten kun omfatter slik veiledning som er nødvendig for at kommunehelsetjenesten kan løse oppgaver pålagt i lov eller forskrift."

Departementet viser også til Rundskriv I-3/2013 Spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt overfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten, av 1. juli 2013, for ytterligere redegjørelse for veiledningsplikten.

Under henvisning til ovenstående, og den begrunnelse som er gitt i Primærhelsetjenestemeldingen, jf. ovenfor under punkt 3.3.1, fastholder departementet forslaget om å endre helse- og omsorgstjenesteloven slik at kommunen får en veiledningsplikt overfor spesialisthelsetjenesten.

Den kommunale veiledningsplikten overfor spesialisthelsetjenesten er i all hovedsak ment å tilsvare den veiledningsplikt som spesialisthelsetjenesten har overfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Dette innebærer blant annet at bestemmelsen retter seg mot helsepersonell som yter tjenester omfattet av helse- og omsorgstjenesteloven. Dette vil gjelde helsepersonell som er ansatt i kommunen, men også private tjenesteytere som yter tjenester omfattet av helse- og omsorgstjenesteloven på vegne av kommunen. Dette vil for eksempel gjelde privatpraktiserende fastleger og fysioterapeuter.

Veiledningsplikten skal gjelde "helsemessige forhold". Dette innebærer at plikten omfatter ethvert tiltak som angår pasienters fysiske eller psykiske helse.

Det foreslås at veiledningsplikten skal gjelde både for enkeltpasienter som spesialisthelsetjenesten har eller overtar ansvaret for, og for spesialisthelsetjenestens generelle lovpålagte oppgaver. Med hensyn til den enkelte pasient vil kommunen ha plikt til å gi den veiledning som er nødvendig for at pasienten kan få forsvarlig helsehjelp.

Veiledningsplikten begrenses imidlertid av at plikten kun omfatter slik veiledning som er nødvendig for at spesialisthelsetjenesten skal kunne løse oppgaver pålagt i lov eller forskrift. Plikten vil gjelde både veiledning som den kommunale helse- og omsorgstjenesten gir av eget tiltak og veiledning som gis etter anmodning fra spesialisthelsetjenesten.

Helsepersonell i spesialisthelsetjenesten har i dag ikke en tilsvarende veiledningsplikt overfor den fylkeskommunale tannhelsetjenesten. Når ansvaret for tannhelsetjenester overføres til kommunen, vil spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt automatisk bli utvidet til å omfatte kommunale tannhelsetjenester. Det offentliges ansvar for tannhelsetjenester ligger samlet på ett forvaltningsnivå i dag og vil fortsatt gjøre det med overføringen av tannhelsetjenester til kommunene. Det er dermed trolig ikke samme grad av behov for gjensidig veiledning mellom forvaltningsnivåene når det gjelder tannhelsetjenester. Det kan imidlertid være tilfeller der det er behov for rådgivning, veiledning og opplysninger fra spesialisthelsetjenesten som er nødvendige for at kommunen skal kunne oppfylle sitt lovpålagte ansvar for tannhelsetjenester. Det vises til at pasienter som er innlagt i helseinstitusjoner innenfor spesialisthelsetjenesten, vil ha rettigheter til et regelmessig og oppsøkende tannhelsetilbud fra kommunen under oppholdet, på samme måte som de har overfor fylkeskommunen i dag. En pasient kan for eksempel være under medisinsk behandling for en tilstand som påvirker tannhelsen og behovet for tannbehandling under oppholdet.

Med innføring av en tilsvarende veiledningsplikt for kommunen vil det også bli tydeliggjort at helsepersonell i kommunen må gi råd og veiledning til spesialisthelsetjenesten om tannhelse knyttet til medisinsk behandling av innlagte pasienter. Dette kan for eksempel dreie seg om råd for å ivareta munnhygiene, opplysninger om igangsatt tannbehandling, samt veiledning om risiko for mulige komplikasjoner i munn, kjeve og tenner i forbindelse med legemiddelbruk ved medisinsk behandling mv. Det vil si veiledning som er påkrevd for at spesialisthelsetjenesten skal kunne utføre sine oppgaver.

Når det gjelder Primærhelsetjenemeldingens omtale av å eventuelt innføre en plikt til kompetansedeling innad i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, vil departementet i denne omgang ikke foreslå lovfesting av en slik plikt. Departementet viser også til at kompetansedeling kan være et tiltak som kan ivaretas ved kommunens ledelse, uavhengig av lovregulering. Som nevnt i meldingen ønsker departementet å vurdere om pedagogiske virkemidler kan være et like egnet alternativ til lovfesting av slik pliktbestemmelse.

3.3.4 Forslag til lovregulering

Departementet foreslår at bestemmelsen om den kommunale helse- og omsorgstjenestens veiledningsplikt overfor spesialisthelsetjenesten inntas som ny § 5-11 i helse- og omsorgstjenesteloven og gis følgende ordlyd:

§ 5-11 Veiledningsplikt overfor spesialisthelsetjenesten

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

3.3.5 Administrative og økonomiske konsekvenser

Departementet legger til grunn at veiledning fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten til spesialisthelsetjenesten skjer i et visst omfang allerede i dag. Forslaget om lovfesting vil derfor langt på vei kunne sies å være lovfesting av gjeldende praksis. Departementet legger i tillegg til grunn at omfanget av slik veiledning uansett må forventes å være såpass beskjedent at dette må kunne dekkes innenfor den enkelte kommunes ordinære budsjetter.

3.4 Krav til ledelse i den kommunale helse- og omsorgstjenesten

3.4.1 Nærmere om forslaget i Primærhelsetjenestemeldingen

I Primærhelsetjenestemeldingen har regjeringen understreket at god ledelse vil være avgjørende for å skape pasientens helsetjeneste, og at pasienter og brukere skal oppleve helse- og omsorgstjenester av høy kvalitet som er helhetlige og koordinerte. Tjenestene skal ikke fremstå som enkeltstående og fragmenterte tjenesteleveranser og pasienter og brukere skal bli lyttet til og få delta i beslutninger om dem selv. I forlengelsen av dette uttales det på meldingens side 71 blant annet:

"(...) Dette stiller høye krav til ledelse og styring i en stor og stadig mer kompleks sektor. Det er ikke nok at den enkelte tjenesteyter eller deltjeneste leverer faglig gode tjenester. Det kreves god ledelse på alle nivåer og tydelige ledelses- og styringslinjer, fra øverste ledelse, dvs. kommunestyret og administrasjonssjef (rådmann), til ledere i utøvende enheter. Ledelse i kommunene er nær knyttet til lokalpolitisk ledelse. Balansen mellom nasjonale anbefalinger og lokale beslutninger og muligheter krever forståelse for politiske prosesser. Samtidig er lederrollen faglig utfordrende og krever kunnskap om bl.a. tjenestenes innhold, brukernes behov og folkehelsekunnskap.

I sum er det store lederutfordringer i sektoren, og mye tyder på at mange ledere i dag ikke får dette godt nok til. Det kan skyldes lederkompetansen, men sektoren er også kjennetegnet ved at det er få ledere, og at det er vanskelig å rekruttere til lederstillinger.

Regjeringen vil bidra til bedre ledelse både ved at krav til ledelse blir tilstrekkelig tydelig, og ved at lederkompetansen styrkes. Tiltak vil omfatte å tydeliggjøre krav til ledelse i forskrift, bedre tilgang til relevante lederutdanninger, samarbeid med spesialisthelsetjenesten og å utarbeide en veileder for kommunens oppfølging av private aktører med driftsavtale."

Når det konkret gjelder internkontroll uttales det på side 75 blant annet:

"Kommunens plikt til internkontroll er regulert i lov og forskrift. Pedagogiske virkemidler er viktig for bl.a. å gjøre innholdet i regelverket kjent. Det er samtidig viktig med tydelige krav til ledelse, styring og kontroll. Regjeringen vil tydeliggjøre krav til kommunens styring og kontroll av helse- og omsorgstjenestene. Det skal bl.a. skje ved å revidere dagens internkontrollforskrift. Kravene til systematisk arbeid med kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet skal tydeliggjøres."

3.4.2 Stortingets behandling av meldingen

Stortingets behandling av meldingsforslagene fremgår av Innst. 40 S (2015-2016) Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om framtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet. Når det gjelder krav til ledelse i den kommunale helse- og omsorgstjenesten uttales det på side 23 blant annet:

"Komiteen vil påpeke at god ledelse er avgjørende for å skape pasientens helsetjeneste. Dersom pasienten og brukeren skal oppleve helhetlige og koordinerte helse- og omsorgstjenester, stiller dette høye krav til ledelse og styring i en stadig mer kompleks sektor. Helsetilsynet har flere ganger pekt på utfordringer knyttet til styring og ledelse.

Komiteens flertall, alle unntatt medlemmet fra Senterpartiet, viser til at ledelse er et innsatsområde både i Kompetanseløftet 2015 og i regjeringens satsing på rus og psykisk helse. Som del av Kompetanseløftet 2015 kan én eller flere samarbeidende kommuner bestille skreddersydd lederutdanning for helse- og omsorgssektoren gjennom Høgskolen i Hedmark i samarbeid med Ressurscenter for omstilling i kommunene og Fagakademiet. Videre er Helsedirektoratet gitt i oppdrag å sørge for en lederutdanning i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Flertallet viser til at regjeringen har varslet at de vil revidere dagens internkontrollforskrift ved å tydeliggjøre krav til kommunens styring og kontroll av helse- og omsorgstjenestene."

3.4.3 Helse- og omsorgsdepartementets vurdering

Helse- og omsorgstjenestene i kommunene har utviklet seg til en omfattende og kompleks virksomhet. Funn tyder imidlertid på at ledelse og internkontroll i for stor grad er overlatt til den enkelte virksomhet, og at det blant annet skjer for få tiltak for å sikre koordinering på tvers. For å sikre bedre koordinering på tvers er det viktig at ledelse og styring skjer på sentralt nivå i kommunens helse- og omsorgstjeneste.

God ledelse på alle nivå i tjenestene er avgjørende for at tjenestene til enhver tid er forsvarlige. Robuste fagmiljøer med god ledelse er blant annet av sentral betydning for at kommunene kan ivareta nye oppgaver på en forsvarlig måte, herunder ansvaret for tannhelsetjenester. Ledelse handler om systemer, aktiviteter og egenskaper som får tjenestene til å utvikle seg på en god måte, sette mål og følge opp at man oppnår ønskede resultater. Dette krever at også kommunenes ledelse sentralt engasjerer seg i utvikling og drift av helse- og omsorgstjenestene, og etterspør og følger opp arbeid med internkontroll. Samlet sett skal ledelsen bidra til at helse- og omsorgstjenesten oppfyller kommunens lovpålagte sørge for-ansvar på en god måte.

Av lov 30. mars 1984 nr. 15 om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten m.m. (helsetilsynsloven) § 3, fremgår at alle som yter helse- og omsorgstjenester skal etablere internkontrollsystemer og sørge for at virksomhet og tjenester planlegges, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av lover og forskrifter. De nærmere bestemmelsene om internkontroll følger av forskrift av 20. desember 2002 nr. 731 om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten.

Kommunens plikt til internkontroll kommer videre til uttrykk i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 tredje ledd. Det fremgår her at kommunens sørge for-ansvar

"innebærer plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten, slik at tjenestenes omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift."

Formålet med internkontrollforskriften er å bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester og at helse- og omsorgslovgivningen etterleves gjennom krav til systematisk styring og kontinuerlig forbedringsarbeid i tjenestene. Det nærmere innholdet i internkontrollen følger av § 4 i forskriften. Internkontroll angår virksomhetens systemer for ledelse og styring, og er et lederansvar. Organisering av tjenestetilbudet varierer. Kravet om å føre internkontroll omfatter likevel alle former for organisering. Internkontrollkravet gjelder både for kommunens overordnede styring av helse- og omsorgstjenesten og for den enkelte deltjeneste.

Helse- og omsorgsdepartementet sendte 30. oktober 2015 på høring *forslag til en ny forskrift om styringssystem i helse- og omsorgstjenesten*. I forslaget til ny forskrift stilles det tydeligere krav til styring og ledelse i helse- og omsorgstjenesten. Formålet med forskriften er at den skal bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, og at helse- og omsorgslovgivningen etterleves.

Forskriften er foreslått å skulle erstatte dagens forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten. Særlig på fire punkter innebærer den nye forskriften en tydeliggjøring sammenlignet med internkontrollforskriften:

- At internkontroll er en integrert og naturlig del av styringssystemet
- Hvor ansvaret ligger på ulike nivå i kommunen og spesialisthelsetjenesten
- Hva det innebærer at virksomheten skal planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres
- Innhold i krav om systematisk arbeid med kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet

Målet med ny forskrift er at denne skal gi ansvarlige på de ulike nivåene i helse- og omsorgstjenesten et bedre verktøy med tydeligere og mer tjenestetilpassede krav. Dagens forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten stiller minimumskrav til innholdet i et styringssystem. Styringssystemet skal sikre at virksomheten etterlever krav i lov og forskrift, herunder krav til faglig forsvarlighet. Et styringssystem hvor etterlevelse av regelverk og systematisk arbeid med kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet står sentralt, handler blant annet om å skape en lærende organisasjonskultur.

I henhold til forslaget er strukturen for ny forskrift knyttet til de fire elementene som er grunnleggende i et styringssystem, dvs. at virksomhetens aktiviteter skal, planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres, jf. blant annet ovenfor om helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 tredje ledd. Forskriften beskriver og utdyper hva disse fire ulike elementene innebærer av oppgaver for virksomheter i helse- og omsorgstjenesten. Disse kravene vil gjelde for ansvarlige for virksomheter på ulike nivå.

I dagens internkontrollforskrift fremgår det at det er "den/de ansvarlige for virksomheten" som har ansvaret for internkontrollen. I forslaget til ny forskrift har departementet foreslått en justering av forskriftsteksten og at innholdet i bestemmelsen utdypes

nærmere. Departementet foreslo en bestemmelse som slår fast at det er den som har det overordnede ansvaret for virksomheten, som er ansvarlig for at det etableres og gjennomføres systematisk styring av virksomhetens aktiviteter i tråd med forskriften og at medarbeiderne i virksomheten medvirker til dette.

Arbeid med styringssystem er en kontinuerlig prosess som må tilpasses hver enkelt kommune. Kommunene er ulike i organisering, størrelse, intern ansvarsfordeling og kompetanse. Kommunens oppgaver er regulert i flere lover. Kommuneloven er rammeloven for kommunal virksomhet, mens andre lover pålegger kommunene oppgaver og regulerer hvordan oppgavene skal løses.

Det er administrasjonssjefen i kommunen som har det overordnede ansvaret for styringssystemet i kommunen. Dette ligger i kommunelovens system.

Administrasjonssjefen vil være ansvarlig for definering og oppfølging av blant annet styringssystemet langt ned i organisasjonen fordi hun eller han må sørge for at medarbeiderne forstår og følger opp slike oppgaver.

Selv om kommuneloven legger ansvaret for styringssystemet på administrasjonssjefen, betyr dette likevel ikke at hun eller han skal ha oversikt over alt. Oppgaver innenfor styringssystemet vil i stor grad måtte delegeres, men samlet skal kjeden eller nettverket av ledere i kommunen danne et helhetlig styringssystem.

I høringsforslaget ble det foreslått at ny forskrift skal inneholde flere direkte og indirekte krav til ledelse i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Etter en helhetsvurdering har derfor departementet kommet til at det på det nåværende tidspunkt ikke er formålstjenlig å også foreslå lovendringer for ytterligere å tydeliggjøre krav til ledelse i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Departementet viser også til Primærhelsetjenestemeldingens uttalelser om at helse- og omsorgstjenesten trenger et lederløft. Det fremgår at regjeringen vil styrke ledelsen på alle nivåer. Dette skal blant annet skje ved å øke tilgangen til relevante lederutdanninger. Ledelse er et innsatsområde både i Kompetanseløftet 2020 og regjeringens satsning på rus og psykisk helse. Som del av Kompetanseløftet 2020 kan én eller flere samarbeidende kommuner bestille skreddersydd lederutdanning for helse og omsorgssektoren. Det er videre etablert et samarbeid med spesialisthelsetjenesten om et topplederutdanningstilbud. Det legges til rette for at plasser på Nasjonalt topplederprogram i regi av Nasjonal ledelsesutvikling stilles til disposisjon for ledere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Departementet viser i forlengelsen av ovenstående også til det som i Primærhelsetjenestemeldingen er uttalt om lokalpolitisk behandling av kvalitetskrav i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, jf. meldingens side 81 hvor det blant annet heter:

"Det er tidligere foreslått å innføre krav om lokalpolitisk behandling av kvalitetskrav gjennom endring i forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene. Det ble foreslått at kravet bare skulle gjelde for de tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven som i forskriften er omtalt som «pleie- og omsorgstjenester». Videre oppfølging av forslaget bør ses i sammenheng med en mer overordnet satsing på tiltak for økt kvalitet og kompetanse i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Regjeringen vil utrede om et krav om politisk

behandling bør rette seg mot både de prosedyrer som kommunen skal etablere for å sikre at brukerne får tjenester i tråd med forskriften, og innholdet i kvalitetskravene. Regjeringen vil også utrede om et krav om politisk behandling skal gjelde for alle de tjenester kommunen er forpliktet til å tilby etter helse- og omsorgstjenesteloven. Slike endringer av kvalitetsforskriften kan bidra til å sikre lokalpolitisk ansvarliggjøring. Dette vil også innebære at politisk nivå i kommunene indirekte vil måtte vurdere om kommunen har nødvendig kompetanse for å oppfylle pålagte kvalitets- og kompetansekrav."

En ordning med lokalpolitisk behandling av kvalitets- og kompetansekrav i den kommunale helse- og omsorgstjenesten vil henge nært sammen med hvordan tjenestene ledes og de ulike nivåenes ledelsesansvar. Eventuelt forslag om å innføre en slik ordning med lokalpolitisk behandling av kvalitets- og kompetansekrav vil på ordinær måte bli sendt på høring.

3.4.4 Administrative og økonomiske konsekvenser

I dette punktet fremmes ikke forslag som får administrative og økonomiske konsekvenser. Når det gjelder konsekvenser knyttet til fastsettelse av ny forskrift om styringssystem i helse- og omsorgstjenesten, vises det til redegjørelsen for dette i departementets høringsnotat av 30. oktober 2015.

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

3.5.1 Nærmere om forslaget i Primærhelsetjenestemeldingen

I Primærhelsetjenestemeldingen understrekes det på side 109 at god sykdomsmestring forutsetter at pasienter og pårørende har tilstrekkelig kunnskap og praktiske ferdigheter til å endre livsstil i tråd med egne mål, vurdere forandringer i sykdomstilstanden og gjennomføre egen behandling. I forlengelsen av dette uttales det blant annet:

"Pasientopplæring kan skje i form av en-til-en konsultasjon eller i grupper av brukere og pårørende med samme diagnose/problem. Etablering av primærhelseteam vil innebære en ny arena der viktig opplæringsbehov kan ivaretas på en bedre måte enn det som er tilfelle i dag. Både individuell opplæring og gruppetilbud kan ytes av sykepleier eller annet helsepersonell i et slikt team, eller det kan skje hos fastlegen, hos fysioterapeuten, i frisklivssentraler eller i et kommunalt lærings- og mestringssenter.

Brukere besitter viktig erfaringskompetanse. Kommuner bør legge til rette for at denne kompetansen benyttes i kommunens opplæringstilbud ved å etablere samarbeid med brukerorganisasjoner om likemannsarbeid. Likemannsarbeid har en verdi i seg selv, samtidig som det hever både kvaliteten og kapasiteten i opplæringstilbudet.

Pasient- og pårørendeopplæring bør inngå i et helhetlig forløp for brukere, pasienter og deres pårørende, på tvers av nivåene i helse- og omsorgstjenesten. Opplæringstilbudet for alle vanlige tilstander bør kunne gis i kommunene. For sjeldnere og mer spesialiserte tilstander må både opplæringen og erfaringskompetansen/likemannsarbeidet forankres i spesialisthelsetjenesten, i tråd med vanlige prinsipper for arbeidsdeling mellom nivåene.

Pasienter og brukere gir uttrykk for at det kommunale tilbudet i dag er mangelfullt. Flertallet av kommunene har ikke et strukturert og systematisk opplæringstilbud. Den opplæringen som skjer, skjer oftest som del av det individrettede tilbudet hos lege, fysioterapeut eller andre. Kommunene gir uttrykk for at de er enige i at det er viktig at pasient- og pårørendeopplæring settes i system, men anser ikke at dette i dag inngår i deres ansvar.

Frisklivstilbud er en form for brukeropplæring. Formålet er å bistå til bedre levevaner og fremme fysisk og psykisk helse, primært gjennom veiledning og tilpassede tiltak for fysisk aktivitet, bedre kosthold og tobakksavvenning. Målgruppen er personer med økt risiko for eller begynnende utvikling av sykdom, uavhengig av diagnose. Tilbud og plan for oppfølging utvikles i samarbeid mellom fagpersoner og brukere ut fra kunnskapsbaserte metoder for endring av levevaner. Det utvikles også tilbud til brukere med lettere psykiske lidelser. Tilbudet er kommunalt, ofte etablert gjennom frisklivssentraler. Brukere kan henvises med frisklivsresept fra fastlege, Nav eller andre eller de kan oppsøke tilbudet uten henvisning. (...).

Erfaringer viser at lærings- og mestringstiltak som startes opp i sykehus ikke uten videre videreføres i kommunen. Dermed kan effekten av igangsatte tilbud i sykehus utebli. Det trengs sterkere vektlegging av at veiledning og opplæring skal være elementer i et helhetlig pasientforløp på linje med medisinsk behandling. Lovreguleringen av pasientopplæring er ulikt formulert i helse- og omsorgstjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven, og kan oppfattes som svakere vektlagt for kommunene. For å sikre nødvendig pasient- og pårørendeopplæring vil regjeringen tydeliggjøre kommunenes plikt til å drive pasient- og pårørendeopplæring i helse- og omsorgstjenesteloven.

Mange kommuner er for små til selv å etablere gruppetilbud. Det bør da etableres interkommunale tilbud."

3.5.2 Stortingets behandling av meldingen

Ved Stortingets behandling av Primærhelsetjenestemeldingen har komiteen sluttet seg til viktigheten av at pasienter, brukere og pårørende i større grad tas med i beslutninger om egen behandling og mestring av eget liv, og at pårørende og frivillige bør få en større og tydeligere plass i helse- og omsorgstjenesten fremover, jf. Innst. 40 S (2015-2016) Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om framtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet, side 7-8. Videre uttales det på innstillingens side 34-35 blant annet:

"Komiteen legger vekt på at målet for tjenestene i møtet med brukere med risiko for, eller allerede etablert kronisk sykdom, er å avdekke dette tidnok til at eventuelle muligheter til forebygging eller behandling ikke blir forringet. Målet må være å hjelpe brukeren til et best mulig liv, der denne opplever å mestre livet i tråd med egne mål, unngår forverring, komplikasjoner og innleggelse i sykehus, samt forblir i arbeid og er selvhjulpen lengst mulig. Brukerne bør få tjenestene de trenger, særlig de tjenestene de trenger ofte, så nærme der de bor som mulig. Den største delen av oppfølgingen og koordineringen bør bli ivaretatt av primærhelseteamet (fastlegen) i samarbeid med brukeren selv.

Komiteen viser til at med god oppfølging i kommunene kan behovet for spesialisthelsetjenester reduseres ytterligere. Bruk av ny teknologi som telemedisinske konsultasjoner, eventuelt ambulante spesialisthelsetjenester, kan bidra til å flytte de spesialiserte tjenestene nærmere der pasientene bor og til å styrke kompetansen ved den

kommunale tjenesten. Alle som har behov for oppfølging i spesialisthelsetjenesten, skal fremdeles få det."

3.5.3 Nærmere om Helse- og omsorgsdepartementets høringsnotat om styrket pårørendestøtte

Fremtidens helse- og omsorgstjenester skal utvikles sammen med brukere og pårørende. Det er et mål at pårørende skal få en større og tydeligere plass i helse- og omsorgstjenesten. Pårørende som tar vare på sine nærmeste, skal bli møtt av offentlige tjenester som arbeider sammen med dem, veileder og støtter dem og gir avlastning når det trengs. Ingen skal måtte påta seg omfattende omsorgsarbeid dersom de ikke ønsker det eller dersom de mener at kommunen vil kunne gi et bedre og mer forsvarlig tjenestetilbud.

De kommunale helse- og omsorgstjenestene skal samhandle med pårørende som har tyngende omsorgsoppgaver. Dette gjelder uavhengig av pårørendes livssituasjon, hvilken relasjon de har til den eller de som har behov for hjelp, eller om de er pårørende til barn, unge, voksne eller eldre. Kommunen har en plikt til å yte nødvendig og forsvarlig helse- og omsorgshjelp til alle som oppholder seg i kommunen. De pårørende er en mangeartet gruppe, og inkluderer alt fra pårørende til barn til barn som pårørende. Deres behov vil variere både ut fra hvilke behov deres nærmeste har og hvilken livsfase og livssituasjon de pårørende selv befinner seg i.

I regjeringsplattformen har regjeringen uttalt at den vil styrke pårørendes situasjon gjennom bedre tilbud om avlastning, veiledning og en gjennomgang av støtteordningene for pårørende.

I tråd med dette sendte Helse- og omsorgsdepartementet 1. oktober 2015 på høring et forslag om styrket pårørendestøtte i de kommunale helse- og omsorgstjenestene i form av forslag til en ny pliktbestemmelse i helse- og omsorgstjenesteloven som skal pålegge kommunen å tilby nødvendig pårørendestøtte til personer som har et særlig tyngende omsorgsarbeid gjennom å gi disse tilbud om nærmere bestemte tiltak og tjenester.

I høringsnotatet vises det til at pårørende står for nesten halvparten av omsorgsoppgavene som ytes til brukerne i dag. Mange opplever imidlertid at denne innsatsen ikke anerkjennes. Å samle tiltakene rettet mot pårørende i en felles bestemmelse i helse- og omsorgstjenesteloven vil ikke bare være et virkemiddel for å sikre nødvendig pårørendestøtte, det vil også kunne bidra til å synliggjøre og anerkjenne pårørendes innsats. Pårørende eller nærpersoner til brukere av kommunale omsorgstjenester finnes i alle aldersgrupper, og har ulike relasjoner til den eller de som har behov for hjelp. Løsninger for pårørendestøtte må derfor ta utgangspunkt i at de pårørende er i ulike livssituasjoner og har ulike behov. Kommunene skal gi et tilbud som er samordnet med pårørendes innsats, og tilby nødvendig veiledning og avlastning for å forbedre pårørendes situasjon.

Av pasient- og brukerrettighetslovens § 2-8 følger at "(D)e som har særlig tyngende omsorgsarbeid, kan kreve at den kommunale helse- og omsorgstjenesten treffer vedtak om at det skal settes i verk tiltak for å lette omsorgsbyrden og hva tiltakene i tilfelle skal

bestå i." I høringsnotatet er det vist til at denne bestemmelsen ikke har noen motsvarende pliktbestemmelse i helse- og omsorgstjenesteloven. Med unntak av bestemmelsen om omsorgslønn, har helse- og omsorgstjenesteloven ingen bestemmelser som er uttrykkelig rettet mot pårørende. Det betyr at dagens regelverk i liten grad gir pårørende klarhet i eller veiledning om hvilken type hjelp de kan be om. Det betyr også at det kan være vanskelig for pårørende å klage over manglende tjenestetilbud. Departementet foreslo derfor å innføre en ny pliktbestemmelse om kommunens ansvar for pårørende. Det ble vist til at den nye bestemmelsen ville samle og tydeliggjøre kommunens ansvar overfor de som har et særlig tyngende omsorgsarbeid. Konkret ble det foreslått at dagens § 3-6 om omsorgslønn i helse- og omsorgstjenesteloven oppheves og erstattes med en ny bestemmelse om kommunens ansvar for pårørende som ble foreslått å lyde:

"Til personer med særlig tyngende omsorgsarbeid skal kommunen kunne tilby nødvendig pårørendestøtte i form av

1. Informasjon, opplæring og veiledning
2. Avlastning
3. Omsorgsstønad"

Den nye bestemmelsen samler og tydeliggjør kommunens ansvar overfor de som har et særlig tyngende omsorgsarbeid. Kommunene pålegges å tilby nødvendig pårørendestøtte i form av avlastning, informasjon, opplæring og veiledning, og omsorgsstønad. Tiltakene som regnes opp i bestemmelsen er i all hovedsak en videreføring av dagens ordninger, og kommunen skal fortsatt ha rett og plikt til å foreta en vurdering av hva som nødvendig og forsvarlig tilbud til den enkelte. Forslaget medfører imidlertid at kommunen får en tydeligere plikt til å foreta en selvstendig vurdering av pårørendes behov, og fatte vedtak om tiltak. Dermed sikres at det samlede tjenestetilbudet som utformes, også ivaretar pårørendes behov. Samlet sett representerer derfor forslaget en ny og forbedret rettsstilling for pårørende. Departementet peker i forlengelsen av dette på det helt grunnleggende i at det må være brukerens ønske om pårørendeomsorg som ligger til grunn for kommunens plikt.

Departementet tar sikte på å følge opp høringsforslaget gjennom en lovproposisjon til Stortinget.

3.5.4 Helse- og omsorgsdepartementets vurdering og forslag

Av spesialisthelsetjenesteloven § 3-8 nr. 4 fremgår uttrykkelig at sykehusene skal ivareta "opplæring av pasienter og pårørende." Om denne bestemmelsen er det i Ot.prp. nr. 10 (1998-99) Om lov om spesialisthelsetjenesten m.m., punkt 3.8.6, side 65 blant annet uttalt:

"Omlag en fjerdedel av den norske befolkning har en alvorlig kronisk lidelse. Av disse har noen flere kroniske sykdommer. Mennesker med kronisk sykdom må leve med denne resten av livet. Stadig flere mennesker får sykdommer som ikke kan helbredes eller fjernes. Disse må til daglig treffe kvalifiserte og tildels livsviktige vurderinger og avgjørelser om egen tilstand og behandling. Like viktig som god medisinsk behandling er derfor god opplæring og mestring av sykdommen. Mangel på opplæring er like alvorlig som mangel

på medisiner og gode behandlingsformer. Opplæring er en forutsetning for mestring av livet som kronisk syk og for å hindre forverring av sykdommen og utvikling av alvorlige komplikasjoner. (...). For alle med kronisk sykdom innebærer kunnskap og mestring en kilde til bedret livskvalitet. Ikke bare er helsegevinsten viktig, men også kontrollen pasienten gjenvinner over eget liv.

Opplæringstilbudet til kronisk syke må baseres på tverrfaglig kunnskap og innsats fra flere grupper av helsepersonell, ofte fra flere spesialiteter som; leger, sykepleiere, fysioterapeuter, ernæringsfysiologer, fotpleiere, psykologer m fl. Opplæringstilbudet må også inkludere ansatte i kommunehelsetjenesten når dette er nødvendig og ønskelig, jf spesialisthelsetjenestens plikt til veiledning. Mange kronisk syke opplever i dag at terskelen fra kommunehelsetjenesten til spesialisthelsetjenesten er for høy, at de først henvises når komplikasjoner oppstår. Også samarbeid med pasientorganisasjoner vil være aktuelt. Pasientorganisasjoner kan i mange tilfeller besitte erfaring og kompetanse som er verdifull for opplæringsformålet.

Videre er kunnskapsrike pasienter den beste garanti for sikring av kvalitet på helsetjenestene, fordi de både har vurderingskompetanse og kan formulere sine interesser og ønskemål for behandlingen.

Økt innsats og utvikling av et godt opplæringstilbud til pasienter med kroniske sykdommer vil i tillegg til å øke pasienters livskvalitet, også gi helseøkonomiske gevinster ved en friskere og tryggere pasientbefolkning."

Helse- og omsorgstjenesteloven har ingen slik generell bestemmelse som eksplisitt pålegger en plikt til opplæring av pasienter, brukere og pårørende. At den kommunale helse- og omsorgstjenesten også må sørge for nødvendig opplæring av pasienter, brukere og pårørende fremgår imidlertid implisitt og indirekte av flere lovbestemmelser.

Slik det fremgår av helse- og omsorgstjenestelovens formålsbestemmelse i § 1-1, er lovens formål i henhold til bestemmelsens nr. 1 blant annet å "tilrettelegge for mestring av sykdom, skade, lidelse og nedsatt funksjonsevne". Dette vil kunne innebære at pasient- og brukeropplæring er nødvendig når kommunen skal oppfylle sine lovpålagte plikter etter loven. Likedan følger det av formålsbestemmelsens nr. 3 at lovens formål også er å "sikre at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig og til å ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre". Også dette kan forutsette nødvendig pasient- og brukeropplæring.

Videre legger departementet til grunn at de fleste tjenesteelementer som er listet opp i loven § 3-2 første ledd kan innebære en plikt til å gi opplæring til pasient og pårørende. Mest tydelig kan dette inngå i bestemmelsens nr. 4 om at kommunen skal tilby "utredning, diagnostisering og behandling". Forsvarlig behandling vil i mange tilfeller forutsette en viss opplæring av pasient eller bruker. Tilsvarende skal kommunen etter bestemmelsens nr. 5 tilby "sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering". Opplæring av pasient/bruker inngår normalt som en svært sentral del i de fleste former for habilitering og rehabilitering. Etter bestemmelsens nr. 6, bokstav b, skal kommunen også tilby personlig assistanse. Det fremgår at dette blant annet vil omfatte "praktisk bistand og opplæring og støttekontakt".

Av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-3 om helsefremmende og forebyggende arbeid fremgår det at kommunen ved ytelse av helse- og omsorgstjenester skal fremme helse og

søke å forebygge sykdom, skade og sosiale problemer. Dette skal bl.a. skje ved opplysning, råd og veiledning. Av § 3-8 fremgår at praktisk bistand og opplæring som nevnt i § 3-2, første ledd, nr. 6, bokstav b), også skal kunne organiseres som brukerstyrt personlig assistanse.

Departementet viser også til loven § 6-2 som regulerer krav til innhold i samarbeidsavtalene mellom regionalt helseforetak/helseforetak og kommunen. Av bestemmelsens første ledd nr. 2 fremgår at avtalen skal omfatte ”retningslinjer for samarbeid i tilknytning til innleggelse, utskrivning, habilitering, rehabilitering og lærings- og mestringstilbud for å sikre helhetlige og sammenhengende helse- og omsorgstjenester til pasienter med behov for koordinerte tjenester”. Det forutsettes altså her at kommuner skal ha noe tilbud om læring og mestring.

Helse- og omsorgstjenesteloven § 2-1 fastslår at helsepersonelloven vil gjelde for alt personell som yter helse- og omsorgstjenester omfattet av loven. I sin yrkesutøvelse vil personellet slik sett være underlagt helsepersonelloven § 4 og plikt til forsvarlig virksomhet. For en rekke tjenester omfattet av loven vil krav om forsvarlig yrkesutøvelse innebære en plikt for helsepersonellet til å sørge for at pasient, bruker eller pårørende får nødvendig opplæring. Opplæring inngår som nevnt som et svært sentralt element i mange former for behandling og også når det gjelder habilitering/rehabilitering.

Av pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1 første ledd fremgår at pasient og bruker har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Av andre ledd fremgår at tjenestetilbudet så langt som mulig skal utformes i samarbeid med pasient og bruker. Også dette kan innebære plikt til opplæring. Av loven § 3-2 fremgår videre at pasienten skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Slik informasjon vil i svært mange tilfeller også kunne karakteriseres som opplæring.

Departementet legger derfor til grunn at kommunene allerede i dag har en plikt til å sørge for nødvendig pasient- og brukeropplæring, enten ved at kommunene som sådan er pålagt oppgaver som innebærer slik opplæring eller ved at kommunalt ansatte (eller personell med avtale om å yte tjenester på vegne av kommunen) gjennom sin yrkesutøvelse er pålagt å gi slik opplæring. Kommunen er ansvarlig for at pasienter og brukere får det de har krav på etter helse- og omsorgstjenesteloven og pasient- og brukerrettighetsloven, dvs. nødvendige helse- og omsorgstjenester av forsvarlig karakter. Kommunen må da også sørge for at når helse- og omsorgspersonell yter tjenester som kommunene etter loven er pålagt å sørge for, så må kommunene også sørge for at personellet gir tilstrekkelig opplæring til pasient/bruker dersom dette er en forutsetning for å yte forsvarlige tjenester.

Mange brukere med kroniske lidelser behandles i dag i spesialisthelsetjenesten (poliklinisk) for sykdommer og tilleggskomplikasjoner som kunne vært ivaretatt i kommunen. Brukere med diabetes bør kunne utføre blodsukkermåling selv og avhengig av resultat iverksette nødvendige tiltak. Mange fastlegekontor har i dag tilknyttet sykepleiere med god kompetanse på oppfølging av brukere med kroniske sykdommer. Kommunenes frisklivssentraler (251 kommuner har slike) er i økende grad bemannet med

fagkompetanse på å ivareta brukere med kroniske sykdommer som trenger råd og veiledning i å leve med sin sykdom og mestre livet på en god måte.

Ovenstående redegjørelse dreier seg primært om opplæring av pasient og bruker, samtidig som nødvendig informasjon og/eller opplæring i mange tilfeller vil måtte gis til en pasient eller brukers pårørende, for eksempel ved ytelse av helse- og omsorgstjenester til barn, psykisk utviklingshemmede eller demente eldre. Departementet viser i den forbindelse også til redegjørelsen under punkt 3.5.3 om høringsnotat om lovendringsforslag for styrket pårørendestøtte. Forutsatt at Stortinget senere slutter seg til slik lovendring vil også dette innebære en tydeliggjøring av kommunens plikt til å sørge for pårørendeopplæring.

Under henvisning til ovenstående redegjørelse mener departementet det ikke vil være strengt nødvendig å presisere kommunens plikt til å sørge for nødvendig opplæring av pasienter, brukere eller pårørende ved å innta en eksplisitt lovbestemmelse om dette i helse- og omsorgstjenesteloven. Departementet foreslår imidlertid å tydeliggjøre lovens formålsbestemmelse § 1-1 nr. 5 slik at "opplæring" fremgår som et sentralt og selvstendig formål med loven.

3.5.5 Forslag til lovregulering

Departementet foreslår å tydeliggjøre kommunens plikt til å sørge for nødvendig opplæring av pasienter, brukere og pårørende ved å endre lovens formålsbestemmelse. Departementet foreslår etter dette at loven § 1-1 nr. 5 skal lyde (foreslått endring i kursiv):

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

3.5.6 Administrative og økonomiske konsekvenser

Under henvisning til ovenstående redegjørelse for gjeldende rett og begrunnelse for den foreslåtte endringen av lovens formålsbestemmelse, legger departementet til grunn at lovendringen i all hovedsak er en tydeliggjøring av allerede gjeldende rett og at endringen derfor ikke vil innebære vesentlige administrative eller økonomiske konsekvenser for kommunens helse- og omsorgstjeneste.

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

3.6.1 Innledning

Vold i nære relasjoner og seksuelle overgrep rammer en betydelig del av befolkningen i Norge. Arbeidet mot vold i nære relasjoner og seksuelle overgrep er høyt prioritert av Regjeringen.

Det følger av både Primærhelsetjenestemeldingen og Tiltaksplanen mot vold og seksuelle overgrep (2014–2017) - En god barndom varer livet ut, at departementet vil vurdere om helselovgivningen bør tydeliggjøre helse- og omsorgstjenestens ansvar på systemnivå for å bidra til å forebygge, avdekke og avverge vold og seksuelle overgrep.

3.6.2 Nærmere om forslaget i Primærhelsetjenestemeldingen

Primærhelsetjenestemeldingen, som har fokus på vold i nære relasjoner og vold og seksuelle overgrep mot barn, omtaler vold og seksuelle overgrep som et alvorlig samfunns- og folkehelseproblem. Av innledningen til kapittel 25 på side 136 fremgår blant annet:

"Bruk av vold er i strid med norsk lov og et angrep på grunnleggende menneskerettigheter. Dette gjelder også vold i nære relasjoner og vold som anvendes med den hensikt å oppdra barn."

Videre fremgår det:

"Vold og seksuelle overgrep påfører betydelig lidelse, og de helsemessige konsekvensene kan være omfattende og potensielt livstruende. Eksponering for vold og overgrep øker risikoen for posttraumatisk stressforstyrrelse, depresjon, rusproblemer, personlighetsforstyrrelser, andre psykiske og somatiske helseproblemer og sosiale problemer. Å bli utsatt for vold i oppveksten fører dessuten til økt risiko for å bli utsatt for vold senere i livet (Thoresen og Hjemdal 2014). Forskning viser at for barn kan det å være vitne til vold være like skadelig som å være direkte utsatt.

I tillegg til de store konsekvensene for den enkelte, har vold også store samfunnsøkonomiske kostnader i form av økte behov for hjelpetiltak i skolen, psykisk og fysisk helsehjelp, barneverntiltak, samt hjelp fra krisesentertilbud, sosialhjelp og økte behov for politiresurser. En samfunnsøkonomisk analyse fra 2012 (Rasmussen m.fl.) anslår at vold i nære relasjoner koster det norske samfunnet mellom 4,5 og 6 mrd. kroner årlig (2010-kroner). God forebygging sparer samfunnet for store menneskelige og økonomiske kostnader, og er slik en investering i fremtiden."

3.6.3 Stortingets behandling av meldingen

I innstillingen til Primærhelsetjenestemeldingen, Innst. 40 S (2015-2016) Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om framtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet, omtales også vold og overgrep som samfunnsproblem. Under punkt 15.2 på side 38 viser en samlet komite blant annet til at "Redd Barna mener at vold og overgrep er et av Norges mest underkommuniserte samfunnsproblemer. Vold og seksuelle overgrep påfører betydelig lidelse, og de helsemessige konsekvensene kan være omfattende og potensielt livstruende. (...)."

3.6.4 Gjeldende rett:

3.6.4.1 Internasjonal regulering

Norge har sluttet seg til en rekke internasjonale avtaler som forplikter staten til å beskytte egne borgere mot vold, overgrep og annen inhuman behandling. *Den europeiske*

menneskerettighetskonvensjonen fra 1950 artikkel 2 og 3 krever at retten til liv blir vernet ved lov, og forbyr tortur og umenneskelig og nedverdiggende behandling eller straff.

FNs Konvensjon om avskaffelse av alle former for diskriminering av kvinner fra 1979 inneholder ikke bestemmelser som eksplisitt omhandler vold mot kvinner. I en hovedtilrådning har imidlertid FNs kvinnekommité gjort det klart at kjønnsbasert vold mot kvinner er et brudd med konvensjonsbestemmelsene, uavhengig av om bestemmelsene nevner vold eksplisitt.

FNs konvensjon om barns rettigheter fra 1989 pålegger i artikkel 19 partene å treffe alle egnede lovgivningsmessige, administrative, sosiale og opplæringsmessige tiltak for å beskytte barn mot alle former for fysisk eller psykisk vold, skade eller misbruk, vanskjøtsel eller forsømmelig behandling, mishandling eller utnyttning, herunder seksuelt misbruk, mens foreldre, verge eller eventuell annen person har omsorgen for barnet. Konvensjonens artikkel 34 pålegger videre partene å beskytte barnet mot alle former for seksuell utnyttning og seksuelt misbruk.

Europarådets ministerkommité vedtok 12. juli 2007 en konvensjon om beskyttelse av barn mot seksuell utnyttning og seksuelt misbruk. Formålet med konvensjonen er å forebygge og bekjempe alle former for seksuell utnyttning og seksuelt misbruk av barn, beskytte rettighetene til barn som er utsatt for slike overgrep og fremme nasjonalt og internasjonalt samarbeid mot slike overgrep. *Europarådets ministerkommité vedtok videre 7. april 2011 en konvensjon om forebygging og bekjempelse av vold mot kvinner og vold i nære relasjoner.* Formålet med denne konvensjonen er å forebygge og bekjempe alle former for vold mot kvinner og vold i nære relasjoner, beskytte rettighetene til ofrene for slike overgrep og fremme nasjonalt og internasjonalt samarbeid mot overgrep.

Begge konvensjoner er undertegnet av Norge og regjeringen tar sikte på å legge frem for Stortinget en proposisjon om samtykke til ratifikasjon av konvensjonene.

3.6.4.2 Nasjonal regulering

Helsepersonelloven

Når helsepersonell avdekker at pasienter eller brukere er, eller kan være, utsatt for vold, utgjør kravene til forsvarlighet rammen for helsepersonellens ansvar og oppgaver knyttet til den enkelte pasient eller bruker, jf. helsepersonelloven § 4 første og andre ledd. Arbeidet skal utføres i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig. Helsepersonell skal videre innrette seg etter 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.

Helsepersonellovens regler om taushetsplikt innebærer at "(H)elsepersonell 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.

loven § 21. Helsepersonelloven og annen lovgivning åpner likevel for enkelte unntak fra taushetsplikten i nærmere bestemte situasjoner og på nærmere bestemte vilkår.

Av loven § 22 fremgår at den som har krav på taushet kan samtykke til at taushetsbelagte opplysninger gjøres kjent for andre. Dersom helsepersonell får mistanke om at pasienter eller brukere er, eller kan være, utsatt for vold eller seksuelle overgrep, må personellet søke å avklare dette med pasienten/brukeren eller foresatte dersom det gjelder barn. Hvis det er tilfelle må personellet avklare om pasienten/brukeren samtykker til å gi opplysninger videre til for eksempel politiet eller andre deler av hjelpeapparatet.

Av helsepersonelloven § 23 nr. 4 følger at taushetsplikten ikke er til hinder for at "opplysninger gis videre når tungtveiende private eller offentlige interesser gjør det rettmessig å gi opplysningene videre." Hensynene og interessene som taler for å sette taushetsplikten til side, må veie vesentlig tyngre enn hensynene som taler for å bevare taushet. Unntaket omfatter i hovedsak truende farer eller situasjoner der det er fare for en skadevoldende handling, og gjelder i utgangspunktet ved fare for menneskers liv og helse. De vurderinger helsepersonell må foreta vil langt på vei være sammenfallende med de vurderinger som foretas i nødretts- og nødvergesituasjoner. Dersom helsepersonellet etter en konkret vurdering av den aktuelle situasjonen finner at bestemmelsens vilkår er oppfylt, får helsepersonellet en *rett* til å videreformidle taushetsbelagte opplysninger, selv om pasienten/brukeren ikke samtykker.

Etter helsepersonelloven § 31 skal helsepersonell "varsle politi og brannvesen dersom dette er nødvendig for å avverge alvorlig skade på person eller eiendom." Helsepersonell vil etter denne bestemmelsen kunne ha en *plikt* til å videreformidle taushetsbelagte opplysninger, uavhengig av om pasienten/brukeren samtykker eller ikke. I likhet med hva som gjelder etter helsepersonelloven § 23 nr. 4 vil det i hovedsak være nødretts- og nødvergevurderinger som ligger til grunn for vurderingen av om opplysninger skal videreformidles eller ikke. Retten til å videreformidle taushetsbelagte opplysninger etter § 23 nr. 4 vil inntre noe før plikten til å videreformidle taushetsbelagte opplysninger etter § 31. Det stilles blant annet noe større krav til påregnelighet for at den skadevoldende hendelsen er i ferd med å skje, før plikten etter § 31 inntre.

Dersom helsepersonell får kjennskap til at pasienter eller brukere står i fare for å bli utsatt for, eller har vært utsatt for, vold eller seksuelle overgrep, må helsepersonellet således vurdere om taushetsbelagte opplysninger kan eller skal videreformidles til for eksempel politiet eller andre deler av hjelpeapparatet. Helsedirektoratet og Politidirektoratet utga 15. juli 2015 rundskrivet *IS-9/2015 Helsepersonellens taushetsplikt – rett og plikt til å utlevere pasientopplysninger til politiet*. Når det gjelder voldutøvelsessituasjoner uttales det blant annet på side 7:

"Ved vold i nære relasjoner skal politiet varsles dersom helsetjenesten får melding og det er uavklart om gjerningspersonen fortsatt utøver vold (...).

Hvis pasienten har fått behandling etter en voldsepisode og det ikke foreligger holdepunkter for at det dreier seg om gjentatt mishandling skal politiet i utgangspunktet ikke varsles. I etterkant av en voldsepisode er hovedregelen at politiet ikke skal få opplysninger om pasienten, skader eller lignende for sin etterforskning. Hvis det er

sannsynlig at det dreier seg om gjentatt mishandling, og særlig hvis barn er involvert, skal politiet varsles."

Tilsvarende vurderinger må gjelde for seksuelle overgrep.

Når det gjelder barn, har helsepersonell et særlig ansvar. Etter helsepersonelloven § 32 andre ledd skal helsepersonell "av eget tiltak gi opplysninger til helse- og omsorgstjenesten, når det er grunn til å tro at en gravid kvinne misbruker rusmidler på en slik måte at det er overveiende sannsynlig at barnet vil bli født med skade". For at *plikten* til å formidle opplysninger skal inntreffe må to vilkår være oppfylt. For det første må helsepersonellet ha grunn til å tro at en gravid kvinne misbruker rusmidler. For det andre må det være overveiende sannsynlig at kvinnens misbruk av rusmidler vil føre til barnet vil bli født med skade. Det følger av Helsedirektoratets rundskriv *IS 8/2012 Helsepersonelloven med kommentarer* at helsepersonellet så langt det er mulig og hensiktsmessig bør informere pasienten før opplysninger viderefremmes.

Etter helsepersonelloven § 33 skal helsepersonell i sitt arbeid være oppmerksom på forhold som kan føre til tiltak fra barneverntjenestens side. Når det er grunn til å tro at barn blir mishandlet i hjemmet, at det foreligger andre former for alvorlig omsorgssvikt eller et barn har vist vedvarende og alvorlige atferdsvansker, skal helsepersonell av eget tiltak gi opplysninger til barneverntjenesten. Slike opplysninger skal helsepersonell også gi etter pålegg fra barneverntjenesten. Dersom vilkårene er oppfylt vil *plikten* til å viderefremme opplysninger til barneverntjenesten inntre uavhengig av om pasienten/brukeren samtykker eller ikke.

Straffeloven

Helsepersonellet har også en *plikt* etter straffeloven til å avverge visse særskilt opplistede straffbare volds- og overgrepshandlinger, jf. straffeloven § 196 første ledd første punktum:

"Med bot eller fengsel inntil 1 år straffes den som unnlater gjennom anmeldelse eller på annen måte å søke å avverge en straffbar handling eller følgene av den, på et tidspunkt da dette fortsatt er mulig og det fremstår som sikkert eller mest sannsynlig at handlingen er eller vil bli begått. "

Av bestemmelsens andre punktum fremgår at avvergeplikten gjelder en rekke opplistede straffbare handlinger, uten hensyn til taushetsplikten.

Helsetilsynsloven, forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten og forslag om ny forskrift om styringssystem i helse- og omsorgstjenesten

Plikt til å opprette internkontrollsystem følger av helsetilsynsloven § 3 første ledd:

"Enhver som yter helse- og omsorgstjenester skal etablere et internkontrollsystem for virksomheten og sørge for at virksomhet og tjeneste planlegges, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av lov og forskrifter."

De nærmere krav til internkontroll følger av forskrift 17. januar 2013 nr. 61 om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten. Forskriftens § 3 definerer internkontroll 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.

I oktober 2015 sendte Helse- og omsorgsdepartementet på høring forslag om at dagens forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten skal erstattes av ny forskrift om styringssystem i helse- og omsorgstjenesten. Det foreslås at en ny forskrift skal videreføre dagens forskrift samtidig som det skal gå tydeligere frem at internkontroll er en integrert og naturlig del av virksomhetens styringssystem. Virksomheter i helse- og omsorgstjenesten skal ha styringssystem som bidrar til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester, at det arbeides systematisk med kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet og at helse- og omsorgslovgivningen etterleves.

Helse- og omsorgstjenesteloven

Helse- og omsorgstjenesteloven regulerer den kommunale helse- og omsorgstjenestens ansvar for å sørge for nødvendige helse- og omsorgstjenester til personer som oppholder seg i kommunen, jf. loven § 3-1 første ledd. Kommunens ansvar innebærer plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten, slik at tjenestenes omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift, jf. § 3-1 tredje ledd.

Det følger av loven § 1-1 nr. 1 at lovens formål blant annet er å forebygge, behandle og tilrettelegge for mestring av sykdom, skade, lidelse og nedsatt funksjonsevne. Det følger videre av loven § 3-3 første ledd at kommunen ved ytelse av helse- og omsorgstjenester skal fremme helse og søke å forebygge sykdom, skade og sosiale problemer.

Helse- og omsorgstjenester som tilbys eller ytes skal være forsvarlige og kommunen har ansvar for å tilrettelegge tjenestene slik at helse- og omsorgstjenesten og personell som utfører tjenestene blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter og slik at tilstrekkelig fagkompetanse sikres i tjenesten, jf. loven § 4-1 første ledd bokstav c og bokstav d. Det følger videre av § 4-2 første ledd at enhver som yter helse- og omsorgstjeneste etter loven skal sørge for at virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.

Spesialisthelsetjenesteloven

Det fremgår av spesialisthelsetjenesteloven at staten har det overordnede ansvaret for at befolkningen gis nødvendig spesialisthelsetjeneste, mens det regionale helseforetaket skal sørge for at personer med fast bopel eller oppholdssted innen helseregionen tilbys spesialisthelsetjeneste i og utenfor institusjon, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 og § 2-1 a første ledd. De regionale helseforetakenes ansvar for å sørge for at det tilbys spesialisthelsetjenester innebærer en plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten slik at tjenestenes omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift, jf. § 2-1 a tredje ledd.

Av loven § 1-1 nr. 1 fremgår at et av lovens særlige formål er å fremme folkehelsen og å motvirke sykdom, skade, lidelse og funksjonshemming. Det følger videre av loven § 2-1 a andre ledd at de regionale helseforetakene skal sørge for at helseinstitusjoner som de eier,

eller som mottar tilskudd fra de regionale helseforetakene til sin virksomhet, bidrar til å fremme folkehelsen og forebygge sykdom og skade.

Helsetjenestene som tilbys eller ytes skal være forsvarlige. Spesialisthelsetjenesten skal tilrettelegge sine tjenester slik at personell som utfører tjenestene, bli i stand til å overholde sine lovpålagte plikter, og slik at den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert tjenestetilbud, jf. loven § 2-2. Det følger videre av § 3-4 a at enhver som yter helsetjenester etter loven, skal sørge for at virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet.

Tannhelsetjenesteloven

Fylkeskommunen skal sørge for at tannhelsetjenester, herunder spesialisttjenester, i rimelig grad er tilgjengelig for alle som bor eller midlertidig oppholder seg i fylket. Fylkeskommunen har ansvaret for den offentlige tannhelsetjenesten, jf. tannhelsetjenesteloven § 1-1 første og andre ledd.

Tannhelsetjenesteloven har gjennomgående et forebyggende preg. Formålsbestemmelsen i § 1-2 pålegger fylkeskommunen å fremme tannhelsen i befolkningen og ved sin tannhelsetjeneste sørge for nødvendig forebygging og behandling. Videre følger det blant annet av loven § 1-3 første ledd at den offentlige tannhelsetjenesten skal gi et regelmessig og oppsøkende tilbud til barn og ungdom fra fødsel til og med det året de fyller 18, psykisk utviklingshemmede og enkelte grupper av eldre, langtidssyke og uføre i institusjon og hjemmesykepleie.

Fylkeskommunen skal planlegge, organisere og legge til rette for at fylkeskommunen, tannhelsetjenesten og helsepersonell kan oppfylle krav fastsatt i eller i medhold av lov eller forskrift, jf. tannhelsetjenesteloven § 1-3a.

For nærmere redegjørelse for tannhelsetjenesteloven vises det til høringsnotatet kapittel 5.

3.6.5 Helse- og omsorgsdepartementets vurdering og forslag

Av Primærhelsetjenestemeldingen punkt 25.2 side 139 fremgår det at regjeringen vil igangsette et arbeid med å vurdere om helselovgivningen bør tydeliggjøre helse- og omsorgstjenestens ansvar på systemnivå for å bidra til å avdekke og avverge vold og seksuelle overgrep. Videre uttales det:

"Dagens regulering av helse- og omsorgstjenestens ansvar for å bidra til beskyttelse mot vold og overgrep er på systemnivå overordnet og generell. Formålet er å se på om lovendringer kan bidra til at kommuner og helseforetak får en klarere og mer konkretisert plikt til å bidra til at vold og seksuelle overgrep blir avdekket og avverget. Det skal vurderes om lovendringer kan bidra til at tjenestene utvikler en kultur hvor arbeidet med å avdekke og avverge vold og seksuelle overgrep blir en mer naturlig del av det å yte helse- og omsorgstjenester."

3.6.5.1 Helse- og omsorgstjenesten i særlig posisjon til å forebygge, avdekke og avverge

Det er mange instanser og tjenester som har et ansvar for å handle dersom de får mistanke om at noen blir utsatt for vold eller seksuelle overgrep. Helse- og omsorgstjenestene kommer likevel i en særlig posisjon til å kunne handle, fordi de kommer i nær kontakt med en stor andel av befolkningen som kan ha vært utsatt for, eller kan stå i fare for å bli utsatt for, vold eller seksuelle overgrep. Gjennom de mange ulike helse- og omsorgstjenestene som tilbys, blant annet tjenestene som tilbys gjennom fastlegeordningen, helsestasjons- og skolehelsetjenestene, legevaktordningen og tannhelsetjenesten¹, kommer helse- og omsorgstjenestene i en særlig posisjon til å kunne forebygge, avdekke, avverge, intervensere tidlig i problemforløp og sørge for iverksetting av tiltak eller henvise til andre instanser.

På tross av denne posisjonen er det en utfordring for helse- og omsorgstjenestene å fange opp det som ikke er de åpenbare og klare tilfellene. At noen utsettes for vold og seksuelle overgrep er ikke alltid umiddelbart synlig for andre. Temaet er tabubelagt, og forbundet med fortielse, skyld og skam. I tillegg kan symptomene på volds- og traumeerfaring ha likheter med andre erfaringer eller lidelser. Det kan også være utfordringer knyttet til å følge opp pasienter og brukere. Vanskelige vurderingstema og dilemma kan stille de som yter helse- og omsorgstjenester overfor krevende situasjoner.

Det er en uttalt oppfatning at vold og seksuelle overgrep i for liten grad avdekkes av helse- og omsorgstjenestene og at informasjon om dette i for liten grad viderefremmes til politiet og barnevernet.

Når det gjelder helse- og omsorgstjenestens meldinger til barnevernet har Helsetilsynet gitt uttrykk for at det er et gjennomgående problem at terskelen for å melde er for høy. Det vises i denne forbindelse til *Helsetilsynets rapport 2/2014 Helsepersonells opplysningsplikt til barnevernet*. På side 9 fremgår det at:

"(D)et er et gjennomgående problem at terskelen for å melde er for høy for de fleste. Det gjelder også helsepersonell. (...)"

Det fremgår videre:

"Vår gjennomgang av tilsynssaker viser at tilsynsmyndigheten har behandlet få saker om at helsepersonell ikke hadde sendt bekymringsmelding til barnevernet. Selv om antallet saker

¹ I denne sammenheng kan det nevnes at den fylkeskommunale tannhelsetjenesten gjennom jevnlige innkallinger til tannhelseundersøkelser, møter barn og unge. Tannhelsepersonell arbeider i sterk belysning, noe som gjør det lettere å observere skader i munnhule, ansikt, hals og hode. I forbindelse med Stortingets behandling av Prop. 1 S (2009-2010), jf. Innst. 11 S (2009-2010), traff Stortinget følgende vedtak:

"Stortinget ber regjeringen sørge for at det etableres gode rutiner ved den offentlige tannhelsetjenesten slik at mistanke om omsorgssvikt rapporteres til rette myndighet."

Helsedirektoratet har i samarbeid med Barneombudet og relevante fagmiljøer bidratt til at det er etablert rutiner i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten i alle fylker. Helsedirektoratet vil i løpet av 2016 ferdigstille en nasjonal faglig retningslinje om tannhelsetjenester til barn og unge.

var få, var innholdet i sakene svært alvorlig. Det handlet om barn som hadde levd med omsorgssvikt eller overgrep i lang tid, ofte flere år. Mange helsepersonell hadde vært involvert uten å informere barnevernet."

I samme rapport side 28-29 vises det videre til en kartlegging av opplysningsplikten til barnevernet fra helsetjenesten, gjennomført av Fylkesmannen i Oppland i 2011. Fylkesmannen fant blant annet at det var store variasjoner mellom kommuner og mellom de ulike helsetjenestene i antall bekymringsmeldinger og at det var grunn til å være bekymret for en underrapportering fra helsesektoren.

Helse- og omsorgstjenestenes særlige posisjon tilsier at tjenestene i større grad enn i dag bør fange opp pasienter og brukere som kan ha vært utsatt for, eller kan stå i fare for å bli utsatt for, vold eller seksuelle overgrep. Det følger av både *Et liv uten vold - Handlingsplan mot vold i nære relasjoner 2014-2017* og *En god barndom varer livet ut - Tiltaksplan for å bekjempe vold og seksuelle overgrep mot barn og ungdom (2014-2017)*, at regjeringen er i ferd med å gjennomføre en rekke tiltak som vil kunne bidra til dette. Samtidig tilsier dagens situasjon at det også vurderes om endringer i helselovgivningen er et virkemiddel som vil kunne bidra til at vold og seksuelle overgrep i større grad blir forebygget, avdekket og avverget av helse- og omsorgstjenestene.

3.6.5.2 Et ansvar for det enkelte helsepersonell, men også et ansvar for ledelsen for helse- omsorgstjenestene

Som det fremgår av punkt 3.6.4.2 er helse- og omsorgstjenestene allerede i dag pålagt ansvar for å forebygge, avdekke og avverge vold og seksuelle overgrep. Ansvar er lagt både på det enkelte helsepersonell (se omtalen under overskriftene helsepersonelloven og straffeloven) og på helse- og omsorgstjenestene (se omtalen under overskriftene helse- og omsorgstjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven og tannhelsetjenesteloven).

Selv om det enkelte helsepersonell i forbindelse med ytelse av helse- og omsorgstjenester har et viktig individuelt ansvar for å fange opp og følge opp pasienter og brukere som kan ha vært utsatt for, eller kan stå i fare for å bli utsatt for, vold eller seksuelle overgrep, har altså også tjenestene som sådan et viktig ansvar for å sørge for at dette skjer.

Det er imidlertid en utfordring at ledelsen for tjenestene tar et for lite ansvar for dette. I *Helsetilsynets rapport 2/2014 Helsepersonells opplysningsplikt til barnevernet*, uttales det blant annet følgende på side 51.

"Rapportene fra fylkesmennenes tilsyn, hvor helsepersonells opplysningsplikt til barnevernet var omtalt i begrunnelsen for påpekte lovbrudd, viste mangelfull ledelse og styring. (...). I flertallet av disse tilsynene ble det avdekket at virksomhetene hadde mangler ved sin internkontroll. Virksomhetene hadde ikke et styringssystem som sikret at de ansatte hadde nødvendig opplæring i reglene om opplysningsplikt og unntak fra taushetsplikten. Virksomhetene manglet eller hadde mangelfulle rutiner for når og hvordan meldinger skulle sendes, og ledelsen etterspurte ikke meldinger til barnevernet. De foretok heller ikke gjennomgang av melderutiner for å avdekke eventuell svikt i oppfølgingen av rutinen. Det ble således tilfeldig og opp til det enkelte helsepersonell om og når det sendte bekymringsmelding til barnevernet.

Som ledd i tilsynene med legevakt ble det gjennomgått en del journaler. I ett tilsyn viste journalgjennomgangen at helsepersonellet hadde oppmerksomhet på opplysningsplikten,

og at de hadde sendt meldinger til barnevernet. I ett annet tilsyn viste journalgjennomgangen flere eksempler på hodeskader hos barn under ett år hvor skadeomfang og årsaksforhold ikke hadde ført til vurdering av mulig påført skade.

Gjennomgangen av revisjonsrapportene viste at ledere ved mange virksomheter ikke hadde implementert helsepersonells opplysningsplikt godt nok i virksomheten. (...)."

Av rapporten side 27 fremgår videre:

"I 2008 gjennomførte landets fylkesmenn og Helsetilsynet i fylkene i fellesskap tilsyn med kommunenes samarbeid om tjenester til utsatte barn. Kommunenes tilrettelegging og oppfølging av samarbeid mellom barnevern-, helse- og sosialtjenester til barn i skolepliktig alder, og til ungdom i alderen 18–23 år, ble undersøkt i til sammen 114 kommuner.

(...)

I 13 av tilsynsrapportene var ulike sider ved opplysningsplikten til barnevernet omtalt i begrunnelsen for at det ble konkludert med lovbrudd. I rapportene framkom det at de kommunale tjenestene hadde ulik oppfatning av når opplysningsplikten til barnevernet inntraff. Det var uklarerheter om terskel for når melding skulle sendes og det var uklart hvem som hadde ansvar for å sende melding. Det var eksempler på bekymringer rundt barn, hvor det ble dokumentert at bekymringen ble drøftet anonymt med barneverntjenesten. Til tross for at det var konkludert med at melding burde sendes til barnevernet, ble slik melding ikke sendt.

I noen tilsynsrapporter framkom det at kommunen manglet systematisk opplæring om taushetsplikt, opplysningsplikt til barnevernet og bruk av samtykke. Det var også tilsynsrapporter som viste at kommunens ledelse ikke etterspurte meldinger til barnevernet, og heller ikke foretok noen gjennomgang av melderutinene for å avdekke eventuell svikt i oppfølging av rutinene.

Tilsynet viste at mange kommuner burde legge bedre til rette for, og følge opp at meldinger ble gitt, når det var grunnlag for det. (...)."

For at helsepersonellet skal settes i best mulig stand til å ta ansvaret for å forebygge, avdekke og avverge vold og seksuelle overgrep ved ytelsen av helse- og omsorgstjenestene, er det viktig at alle nivå innenfor tjenestene er seg dette ansvaret bevisst og legger best mulig til rette for at helsepersonellet skal kunne fylle oppgaven. Det er ikke minst viktig at ledelsesnivået innenfor tjenestene ser på dette ansvaret som viktig og både planlegger, gjennomfører, evaluerer og korrigerer ut i fra det.

Selv om ansvaret allerede ligger også på ledelsen for helse- og omsorgstjenestene, utledes ansvaret i dag av overordnede bestemmelser i tjenestelovene. Innføring av bestemmelser som tydeliggjør ansvaret for å bidra til å bekjempe utvalgte spesielle problemer, vil imidlertid innebære innføring av bestemmelser for dette som er mer konkretiserte enn de øvrige mer overordnede bestemmelsene. I lys av at vold og seksuelle overgrep er et alvorlig samfunns- og folkehelseproblem, samt at det er behovet for at ledelsen for tjenestene tar et større ansvar på dette området, mener departementet likevel at det bør vurderes om ansvaret bør fremgå tydeligere av egne konkrete bestemmelser i tjenestelovene.

3.6.5.3 Departementets vurderinger og forslag

Departementet foreslår at det innføres en ny bestemmelse i henholdsvis helse- og omsorgstjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven og tannhelsetjenesteloven.

Bestemmelsene foreslås å omfatte:

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

Det beror på en totalvurdering hva som forstås med vold. Omstendigheter rundt handlingen, særlig graden av voldsomhet og handlingens krenkende karakter, er sentrale ved vurderingen. Vold i nære relasjoner omfatter ulike former for vold som kan gi uttrykk for ulike maktkonstellasjoner og undertrykkingsmekanismer og som kan finne sted i ulike nære relasjoner. Vold i nære relasjoner omfatter også tvangsekteskap og kjønnslemlestelse². Seksuelle overgrep omfatter ulike former for seksuelle handlinger utført mot en annen person herunder samleie, seksuell omgang, seksuell handling og seksuell atferd.

Selv om forslaget gjelder vold og seksuelle overgrep generelt, har det trolig størst relevans relatert til den tabubelagte skjulte volden i nære relasjoner og de generelt tabubelagte seksuelle overgrepene mot alle grupper, men særlig mot barn og andre særlig sårbare grupper.

Hva som ligger i å avdekke og avverge vold og seksuelle overgrep er relativt klart. Det som kan fremstå som noe mindre klart definert er hva som ligger i å forebygge vold og seksuelle overgrep. Vold og seksuelle overgrep forebygges klart gjennom avdekking og tidlig intervensjon. Identifisering av personer utsatt for vold eller seksuelle overgrep eller personer som står i fare for å bli utsatt for vold eller seksuelle overgrep, er første skritt i prosessen for å forebygge ytterligere vold og seksuelle overgrep og for å hjelpe utsatte.

Bestemmelsene vil bli en tydeliggjøring med hensyn til vold og seksuelle overgrep av et ansvar som også i dag følger av de tre tjenestelovene. Ansvaret legges på henholdsvis kommunen i helse- og omsorgstjenesteloven, de regionale helseforetakene i spesialisthelsetjenesteloven og fylkeskommunen i tannhelsetjenesteloven. Formålet med forslaget er å tydeliggjøre *ledelsen* for helse- og omsorgstjenestenes ansvar for å bidra til at vold og seksuelle overgrep blir forebygget, avdekket og avverget ved ytelse av helse- og omsorgstjenester.

Forslaget til ny bestemmelse i helse- og omsorgstjenesteloven foreslås plassert i helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 3 om kommunenes ansvar for helse- og omsorgstjenester som ny § 3-3a. Når det gjelder vold og seksuelle overgrep vil denne bestemmelsen tydeliggjøre det ansvaret som også følger av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-3 første

² Det vises til Handlingsplan mot tvangsekteskap, kjønnslemlestelse og alvorlige begrensninger av unges frihet (2013-2016). Regjeringen har besluttet at det skal utarbeides en ny fireårig handlingsplan på området.

ledd om helsefremmende og forebyggende arbeid, § 4-1 første ledd c om forsvarlighet og § 3-1 tredje ledd om kommunens overordnede ansvar for helse- og omsorgstjenester.

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

Det følger av høringsnotatets kapittel 5 at ansvaret for tannhelsetjenesten foreslås overført fra fylkeskommunen til kommunen. I henhold til forslaget skal dagens tannhelsetjenestelov oppheves fra 1. januar 2020 og fra det tidspunkt skal kommunens ansvar for tannhelsetjenester inkluderes i helse- og omsorgstjenesteloven. Frem til dette tidspunkt skal tannhelsetjenesten fortsatt være fylkeskommunens ansvar og det foreslås derfor at bestemmelsen også innføres i tannhelsetjenesteloven. Forslaget til ny bestemmelse i tannhelsetjenesteloven foreslås plassert i tannhelsetjenesteloven kapittel 1 med de alminnelige bestemmelser som ny § 1-3c. Når det gjelder vold og seksuelle overgrep vil denne bestemmelsen tydeliggjøre det ansvaret som også følger av tannhelsetjenesteloven § 1-3 a om tilrettelegging.

Når ansvaret legges på *kommunen* betyr det kommuneledelsen, som har det overordnede ansvaret for helse- og omsorgstjenestene i kommunen. Det vil si at det er administrasjonssjefen (rådmannen) og kommunestyret som er de øverste ansvarlige. Kommunen (kommunestyret og administrasjonssjefen) kan delegerer myndigheten, men ikke ansvaret den er pålagt i lov. Når kommunen får ansvar for å legge til rette, betyr det at kommunen får ansvar for å legge til rette for at helse- og omsorgstjenesten blir i stand til å forebygge, avdekke og avverge vold og seksuelle overgrep både når kommunen selv yter tjenesten og når tjenesten ytes av andre offentlige eller private tjenesteytere som kommunen inngår avtale med, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1, femte ledd.

Kommunene står i stor grad fritt til hvordan de vil organisere tjenestene. Kommunen må uansett påse at det legges til rette for dette helt fra øverste nivå innenfor kommuneadministrasjonen og videre at det legges til rette for dette på de forskjellige tjeneste- og virksomhetsnivåene innenfor helse og omsorgstjenesten. Graden av tilrettelegging som er nødvendig vil avhenge av hvilke tiltak som må til på det enkelte nivå for å bidra til at vold og seksuelle overgrep blir forebygget, avdekket og avverget ved ytelse av tjenestene.

Når ansvaret legges på *de regionale helseforetakene* betyr det ledelsen for det enkelte regionale helseforetaket, som har det overordnede ansvaret innenfor foretakets regionale ansvarsområde. Det vil si at det er daglig leder for det enkelte regionale helseforetaket, samt styret for det enkelte regionale helseforetaket som er de øverste ansvarlige. Når de regionale helseforetakene får ansvar for å legge til rette, betyr det at de regionale helseforetakene får ansvaret for å legge til rette for at spesialisthelsetjenesten blir i stand til å forebygge, avdekke og avverge vold og seksuelle overgrep, både når tjenester ytes av helseforetak det regionale helseforetaket selv eier og når tjenester ytes av helseinstitusjoner som mottar tilskudd til virksomheten fra de regionale helseforetakene.

Helseinstitusjoner som mottar tilskudd til virksomheten omfatter også de 12 ideelle institusjonene med driftsavtale, som i lang tid har vært ansett som en integrert del av den statlige spesialisthelsetjenesten.

De regionale helseforetakene må påse at det legges til rette for dette helt fra øverste nivå innenfor helseforetaket og videre at det legges til rette for dette på de forskjellige tjeneste og virksomhetsnivåene innenfor spesialisthelsetjenesten. Graden av tilrettelegging som er nødvendig vil også her avhenge av hvilken tilrettelegging som må til på det enkelte nivå for å bidra til at vold og seksuelle overgrep skal blir forebygget, avdekket og avverget ved ytelse av tjenestene.

Når ansvaret legges på *fylkeskommunen* betyr det fylkeskommunens ledelse. Det vil si at det er fylkeskommunens administrative leder, fylkesrådmannen og fylkestinget som er de øverste ansvarlige. Når fylkeskommunen får ansvaret for å legge til rette, betyr det at fylkeskommunen har ansvar for å legge til rette for at den offentlige tannhelsetjenesten blir i stand til å forebygge, avdekke og avverge vold og seksuelle overgrep både når fylkeskommunens ansatte selv yter offentlige tannhelsetjenester og når de ytes av privatpraktiserende tannleger, som har inngått avtale med fylkeskommunen, jf. tannhelsetjenesteloven § 1-1, tredje ledd.

For at ledelsen for helse- og omsorgstjenestene skal kunne legge til rette for at tjenestene blir i stand til å forebygge, avdekke og avverge vold og seksuelle overgrep ved ytelse av tjenester, er det en forutsetning at ledelsen har *særlig oppmerksomhet rettet mot at pasienter og brukere kan være utsatt for eller kan stå i fare for å bli utsatt for vold eller seksuelle overgrep*. Ledelsen må ha særlig oppmerksomhet rettet mot vold og seksuelle overgrep som et alvorlig samfunnsproblem som tjenestene har et ansvar for å bidra til å avhjelpe i tilknytning til ytelse av helse- og omsorgstjenester. Ledelsen må videre ha særlig oppmerksomhet rettet mot tjenestenes utfordringer knyttet til å fange opp tilfellene og følge dem opp.

Det er viktig med god forankring av denne utfordringen i tjenestenes ledelse, som er de som sitter med et samlet ansvar for tjenestene som leveres. Erfaring tilsier dessuten at særlig oppmerksomhet rettet mot en utfordring på ledelsesnivå vanligvis bidrar til økt oppmerksomhet også nedover i tjenestenivåene.

Overgrepsutsatte som oppsøker helse- og omsorgstjenestene er avhengige av å møte personell som er oppmerksomme, kompetente, trygge og handlingsdyktige. Et ansvar for å *legge til rette for at tjenestene blir i stand til å forebygge, avdekke og avverge vold og seksuelle overgrep ved ytelse av helse- og omsorgstjenester* må derfor blant annet omfatte å legge til rette for:

- At helsepersonellet som skal yte tjenestene har grunnleggende kunnskap og kompetanse om vold og seksuelle overgrep, herunder om hvordan det kan avdekkes og følges opp. Dette omfatter blant annet å kartlegge kompetansebehov og rekruttere personell med nødvendig kompetanse. Det omfatter videre å legge til rette for at personellet får tilstrekkelig opplæring og etterutdanning.
- At tjenestene er organisert slik at helsepersonellet som skal yte tjenestene faktisk settes i stand til å avdekke forhold som kan tilsa at pasienter eller brukere står i fare

for å bli utsatt for eller har vært utsatt for vold eller seksuelle overgrep og å følge det opp. Dette omfatter blant annet å legge til rette for at tjenestene er organisert slik at de har tilstrekkelig med tid og ressurser til oppgavene og at de har godt forankrede rutiner for avdekking og oppfølging.

- At helsepersonellet som skal yte tjenestene oppfyller plikten til å gi opplysninger til helse- og omsorgstjenesten etter helsepersonelloven § 32, plikten til å gi opplysninger til barneverntjenesten etter helsepersonelloven § 33, plikten til å varsler nødetatene etter helsepersonelloven § 31 og oppfyller avvergelsesplikten etter straffeloven § 196, når vilkårene for dette foreligger. Dette omfatter blant annet å legge til rette for:
 - At helsepersonell som skal yte tjenestene har grunnleggende kunnskap om innholdet i gjeldende regelverk om rett og/eller plikt til å gi opplysninger
 - At tjenestene har gode rutiner for hvordan opplysninger skal gis og at rutinene er godt kjent for helsepersonellet.
 - At helsepersonellet i aktuelle tilfeller kan søke råd og veiledning i systemet for å avgjøre om rett eller plikt til å gi opplysninger foreligger.
 - At det løpende holdes overordnet oversikt over omfanget av meldinger til helse- og omsorgstjenesten, barneverntjenesten og varsel til nødetatene. Ved behov må ledelsen etterspørre mer informasjon og iverksette korrigerende tiltak.

Et ansvar for å legge til rette for at tjenestene blir i stand til å forebygge, avdekke og avverge vold og seksuelle overgrep, medfører at det å legge til rette for dette må inngå i planleggingen, gjennomføringen, evalueringen og korrigeringen av virksomheten. Det følger både av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 tredje ledd og spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a tredje ledd og av kravet om internkontroll etter helsetilsynsloven § 3. Når det gjelder de nærmere kravene til internkontroll, vises det til omtalen under punkt 3.6.4.2 om helsetilsynsloven, forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten og forslag til ny forskrift om styringssystem i helse- og omsorgstjenesten.

I Primærhelsetjenestemeldingens punkt 25.2, side 138, understrekes nødvendigheten av å få til et arbeid som bidrar til forandring:

"Omfanget av vold og seksuelle overgrep er så stort og konsekvensene så omfattende at det er nødvendig å løfte problemet høyere på agendaen enn det som har vært tilfelle til nå og få til et arbeid som bidrar til forandring. Regjeringen ser det som særlig graverende når vold rammer barn og andre sårbare grupper, og vil sørge for en forsterket innsats i arbeidet med å bekjempe vold og undertrykking. (...)"

Kombinasjonen av at vold og seksuelle overgrep er et alvorlig samfunns- og folkehelseproblem med store mørketall, samt at helse- og omsorgstjenestene står i en særlig posisjon til å bidra til endring, tilsier etter departementets mening at det bør innføres nye bestemmelser som tydeliggjør ansvaret for å bidra til at vold og seksuelle overgrep blir forebygget, avdekket og avverget ved ytelse av helse- og omsorgstjenester.

Etter departementets syn vil innføring av bestemmelser som tydeliggjør ledelsen for helse- og omsorgstjenestenes ansvar, kunne bidra til en styrket bevissthet rundt og økt ansvarlighet knyttet til å forebygge, avdekke og avverge vold og seksuelle overgrep ved ytelse av helse- og omsorgstjenester. Etter departementets vurdering vil bestemmelsene

kunne føre til en større ansvarliggjøring på alle nivå innenfor tjenestene, fra øverste ledelse av helse og omsorgstjenestene, via ledelsen for de forskjellige tjenester og virksomheter til det enkelte helsepersonell som er i direkte møte med pasienter og brukere. Bestemmelsene vil videre kunne bidra til utvikling av en kultur hvor arbeidet med å forebygge, avdekke og avverge vold og seksuelle overgrep blir en mer naturlig og integrert del av det å yte helse- og omsorgstjenester.

3.6.6 Forslag til lovregulering

I lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. foreslås ny § 3-3a Som skal lyde:

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

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

I lov om spesialisthelsetjenester m.m. foreslås ny § 2-1f som skal lyde:

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

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

I lov om tannhelsetjenesten foreslås ny § 1-3c som skal lyde:

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

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

3.6.7 Økonomiske og administrative konsekvenser

Lovforslagene tydeliggjør kommunens, de regionale helseforetakenes og fylkeskommunens ansvar for å legge til rette for at tjenestene skal bli i stand til å forebygge, avdekke og avverge vold og seksuelle overgrep. Lovbestemmelsene vil kunne bidra til bedre etterlevelse av ansvaret som allerede ligger i eksisterende lovverk.

Lovendringene presiserer gjeldende rett og antas derfor ikke å ha økonomiske og administrative konsekvenser av betydning. Departementet legger til grunn at etterlevelsen

av lovbestemmelsene følges opp innenfor gjeldende ressursrammer i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, i spesialisthelsetjenesten og i tannhelsetjenesten.

4 Etablering av forsøksordning hvor større kommuner kan få ansvar for å drifte distriktpsikiatriske sentre (DPS)

4.1 Innledning - bakgrunn

Departementet redegjør i dette kapitlet for etablering av en forsøksordning som innebærer at kommuner kan få ansvar for å drifte distriktpsikiatriske sentre på vegne av et regionalt helseforetak som fortsatt skal beholde det lovpålagte sørge for-ansvaret. Som det vil fremgå må beskrivelsen av forsøksordningen sees i sammenheng med flere vedlegg som er inntatt mot slutten av høringsnotatet. I disse vedleggene er det blant annet inntatt utkast til kommunale forskrifter om deltagelse i forsøksordningen og utkast til avtale som partene skal forhandle om, dvs. aktuelle regionale helseforetak og en kommune eller kommuner i samarbeid.

4.2 Nærmere om forslaget i Oppgavemeldingen

I Meld. St. 14 (2014-2015) Kommunereformen – nye oppgaver til større kommuner (Oppgavemeldingen) er det på side 43 og 44 redegjort for dagens oppgavefordeling mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten når det gjelder henholdsvis psykisk helsevern og psykisk helsearbeid. Videre er det redegjort for organisering av og arbeidsoppgaver for de distriktpsikiatriske sentrene (DPS). Departementet viser i den forbindelse til høringsnotatets punkt 4.4.1 hvor det er inntatt en tilsvarende redegjørelse som bakgrunn for departementets forslag.

På bakgrunn av ovennevnte redegjørelse er det i Oppgavemeldingen uttalt følgende på side 44 og 45:

"En omfattende omstilling av psykisk helsevern ble iverksatt gjennom Opptappingsplanen for psykisk helse (1998 – 2008). Hovedelementer i planen var DPS-utbyggingen og generell omlegging fra døgn- og institusjonsbehandling til større innslag av polikliniske og ambulante tjenester, under målet om å nå flere med et bedre tilbud tilpasset brukernes individuelle behov. Ved opptappingsplanens slutt ble det behandlet over dobbelt så mange personer med psykiske lidelser som i 1998. Nasjonal statistikk viser at behandlingsaktiviteten har fortsatt å øke i årene etter dette. Omstillingen med overføring av oppgaver og ressurser fra sykehusene til DPS er ikke sluttført, og det er nødvendig å fortsette oppgave- og ressursoverføring fra sykehus til DPS med økt vekt på poliklinikk, ambulante tjenester, lettere tilgjengelighet og tettere samarbeid med kommunene.

Ekspertutvalget for kommunereformen skriver i sin sluttrapport at det både er fordeler og ulemper ved å overføre ansvar og oppgaver innenfor det psykiske helsevernet til kommunene. Utvalget peker på at kommunen og spesialisthelsetjenesten yter samtidige tjenester til mennesker med sammensatte lidelser, og mener ut fra dette at det kan være store fordeler med å overføre ansvaret for psykiske helsetjenester til kommunene. Utvalget mener derfor det bør utredes og prøves ut en modell der kommunene overtar ressurser og

finansieringsansvar for hele det psykiske helsevernet, og der de spesialiserte tjenestene fortsatt tilbys av de regionale helseforetakene.

Departementet foreslår å opprette en forsøksordning med overføring av driftsansvar for DPS til kommuner som har tilstrekkelig kapasitet og kompetanse. Formålet med forsøksordningen vil være å undersøke om et kommunalt ansvar for tjenesten kan bidra til et bedre og mer helhetlig tilbud til brukerne. DPS er, og vil i forsøket fortsatt være, en spesialisthelsetjeneste. Det kommunale driftsansvaret skal utøves etter avtale med RHF, som fortsatt vil inneha det lovbestemte sørge-for-ansvaret. Avtalene forutsetter kommunal myndighet til å organisere de samlede spesialisthelsetjenestene i DPSet og de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Forsøksordningen skal videreføre gjeldende pasient- og brukerrettigheter. Helsedirektoratet gis i oppdrag å utforme et rammeverk for avtalene i samarbeid med KS og de regionale helseforetakene. Forsøksordningen skal evalueres."

4.3 Stortingets behandling av meldingen

Stortingets flertall har støttet etablering av en forsøksordning som innebærer at kommuner som har tilstrekkelig kapasitet og kompetanse kan få overført driftsansvar for distriktpsikiatriske sentre, jf. Innst. 333 S (2014-2015), side 47, hvor det blant annet uttales:

"Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre, viser til at kommunene har fått et økt ansvar innenfor psykisk helse, og at det er naturlig å se på om de også kan overta noen av de spesialiserte tjenestene.

Flertallet mener derfor at det er hensiktsmessig med en prøveordning med overføring av driftsansvar for distriktpsikiatriske sentre til kommuner som har tilstrekkelig kapasitet og kompetanse."

4.4 Dagens oppgavefordeling

4.4.1 Psykisk helsearbeid i den kommunale helse- og omsorgstjenesten

Etter helse- og omsorgstjenesteloven skal kommunen sørge for at personer som oppholder seg i kommunen tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. Kommunens ansvar omfatter alle pasient- og brukergrupper, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 første og andre ledd. Psykisk helsearbeid i kommunen omfatter forebygging, kartlegging, behandling, rehabilitering, oppfølging og skadereduksjon. Grensen mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjenester vil følge hva som til enhver tid defineres som spesialisthelsetjenester. Dersom den kommunale helse- og omsorgstjenesten kan yte tilstrekkelig og forsvarlig helsehjelp til en pasient bør ikke pasienten henvises til spesialisthelsetjenesten. Dette forutsetter imidlertid at kommunen har den nødvendige faglige kompetanse og kapasitet slik at helsehjelpen kan utøves forsvarlig.

Målet med tjenestene til mennesker med psykisk uhelse er å fremme uavhengighet, selvstendighet og evnen til å mestre eget liv. Forutsetningen for å nå målet er at tjenestetilbudet er der brukeren er. Kommunene er derfor i en nøkkelposisjon når det kommer til å skape koordinerte, sammenhengende og forutsigbare behandlings- og oppfølgingsløp for mennesker med psykiske helseutfordringer. At kommunene også har et

klart ansvar for forebygging og kartlegging, gjør at alle de kommunale helse- og omsorgstjenestene kan spille en viktig rolle i psykisk helsearbeid. Vi vet at helsestasjons- og skolehelsetjenesten har økende oppmerksomhet på psykisk helse, fastlegene rapporterer at en stor andel av konsultasjonene har psykisk helse som tema og vi vet at mange som mottar omsorgstjenester også har psykiske helseutfordringer. Det kommer i tillegg til de drøyt 13 000 årsverkene som kommunene rapporterer om i psykisk helse- og rusarbeid.

For de alvorligst psykisk syke er samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og de kommunale tjenestene helt avgjørende for både kostnadseffektivitet, kvalitet i tjenestetilbudet og tilfriskningsmulighetene for den enkelte. Erfaringene fra systematiske samhandlingstiltak, som for eksempel oppsøkende behandlingsteam etter ACT- og FACT-modellene og tilpassede botilbud, er at når spesialisthelsetjenesten og de kommunale tjenestene går sammen om å levere tjenester, blir tilbudet bedre og brukerne mer fornøyde. Det særskilte med de oppsøkende behandlingsteamene er at de er organisert med personell fra begge tjenestenivåer og yter tjenestene samtidig, på pasientens arena. I stedet for den ordinære serielle tilnærmingen til behandling og oppfølging, får brukerne samtidige, parallelle tjenester. Det gir ifølge evalueringen av ACT-teamene både betydelig reduksjon i liggedøgn i spesialisthelsetjenesten og vesentlig reduksjon i bruk av tvang, samtidig som brukere, pårørende, ansatte og samarbeidspartnere er fornøyde med tilbudet. Å videreutvikle disse arbeidsformene er et viktig satsningsområde, og et forsøk med kommunal drift av DPS vil kunne gi viktige erfaringer.

4.4.2 Psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten – DPS

Med psykisk helsevern innenfor spesialisthelsetjenesten menes undersøkelse og behandling av mennesker med psykisk lidelse, samt den pleie og omsorg dette krever, jf. lov om psykisk helsevern § 1-2. Loven regulerer tjenester som drives av regionale helseforetak (RHF), helseforetak (HF), private avtalespesialister eller andre som har avtale med RHF. Loven regulerer etablering og gjennomføring av frivillig og tvungent psykisk helsevern, både i institusjon og ved poliklinisk behandling.

Innenfor spesialisthelsetjenesten består psykisk helsevern for voksne av desentraliserte spesialisthelsetjenester ved distriktpsikiatriske sentre (DPS), mer spesialiserte sykehusavdelinger og privatpraktiserende avtalespesialister. Et DPS vil normalt være første kontaktpunkt med spesialisthelsetjenesten. DPS har et hovedansvar for å gi behandlingstilbud i et gitt geografisk område både i akuttsituasjoner og på bakgrunn av henvisninger. DPS skal gi spesialisert utredning og tilby differensiert behandling poliklinisk, ambulant eller som dag- og døgnbehandling. RHF er pålagt å sørge for at DPS har akuttberedskap gjennom døgnet, om nødvendig i samarbeid med andre enheter der lokale forhold tilsier det. Akuttberedskapen skal blant annet bygge på ambulante tjenester med psykiater og psykologspesialist i front. For å få tilbud ved DPS forutsettes det vanligvis henvisning fra lege. De fleste pasienter henvises derfor til DPS fra lege/fastlege, men også psykologer har henvisningsrett. Kjente pasienter kan i en del tilfelle henvende seg direkte. Ved akutte kriser er det som regel ikke nødvendig med

henvisning. Pasienter som ikke har rett til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten blir normalt tilbakeført til den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

De fleste pasienter får et fullstendig behandlingsforløp i regi av DPS og mottar derfor ikke sykehusbehandling. Mange pasienter får imidlertid etterbehandling/oppfølging fra DPS etter sykehusopphold, særlig etter akuttinnleggelse. Enkelte ganger henvises pasienter videre fra DPS til sykehus, enten fordi det trengs forsterkede rammer i en periode eller dersom det er snakk om særlige utredninger som vedkommende DPS ikke foretar.

DPS har ansvar for å behandle alle typer alvorlige psykiske lidelser, som psykoser, spiseforstyrrelser, alvorlige angst- og depresjonslidelser, tvangsnevroses, alderspsykiatri, posttraumatiske stresslidelser, dobbeltdiagnoser mv. Alle DPS skal i tillegg ha tilbud om tjenester til rusavhengige. Det er gitt styringssignal til RHF om at DPS-strukturen skal legges til grunn for tverrfaglig spesialisert behandling av rusavhengige (TSB). DPS foretar rettighetsvurderinger av pasienter henvist til psykisk helsevern – og i en del tilfeller også TSB. Det er ingen forskjell på faglig nivå mellom sykehus og DPS, men det handler om en arbeidsfordeling. Om lag halvparten av landets psykiatere og flertallet av landets psykologspesialister jobber på DPS. Om lag 85 prosent av den polikliniske behandlingen skjer i dag ved DPS. Antall behandlet i DPS i 2013 var 101 000, hvorav 13 000 døgnpasienter. I 2013 ble omlag 57 000 pasienter behandlet i BUP. Poliklinisk behandling er den dominerende behandlingsformen.

Nær alle DPS er godkjent for bruk av tvang. De fleste for innleggelse ved tvang, alternativt bare for tvang uten døgnopphold. Generelt sett utgjør bruk av tvang en begrenset del av virksomheten. 4% av innleggelsene ved DPS skjer ved tvang (3% innleggelse + 1% til observasjon). Tvang benyttes ved kriser hvor det er alvorlig psykoselidelse, kombinert med betydelig fare for forverring eller ved antatt farlighet, jf. nærmere om dette under punkt 4.5. Et gjennomsnittlig "tvangsforløp" kan starte med akutt tvangsinnleggelse eller ved at det under et poliklinisk forløp skjer en akutt forverring. Ved frivillig innleggelse (som er hovedregelen) skal det ikke omgjøres til tvang underveis.

DPS skal bistå den kommunale helse- og omsorgstjenesten med råd og veiledning. Kommunen og spesialisthelsetjenesten har begge et ansvar for å bidra med kartlegging og utredning. Kommunene og spesialisthelsetjenesten må ofte yte samtidige tjenester til personer med alvorlige og sammensatte lidelser. Sentrenes ambulante virksomhet skjer gjennom oppsøkende behandlingsteam, rehabiliteringsteam, psykoseteam, tidlig intervensjonsteam, alderspsykiatriske team og ambulante akutteam.

Kravet om samarbeidsavtaler mellom kommuner og DPS kom allerede i St.prp. nr. 1 (2004 – 2005). Dette innebar en forutsetning om et fast strukturert samarbeid gjennom forpliktende samarbeidsavtaler som omfatter rutiner for utskriving, faglig og økonomisk samarbeid om særlig ressurskrevende brukere, rutiner for individuell plan, kompetansehevende tiltak mv. Krav om samarbeidsavtaler for alle sektorer ble forsterket og lovfestet gjennom samhandlingsreformen, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 6-1 og § 6-2 og spesialisthelsetjenesteloven § 2-1e.

DPS ble etablert på landsbasis under Opptrappingsplanen for psykisk helse (1999 – 2008), og er fortsatt under faglig oppbygging. I perioden 1998 – 2004 ble de fleste gjenværende psykiatriske sykehjemmene lagt ned og/eller omdannet til DPS-institusjoner. Under opptrappingsplanen ble det etablert om lag 75 DPS, som dekker alle landets kommuner. Det er betydelige forskjeller både i totalvolum og i fordelingen av tjenestene mellom ulike institusjonstyper og driftsformer i helseforetaksområdene og i DPS-områdene.

Sykehusenes skal ivareta spesialiserte oppgaver som bare kan utføres på sykehusnivå. Det omfatter sikkerhetspsykiatri, lukkede akuttavdelinger og i noen grad enkelte mindre omfattende funksjoner knyttet til særlige områder som alvorlige tilfeller av spiseforstyrrelser, alderspsykiatri og personlighetsforstyrrelser.

Psykisk helsevern for barn og unge (BUP) utgjøres hovedsakelig av polikliniske og ambulante funksjoner og i samarbeid med det kommunale tjenesteapparatet. Tilbudet består av offentlige institusjoner og et mindre antall avtalespesialister. Ved behov kan det gis tilbud om døgnbehandling. Alle kommuner tilhører nå opptaksområdet til et DPS og en poliklinikk i BUP. Mange steder er BUP og DPS samlokalisert.

4.5 Gjeldende rett – psykisk helsevern

4.5.1 Innledning

I det videre skal departementet redegjøre for psykisk helsevernloven med tilhørende forskrifter. Dette regelverket regulerer ytelse av psykisk helsevern innenfor spesialisthelsetjenesten, herunder ved DPS. For ordens skyld viser vi til at annen helselovgivning også vil gjelde ved ytelse av psykisk helsevern og andre helsetjenester ved et DPS, herunder spesialisthelsetjenesteloven, helsepersonelloven og pasient- og brukerrettighetsloven. Dette regelverket vil bare i mindre grad bli redegjort for i dette punktet.

Psykisk helsevernloven regulerer frivillig og tvungent psykisk helsevern, i eller utenfor institusjon/sykehus. Loven gjelder for alle aldersgrupper, men på enkelte punkter er det gitt særskilte regler for barn og unge under 16 år.

Selv om loven omfatter pasienter både under frivillig og tvungent vern, er loven gjerne betegnet som en tvangslov. Dette er fordi den i all hovedsak regulerer forhold som har med tvangsbruk å gjøre, dvs. inngrepskriterier, hvem som kan treffe vedtak, saksbehandlingsregler og regler om overprøving. Loven er supplert av psykisk helsevernforskriften.

Psykisk helsevern skal som den klare hovedregel ytes på grunnlag av pasientens eget samtykke i tråd med samtykkebestemmelsene i pasientrettighetsloven kapittel 4. Dette fremgår av psykisk helsevernloven § 2-1 første ledd. Iverksetting av frivillige undersøkelses- og behandlingstiltak forutsetter at pasienten er samtykkekompetent.

Barn under 16 år og som ikke selv er enig i foreldrenes beslutning, vil likevel formelt være underlagt frivillig psykisk helsevern. Dersom barnet er fylt 12 år og uttrykker

vegring mot tiltak som innebærer opphold i institusjon, skal spørsmålet bringes inn for kontrollkommisjonen, som kan overprøve foreldrenes samtykke, jf. psykisk helsevernloven § 2-1 annet ledd.

4.5.2 Vilkår for etablering og opprettholdelse av tvungent psykisk helsevern

Hovedbestemmelsen om tvungent psykisk helsevern fremgår av psykisk helsevernloven § 3-3. Denne bestemmelsen angir de vilkårene som må være oppfylt for at spesialisthelsetjenesten skal kunne fatte vedtak om etablering av tvungent psykisk helsevern. Det tvungne vernet kan bare opprettholdes så lenge vilkårene er oppfylt.

Hovedvilkåret for anvendelse av tvungent psykisk helsevern er at pasienten har en "alvorlig sinnslidelse", jf. psykisk helsevernloven § 3-3 første ledd nr. 3. Uttrykket "alvorlig sinnslidelse" er et rettslig begrep som ikke tilsvarer noen konkret medisinsk diagnose. I tillegg til at det må foreligge en alvorlig sinnslidelse, må minst ett av to tilleggsvilkår, såkalt behandlingsvilkåret eller farevilkåret, være oppfylt.

Selv om hovedvilkåret om alvorlig sinnslidelse og de øvrige vilkårene skulle være oppfylt, er det ingen automatikk i at tvungent psykisk helsevern skal etableres. I henhold til § 3-3 første ledd nr. 6 skal den faglig ansvarlige foreta en skjønnsmessig helhetsvurdering av om tvungent psykisk helsevern likevel vil være "den klart beste" løsningen for pasienten. I denne vurderingen skal det legges særlig vekt på hvor stor belastning det tvangsmessige inngrepet vil medføre for vedkommende. Fordelene med inngrepet må således klart oppveie ulempene ved inngrepet.

Frivillighetsvilkåret i psykisk helsevernloven § 3-3 første ledd nr. 1 markerer at bruk av tvang skal være en subsidiær løsning. Loven stiller derfor som krav at etablering av frivillig vern skal være forsøkt før tvang kan besluttes.

4.5.3 Tvungen observasjon

Tvungen observasjon er en videre undersøkelse av pasienten uten vedkommendes samtykke der det er tvil om hvordan sinnstilstanden skal bedømmes og om de øvrige vilkårene for tvungent psykisk helsevern er oppfylt, jf. psykisk helsevernloven § 3-2. Vilkaene for tvungen observasjon er i hovedsak sammenfallende med vilkårene for etablering av tvungent psykisk helsevern. Forskjellen er imidlertid beviskravet for at pasienten oppfyller kravet om alvorlig sinnslidelse og ett av tilleggsvilkårene etter § 3-3 første ledd nr. 3. For tvungen observasjon kreves det "bare" at det er "overveiende sannsynlig" (mer enn 50 % sannsynlig) at pasienten oppfyller hoved- og ett av tilleggsvilkårene, jf. § 3-2 første ledd nr. 3. Tvungen observasjon kan ikke vare lenger enn ti dager.

4.5.4 Kravet til institusjonens faglige og materielle egnethet, herunder godkjenning

Ifølge § 3-5 første og siste ledd kan tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern som hovedregel bare gjennomføres i eller under ansvar av institusjon som er godkjent for

dette formålet. Vilklårene for godkjenning er nærmere regulert i psykisk helsevernforskriften. Dette omfatter både formelle og materielle krav samt krav til bemanning.

I tillegg til kravet om godkjenning, må institusjonen være faglig og materielt i stand til å tilby pasienten "tilfredsstillende behandling og omsorg", jf. § 3-3 første ledd nr. 4. Med andre ord stilles det et krav om en kvalitativ minstestandard som innebærer at det må foretas en konkret vurdering av om den enkelte pasient har eller vil få et egnet behandlings- og omsorgstilbud ved den aktuelle institusjonen. Dette betyr at ikke enhver godkjent institusjon for tvungent psykisk helsevern er egnet for behandlingen av enhver pasient. Det er særlig aktuelt å stille krav til kompetent personell og andre behandlingsmessige ressurser. Pasienten må tilbys reell hjelp, og ikke bare møtes med frihetsberøvelse og kontroll. Dette gjelder uavhengig av hvilket tilleggsvilkår som benyttes. I rettspraksis er det lagt til grunn at kravet om en kvalitativ minstestandard utgjør et selvstendig vilkår i loven, som skal prøves, jf. Rt. 2001 s. 752.

4.5.5 Prosessuelle og personelle vilkår for etablering av tvang

Før tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern kan etableres, må pasienten være undersøkt av en lege som er uavhengig av den ansvarlige institusjon, jf. § 3-1, jf. § 3-2 første ledd nr. 2 og § 3-3 første ledd nr. 2. Formålet med den forutgående legeundersøkelsen er "å bringe på det rene" om lovens vilkår for tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern er oppfylt.

Dersom offentlig myndighet mener det er nødvendig med tvungen legeundersøkelse, tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern, skal det fremmes begjæring om det.

Vedtak om tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern skal fattes av den faglig ansvarlige, jf. § 3-2 annet ledd og § 3-3 annet ledd. Den faglig ansvarlige kan enten være psykiater eller psykologspesialist, jf. § 1-4 første ledd og psykisk helsevernforskriften § 5. Faglig ansvarlig for vedtak om tvangsmedisinerings etter § 4-4 annet ledd bokstav a og vedtak om bruk av korttidsvirkende legemidler som tvangsmiddel etter § 4-8 annet ledd bokstav c må være psykiater, jf. forskriften § 5 fjerde ledd.

Pasienten og den nærmeste pårørende kan påklage vedtak om tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern til kontrollkommisjonen, jf. § 3-2 siste ledd § 3-3 siste ledd. Vedtaket kan påklages av pasienten i inntil tre måneder etter at vernet er opphørt, jf. psykisk helsevernloven § 3-3 siste ledd siste setning og § 3-7 fjerde ledd annen setning.

4.5.6 Gjennomføring av tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern

4.5.6.1 Med eller uten døgnopphold i institusjon

Tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern kan gjennomføres med døgnopphold i godkjent institusjon eller uten døgnopphold under ansvar av godkjent institusjon, jf. § 3-5.

Tvungent døgnopphold innebærer at pasienten kan holdes tilbake i institusjon, og eventuelt hentes tilbake ved rømming, jf. lovens § 3-5 første ledd.

Gjennomføring av tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold i institusjon kan bare besluttes dersom dette vil være "et bedre alternativ for pasienten", jf. § 3-5 annet ledd første setning. Ved vurderingen skal det også tas særlig hensyn til pårørende som pasienten bor sammen med, jf. § 3-5 annet ledd annen setning.

Tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold i institusjon kan bare omfatte pålegg overfor pasienten om fremmøte til undersøkelse eller behandling, jf. lovens § 3-5 tredje ledd annen setning. Dette vil vanligvis innebære pålegg om fremmøte til poliklinisk behandling ved distriktpspsykiatrisk senter eller institusjon. For behandling uten samtykke må det fattes et særskilt vedtak etter § 4-4. Pasienten kan om nødvendig avhentes med tvang, jf. politiets bistandsplikt etter § 3-6 annet ledd.

Den faglig ansvarlige skal løpende vurdere om tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold i institusjon er den beste løsningen for pasienten, jf. forskrift om tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold § 8. Dette skal vurderes i alle tilfeller hvor pasienten ikke møter til behandling. Dersom den faglig ansvarlige mener at døgnopphold i institusjon vil være et bedre alternativ, må det fattes vedtak om overføring etter psykisk helsevernloven § 4-10. Pasienten eller den nærmeste pårørende kan påklage vedtaket til kontrollkommisjonen innen én uke, jf. § 4-10 annet ledd.

Overføringsvedtak kan også fattes for pasienter med døgnopphold. Dette kan innebære overføring til fortsatt tvungent vern uten døgnopphold, eller overføring til annen institusjon. Det er ikke påkrevet å fatte vedtak ved overføring til andre former for døgnopphold i samme institusjon, for eksempel fra akuttavdeling til langtidsavdeling, og fra åpen avdeling til lukket avdeling, jf. § 4-10 første ledd siste setning.

4.5.6.2 Gjennomføringstiltak

Psykisk helsevernloven kapittel 4 har bestemmelser om ulike tiltak som kan iverksettes under gjennomføringen av psykisk helsevern:

- husordensregler, § 4-2
- skjerming, § 4-3
- behandling uten eget samtykke, § 4-4
- forbindelse med omverdenen, § 4-5
- undersøkelse av rom og eiendeler samt kroppsvisitasjon, § 4-6
- beslag, § 4-7
- urinprøve, § 4-7 a
- tvangsmidler, § 4-8

Behandling uten eget samtykke (§ 4-4), innskrenkninger i forbindelse med omverdenen (§ 4-5 annet ledd) og urinprøvekontroll (§ 4-7 a) kan bare vedtas overfor pasienter under tvungent psykisk helsevern. For øvrig kan tiltakene iverksettes både overfor frivillige innlagte og tvangsinnlagte pasienter med døgnopphold i institusjon.

Lovens tvangsfullmakter må i alle tilfeller forvaltes innenfor rammene av lovens formål. Ifølge § 1-1 er formålet "å sikre at etablering og gjennomføring av psykisk helsevern

skjer på en forsvarlig måte og i samsvar med grunnleggende rettssikkerhetsprinsipper". Videre er formålet "å sikre at de tiltakene som er beskrevet i loven, tar utgangspunkt i pasientens behov og respekten for menneskeverdet".

I § 4-2 er det lovfestet en egen beskyttelsesregel som understreker at pasienten skal behandles med respekt for hans eller hennes fysiske og psykiske integritet. Bestemmelsen slår fast at restriksjoner og tvang skal innskrenkes til det strengt nødvendige, og at det bare kan benyttes tiltak som gir en så gunstig virkning at den klart oppveier ulempene med tiltaket. Pasientens syn skal respekteres så langt det er mulig, jf. første ledd.

Skjerming innebærer at pasienten holdes helt eller delvis adskilt fra medpasienter og fra personell som ikke deltar i undersøkelse og behandling av eller omsorg for pasienten. Skjerming kan besluttes av den faglige ansvarlige dersom pasientens psykiske tilstand eller utagerende adferd gjør skjerming nødvendig av behandlingsmessige grunner eller av hensyn til andre pasienter, jf. psykisk helsevernloven § 4-3 første ledd.

Den faglig ansvarlige må fatte vedtak om skjerming dersom tiltaket opprettholdes utover 24 timer, jf. lovens § 4-3 annet ledd første setning. Det må imidlertid fattes vedtak etter 12 timer dersom skjermingen innebærer en betydelig endring av vedkommendes omgivelser eller bevegelsesfrihet, jf. § 4-3 annet ledd annen setning.

Vedtaket kan i begge tilfeller bare fattes for inntil to uker om gangen, jf. § 4-3 annet ledd siste setning. Vedtaket skal protokolleres, jf. skjermingsforskriften § 9 første ledd. Skjermingsvedtaket og vedtak om forlengelse kan påklages til kontrollkommisjonen av pasienten og den nærmeste pårørende, jf. § 4-3 fjerde ledd.

For pasienter som er underlagt tvungent psykisk helsevern, både med og uten døgnopphold i institusjon, kan det fattes vedtak om behandling uten eget samtykke, jf. § 4-4. Med "uten eget samtykke" omfattes både pasienter som mangler samtykkekompetanse, og de som direkte motsetter seg behandling, uavhengig av deres beslutningsevne. Bestemmelsen gjelder ikke for pasienter under tvungen observasjon.

Utgangspunktet er at pasienten uten eget samtykke bare kan undergis slik undersøkelse og behandling som ikke er et alvorlig inngrep. Slik behandling kan blant annet omfatte samtaleterapi, gruppetiltak og tilsvarende tiltak som tar sikte på å påvirke pasientens atferd, jf. tvangsbehandlingsforskriften § 7. Forbudet mot å gjennomføre undersøkelse og behandling som vil innebære et alvorlig inngrep for pasienten, fremgår av lovens § 4-4 annet ledd innledende setning. Til dette er det gjort unntak for behandling med legemidler, jf. § 4-4 annet ledd bokstav a, og for tvangsmessig ernæring ved alvorlige spiseforstyrrelser, jf. § 4-4 annet ledd bokstav b. Dette betyr at behandling med legemidler og tvangsmessig ernæring er å regne som alvorlige inngrep, men at slike inngrep likevel er tillatt på nærmere bestemte vilkår.

Pasienten og den nærmeste pårørende kan påklage vedtak om tvangsbehandling til fylkesmannen, jf. psykisk helsevernloven § 4-4 syvende ledd.

Ved mistanke om at en pasient misbruker rusmidler, kan pasienten etter begjæring fra den faglig ansvarlige gi samtykke til at det kan tas urinprøver for å avdekke rusmiddelmissbruk i forbindelse med et behandlingsforløp, jf. psykisk helsevernloven § 4-7 a første ledd.

Slik begjæring kan bare fremsettes dersom dette fremstår som strengt nødvendig av hensyn til helsehjelpen. Begrunnelsen for begjæringen om slikt samtykke og selve samtykket skal nedtegnes i et dokument som undertegnes av pasienten og den faglig ansvarlige.

For pasienter under tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern kan den faglig ansvarlige treffe vedtak om urinprøvekontroller uten eget samtykke, jf. § 4-7 a annet ledd. Vedtaket kan påklages av pasienten eller av dennes nærmeste pårørende til kontrollkommisjonen.

Tillatte tvangsmidler fremgår av lovens § 4-8 annet ledd. Dette omfatter mekaniske tvangsmidler som hindrer pasientens bevegelsesfrihet, herunder belter, remmer og skadeforebyggende spesialklær, jf. bokstav a, kortvaring anbringelse bak låst eller stengt dør uten personale til stede (isolering), jf. bokstav b, enkeltstående bruk av korttidsvirkende legemidler i beroligende eller bedøvende hensikt, jf. bokstav c, og kortvarig fastholding, jf. bokstav d.

Tvangsmidlene kan benyttes overfor både frivillig innlagte og tvangsinnlagte pasienter. Det er imidlertid ikke adgang til å bruke mekaniske tvangsmidler eller isolering overfor pasienter under 16 år, jf. § 4-8 tredje ledd.

Vedtaket om tvangsmidler treffes av den faglig ansvarlige, jf. § 4-8 fjerde ledd. Pasienten og nærmeste pårørende kan påklage vedtaket til kontrollkommisjonen, jf. psykisk helsevernloven § 4-8 femte ledd siste setning.

Pasient som underkastes tvangsmiddel skal ha kontinuerlig tilsyn av pleiepersonale, jf. psykisk helsevernloven § 4-8 fjerde ledd.

Isolering skal maksimalt anvendes i inntil to timer om gangen. Ved sammenhengende bruk av tvangsmidler ut over åtte timer skal det, så langt det er mulig ut fra pasientens tilstand og forholdene for øvrig, sørges for at pasienten gis friere forpleining i kortere eller lengre tid. Kan dette ikke gjøres, skal årsaken til dette journalføres. Ved fastspenning i seng eller stol skal pleiepersonell oppholde seg i samme rom som pasienten, med mindre pasienten ønsker å være alene og dette er faglig forsvarlig. Bruk av tvangsmidler skal vurderes fortløpende, og bruken skal straks avbrytes dersom den viser seg ikke å ha de forutsette virkninger eller har uforutsette negative konsekvenser.

4.5.7 Tilsyn, kontroll og overprøving

Kontrollkommisjonene er det viktigste administrative kontrollorganet for pasienter i psykisk helsevern. Psykisk helsevernloven kapittel 6 og psykisk helsevernforskriften regulerer kontrollkommisjonens virksomhet. Kontrollkommisjonen er først og fremst klageorgan for de fleste vedtak etter psykisk helsevernloven. Kommisjonene har også kontrolloppgaver som skal utføres på egen oppfordring, dvs. uavhengig av om det er fremsatt en klage eller ikke. Dette omfatter i første rekke kontroll og etterprøving av vedtak om etablering av tvungent psykisk helsevern samt velferdskontroll.

Dersom det ikke klages over etableringen av tvungent psykisk helsevern, skal likevel kontrollkommisjonen, når det er gått tre måneder etter vedtaket, av eget tiltak vurdere om

det er behov for tvungent vern og kontrollere at det foreligger en individuell plan for pasienten, jf. psykisk helsevernloven § 3-8 annet ledd.

Tvungent psykisk helsevern opphører etter ett år hvis ikke kontrollkommisjonen samtykker i at vernet forlenges, jf. psykisk helsevernloven § 3-8 tredje ledd.

Kommisjonen kan samtykke i forlengelse av vernet med inntil ett år av gangen, regnet fra årsdagen for etableringen.

Kontrollkommisjonene skal sikre et forsvarlig tilsyn med pasientenes velferd og føre den kontroll som den finner nødvendig, jf. psykisk helsevernloven § 6-1 annet ledd.

Kontrollkommisjonen kan ta opp saker etter eget initiativ eller etter henvendelse fra pasienten, hans eller hennes nærmeste pårørende eller personalet. Finner kommisjonen forhold som den vil påpeke, skal dette tas opp med den faglig ansvarlige og eventuelt Helsetilsynet i fylket.

Fylkesmannen er klageinstans på vedtak om tvungen legeundersøkelse, jf. psykisk helsevernloven § 3-1 tredje ledd annen setning, og vedtak om behandling uten eget samtykke, jf. § 4-4 syvende ledd.

4.6 Helse- og omsorgsdepartementets vurdering og forslag

4.6.1 Innledning

I det videre skal departementet redegjøre for forsøksordningen som innebærer at kommuner kan få ansvar for å drifte DPS på vegne av et regionalt helseforetak.

Forsøksordningen etableres med hjemmel i forsøksloven, jf. punkt 4.6.2. Derne vil det i punkt 4.6.3 bli redegjort for saksgangen i forbindelse med etablering og gjennomføring av et forsøk mellom regionalt helseforetak og en kommune eller kommuner i samarbeid, før det redegjøres for hovedelementer i forsøksordningen i punkt 4.6.4. Forholdet til ansatte berørt av forsøket diskuteres i punkt 4.6.5, mens det i punkt 4.6.6 redegjøres nærmere for samarbeid mellom kommuner innenfor forsøket. Reglene om offentlige anskaffelser gjennomgås i punkt 4.6.7.

Som nevnt må beskrivelsen av forsøksordningen sees i sammenheng med vedleggene som er inntatt mot slutten av høringsnotatet, herunder utkast til kommunale forskrifter om deltagelse i forsøksordningen og utkast til avtale mellom forsøkspartene.

4.6.2 Etablering av forsøksordningen med hjemmel i forsøksloven

Formålet med lov 26. juni 1992 nr. 87 om forsøk i offentlig forvaltning er blant annet at man gjennom forsøk skal "utvikle funksjonelle og effektive organisasjons- og driftsformer i den offentlige forvaltning, og en hensiktsmessig oppgavefordeling mellom forvaltningsorganer og mellom forvaltningsnivåer. Det skal legges særlig vekt på å forbedre den offentlige tjenesteyting overfor borgerne og få til best mulig ressursutnyttelse", jf. § 1. Av § 2 fremgår at loven gjelder for forsøk i den statlige, fylkeskommunale og kommunale forvaltning, med mindre annet følger av lov.

I lovens forarbeider, Ot.prp. nr. 54 (1991-1992) Om lov om forsøk i offentlig forvaltning, uttales det i de generelle merknadene til loven, under punkt 6.1 blant annet:

"Hovedtrekkene i frikommuneloven er videreført i foreliggende forslag til lov om forsøk i offentlig forvaltning. Dette innebærer at Kongen, innenfor nærmere definerte rammer, gis myndighet til å godkjenne forsøk med avvik fra bestemmelser i lover og forskrifter. Lovforslaget utvider imidlertid rammene for forsøksvirksomheten på flere punkter.

For det første åpner forslaget for forsøk innen offentlig forvaltning generelt. Når det i dette utkastet til lov er brukt begrepet forvaltningsorgan har departementet lagt til grunn definisjonen i forvaltningsloven § 1. Forsøksinitiativ kan komme fra såvel statlig som kommunalt hold. I tillegg gir forslaget adgang til rene statlige forsøk, dvs. forsøk som ikke involverer eller berører kommunesektoren, jf kap. 2.1. Forslaget til formålsbestemmelse fokuserer eksplisitt på forsøksvirksomhet i brytningspunktet mellom ansvarsområdet til de ulike forvaltningsorganer og forvaltningsnivåer."

Til lovens formålsbestemmelse uttales det blant annet:

"Bestemmelsen angir lovens formål og tilsvarer i hovedtrekk frikommuneloven § 1. Det åpnes for å godkjenne forsøk i den offentlige forvaltning generelt, jf definisjonen av forvaltningsorgan i forvaltningsloven § 1. Videre angir bestemmelsen de overordnede formål som skal ligge til grunn for forsøksvirksomhet etter loven, og som det enkelte forsøk må ta sikte på å oppfylle. Forsøk for å utvikle en hensiktsmessig oppgavefordeling mellom forvaltningsnivåer og mellom forvaltningssektorer, jf lovforslaget § 3 pkt. b, er tatt inn i som et av formålene. Forslaget til bestemmelse sier også hvilke hensyn det skal legges særlig vekt på for å fremme de overordnede formål. Med forbedret offentlig tjenesteyting overfor borgerne er det bl.a tenkt på økt brukervennlighet i sin alminnelighet. Ikke bare overfor enkeltindivider, men også grupper av brukere, organisasjoner, næringsliv m.v. Oppregningen i loven innebærer ikke at andre hensyn er irrelevante."

Av loven § 3 fremgår at Kongen kan godkjenne forsøk med "avvik fra gjeldende lover og forskrifter om hvordan staten, fylkeskommunene eller kommunene skal organisere sin virksomhet og løse sine oppgaver", jf. første ledd bokstav a). Av bestemmelsens bokstav b) fremgår at Kongen også kan godkjenne forsøk med "avvik fra bestemmelsene om oppgavefordelingen mellom statlige, fylkeskommunale og kommunale forvaltningsorganer."

Om bestemmelsens punkt b) uttales det i forarbeidenes spesielle merknader blant annet:

"Pkt. b åpner generelt for forsøk med endret oppgavefordeling mellom de ulike sektorer og forvaltningsnivåer. Slike forsøk vil særlig være aktuelt for å fremme en mer samordnet oppgaveløsning og ressursbruk.

Med overføring av oppgaver tenkes det på overføring av såvel vedtaks-/myndighetskompetanse som overføring av rene administrative funksjoner. Ved overføring av myndighet fra et forvaltningsorgan eller -nivå til et annet er det viktig å unngå at enkeltpersoners rettssikkerhet blir svekket, jf § 4. De regler som ellers gjelder for klage på og omgjøring av vedtak, bør derfor i utgangspunktet opprettholdes også under forsøket. Endret oppgavefordeling innebærer ikke nødvendigvis at rammene for oppgaveløsningen endres eller liberaliseres. Mydighetsoverføring innenfor ordinære rammer kan være interessant fordi det legger til rette for nye samarbeidsmønstre og kan muliggjøre en samordnet løsning av beslektete oppgaver som ellers er fordelt på ulike forvaltningsnivåer og -sektorer.

Bestemmelsen åpner for overføring av statlige ansvarsområder hvor oppgaveløsningen er et nasjonalt anliggende, til (fylkes)kommunalt nivå. Det må likevel være en forutsetning at forsøkene ikke er til hinder for å følge opp og gjennomføre en nasjonal politikk på vedkommende område, jf merknadene til § 1 ovenfor. Forsøk av denne karakter vil derfor normalt bli gjennomført innenfor styrte rammer. Dette innebærer i tilfelle at de berørte myndigheter må gå aktivt inn i prosjektutviklingen og ta et medansvar for gjennomføringen av prosjektet."

Av § 3 andre ledd presiseres imidlertid at godkjenning bare kan gis "i samband med forsøk som tar sikte på å oppfylle de mål som er satt i § 1, og som for øvrig finnes forsvarlig og faglig vel underbygget." Som hovedregel kan godkjenning gis for en periode på inntil fire år, men det åpnes for at forsøksperioden i tillegg kan forlenges med inntil to år, jf. bestemmelsens tredje ledd.

Det kan ikke gis godkjenning av et forsøk dersom "dette vil innebære innskrenking av rettigheter eller utvidelse av plikter som enkeltpersoner har etter gjeldende lovgivning" jf. § 4 andre ledd. I de spesielle merknadene til bestemmelsen uttales det blant annet:

"I siste ledd settes det forbud mot avvik som vil innebære innskrenking av rettigheter eller utvidelse av plikter som enkeltpersoner har etter gjeldende lovgivning. Forbudet retter seg mot regelverksavvik som direkte går ut på slike utvidelser eller innskrenkninger eller som direkte vil gi slike effekter. Borgernes rettighetsutøvelse er på mange områder, innenfor visse rammer, underlagt offentlig regulering. Videre kan det offentlige på en del områder gi nærmere bestemmelser om innholdet i og omfanget av de plikter som følger av lovgivningen. Så lenge rammene for myndighetsutøvelsen ikke endres på en måte som er negativ for borgerne, er forbudet ikke til hinder for forsøk som berører måten myndighetsutøvelsen er organisert på eller blir gjennomført på. Innenfor ordinære rammer kan selve myndigheten overføres fra f.eks. statlig til kommunalt nivå. Dette gjelder selv om overføringen kan innebære en endring av praksis. Vilkåret er at endringen ligger innenfor det spillerommet som følger av lovgivningen og at den er saklig og faglig begrunnet."

Som det blant annet fremgår av punkt 4.6.4 skal det regionale helseforetaket beholde sørge for-ansvaret i forsøket, mens kommunen skal ha et "driftsansvar". Forsøket med DPS innebærer slik sett at ansvaret for et tjenestetilbud som i dag ligger i en sektor skal deles mellom to sektorer, slik at den ene har det overordnede ansvaret for tjenesten og den andre har ansvaret for driften.

Departementet legger til grunn at forsøksloven også åpner for forsøk med slikt delt ansvar. Forsøksloven er ment å hjemle en tidsbegrenset overføring av oppgaver. Med overføring menes at den som opprinnelig har oppgaven ikke lenger har ansvar for å gjøre den i perioden forsøket pågår, og at den som overtar oppgaven overtar både ansvaret og kompetansen/myndigheten i samme periode. Som nevnt fremgår det av forarbeidene at loven skal være et hensiktsmessig og fleksibelt verktøy for forvaltningsutvikling. Sett hen til formålet med forsøksloven må en midlertidig overføring av funksjoner fra stat til kommune, og som er mindre omfattende enn det som ville vært tilfelle ved permanent overføring av oppgaver, være mulig innenfor et forsøk. Som nevnt fremgår det av forsøksloven § 3 første ledd bokstav b at det kan gjøres forsøk som innebærer avvik fra bestemmelser om oppgavefordelingen mellom statlige, fylkeskommunale og kommunale organer. I merknaden til bestemmelsen sies det blant annet at det med overføring av

oppgaver (mellom nivåene) tenkes på "overføring av så vel vedtaks-/myndighetskompetanse som overføring av rene administrative funksjoner". Under henvisning til dette, og sammenholdt med lovens formål og de øvrige bestemmelsene, legger departementet til grunn at det ikke er et eksplisitt vilkår for forsøk at oppgaver og myndighet må overføres sammen eller samtidig.

4.6.3 Overordnet om saksgangen for etablering av konkret forsøk

På bakgrunn av innspill fra høringsinstansene vil departementet fastsette rammeverket for forsøksordningen. Departementet tar sikte på at rammeverket skal være på plass slik at samarbeidet mellom kommunene og RHF kan starte våren 2017

I tråd med ovenstående redegjørelse, herunder redegjørelse for forsøkslovens regulering, vil kommuner og regionale helseforetak som ønsker å delta i forsøksordningen, måtte starte forhandlinger om inngåelse av kontrakt som skal regulere den konkrete gjennomføringen av forsøket mellom partene, herunder regulering av ansvarsforhold og oppgaveomfang. Departementet viser her til høringsnotatets vedlegg 2 (utkast til kontrakt mellom regionalt helseforetak og kommune om forsøksordningen, jf. særlig punkt 7 og punkt 8) med 6 tilhørende vedlegg (jf. særlig kontraktens vedlegg 6 som er inntatt som vedlegg 8 til høringsnotatet) og høringsnotatets vedlegg 9 (utfyllende merknader/veiledning til kontrakt mellom regionalt helseforetak og kommune om forsøksordningen).

Dersom det oppnås enighet om slik kontrakt, må aktuelle kommune eller kommuner fastsette forskrift om forsøk med kommunal drift av DPS, jf. høringsnotatets vedlegg 1 hvor utkast til slik forskrift er inntatt. Når det gjelder samarbeid mellom kommuner, herunder samarbeidsmodell for samarbeidet mellom kommuner, vises det til punkt 4.6.6.

Utkast til kommunal forskrift som er inntatt som vedlegg 1 til høringsnotatet gjelder overfor den kommune i kommunesamarbeidet som skal inneha driftsansvar for DPSen i forsøksperioden. Kommuner i DPSens opptaksområde som skal delta i forsøket, men uten å ha driftsansvar, må også fastsette lokal forskrift hvor det fremgår at disse kommunene skal delta i forsøket og motta DPS-tjenester fra kommunen med driftsansvar. Kommunal forskrift for slike samarbeidende kommuner vil derfor måtte justeres på flere punkter sammenlignet med forskriftsutkastet som er inntatt i vedlegg 1. I tillegg til kommunale forskrifter må kommuner som skal delta i forsøket inngå avtale som mer detaljert redegjør for hvordan samarbeidet konkret skal finne sted.

I tråd med forsøksloven vil slik kommunal forskrift deretter måtte godkjennes av Kommunal- og moderniseringsdepartementet etter at Helse- og omsorgsdepartementet har gitt sin faglige vurdering av saken. Dersom slik godkjenning gis kan forsøket starte opp i tråd med de bestemmelser om oppstartstidspunkt som følger av kommunale forskrifter og kontrakt.

4.6.4 Hovedelementer i forsøksordningen

4.6.4.1 Formål med forsøksordningen

Formålet med forsøksordningen er å se DPS-tjenestene som en større del av et større og samlet offentlig tilbud til pasienter med psykiske helseproblemer, som regionale helseforetak og kommuner samlet sett har ansvar for. Det lovpålagte ansvaret for at pasienter skal motta nødvendig helsehjelp er dels lagt på de regionale helseforetakene og dels på kommunene. De regionale helseforetakene skal sørge for spesialisthelsetjenester til befolkningen, herunder blant annet spesialisert utredning og behandling av psykiske lidelser. Kommunene skal sørge for lavterskel kommunale helse- og omsorgstjenester, blant annet for pasienter med psykiske helseproblemer. Staten har valgt å dele opp ansvaret på denne måten, men det forutsetter nødvendigvis samarbeid og sømløse overganger. Kommunene og de regionale helseforetakene har sammen ansvaret for hele kjeden av pasientbehandling fra kommunale helsetjenester til spesialisert behandling.

For pasientene spiller det liten rolle hvem som gir helsehjelpen. Pasientene vil bevege seg frem og tilbake mellom nivåene, men de skal oppfatte helsetjenesten som en helhet. God samhandling mellom nivåene er nødvendig for å kunne ivareta pasientenes behov for kontinuerlig, helhetlig og sømløs helsehjelp. Helse- og omsorgsdepartementet har over flere år fremhevet behovet for mer og bedre samhandling, jf. samhandlingsreformen og oppfølging på nasjonalt, regionalt og lokalt nivå. I praksis vil og må derfor helseforetak og kommuner samarbeide tett om ivaretagelsen av pasientene for å kunne utføre sitt lovpålagte ansvar for tjenestetilbudet. Se omtale av samarbeid mellom kommuner og regionale helseforetak på side 333-335 i Prop. 91 L (2010.2011) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester.

Formålet med forsøksordningen er å innhente erfaringer med at noen større kommuner med tilstrekkelig kapasitet og kompetanse får et mer samlet driftsansvar for å yte tjenester til mennesker med psykiske lidelser og rusavhengighet, med sikte på mer koordinerte tjenester, bedre samhandling og mer effektiv ressursutnyttelse. DPS er en spesialisthelsetjeneste. Det lovbestemte sørge-for-ansvaret skal forbli hos RHF i denne prøveordningen. Ordningen skal baseres på avtale mellom kommune og RHF, som sikrer at DPS kan fortsette å tilby og utvikle spesialiserte tjenester og som samtidig gir kommunene råderett over ressursene i DPS med frihet til nå organisere tilbudet i sammenheng med kommunale tjenester innenfor de begrensninger som lovverk og avtale setter. RHF beholder ansvaret for sykehusavdelingene, og tett samarbeid mellom sykehus og kommunalt drevet DPS vil være en forutsetning.

Formålet med forsøksordningen er videre å skaffe kunnskap om hensiktsmessig oppgavefordeling mellom forvaltnings- og tjenestenivåene. Erfaring fra forsøket skal slik sett gi kunnskap som kan bidra til å utvikle funksjonelle og effektive organisasjons- og driftsformer i den offentlige forvaltning.

4.6.4.2 Fortsatt spesialisthelsetjeneste – de regionale helseforetakenes sørge for-ansvar

Som nevnt ovenfor skal de tjenester som i henhold til forsøket skal ytes av kommunen, fortsatt være spesialisthelsetjenester. Forsøket skal basere seg på avtale mellom

kommunen og det regionale helseforetaket som fortsatt skal inneha det lovbestemte sørge for-ansvaret.

Disse prinsippene er nedfelt i utkast til kommunale forskrifter § 3 og § 6 som er inntatt som vedlegg 1 til høringsnotatet.

Departementet viser videre til høringsnotatets vedlegg 2 (utkast til kontrakt mellom regionalt helseforetak og kommune om forsøksordningen, jf. særlig punkt 7) med 6 tilhørende vedlegg (jf. særlig kontraktens vedlegg 6 som er inntatt som vedlegg 8 til høringsnotatet) og høringsnotatets vedlegg 9 (utfyllende merknader/veiledning til kontrakt mellom regionalt helseforetak og kommune om forsøksordningen) hvor sørge for-ansvaret omtales.

4.6.4.3 Kommunalt driftsansvar

Gjennom avtalen mellom kommunen og det regionale helseforetaket får kommunen et driftsansvar for de tjenester som i dag ivaretas av et DPS.

Med driftsansvar menes ansvar for budsjett og økonomisk resultat, kvalitet, pasientsikkerhet, arbeidsgiveransvar (med mindre dette ligger hos privat tjenesteyter), ansvar for å forvalte og prioritere samlede ressurser, koordinering i forhold til andre tjenester og for at virksomheten drives i henhold til avtaler med RHF, gjeldende lov- og regelverk (psykisk helsevernloven, pasientrettighetsloven, helsepersonelloven med mer.), samt tilrettelegging for drift i henhold til nasjonale faglige retningslinjer og veiledere.

Det regionale helseforetaket kan bare inngå avtale om midlertidig overføring av driftsansvar til kommuner med tilstrekkelig kapasitet og kompetanse til å kunne yte DPS-tjenester på en faglig forsvarlig måte.

Disse prinsippene er nedfelt i utkast til kommunale forskrifter § 4 som er inntatt som vedlegg 1 til høringsnotatet.

Departementet viser videre til høringsnotatets vedlegg 2 (utkast til kontrakt mellom regionalt helseforetak og kommune om forsøksordningen, jf. særlig punkt 7) med 6 tilhørende vedlegg og høringsnotatets vedlegg 9 (utfyllende merknader/veiledning til kontrakt mellom regionalt helseforetak og kommune om forsøksordningen) hvor kommunalt driftsansvar omtales.

4.6.4.4 Kommunal organiseringsfrihet

Formålet med en forsøksordning er som nevnt å innhente erfaringer med at kommuner med tilstrekkelig kapasitet og kompetanse får et mer samlet driftsansvar for å yte tjenester til mennesker med psykiske lidelser og rusavhengighet, med sikte på mer koordinerte tjenester, bedre samhandling og mer effektiv ressursutnyttelse. DPS er som nevnt en spesialisthelsetjeneste og det lovbestemte sørge for-ansvaret skal derfor forbli hos RHF. Ordningen må baseres på avtale mellom kommune og RHF, som sikrer at DPS kan fortsette å tilby og utvikle spesialiserte tjenester og som samtidig gir kommunen råderett over ressursene i DPS med frihet til å organisere tilbudet i sammenheng med kommunale tjenester innenfor de rammer som lovverk og avtale setter. RHF beholder ansvaret for sykehusavdelingene og tett faglig samarbeid mellom sykehus og kommunalt drevet DPS vil være en forutsetning.

Disse prinsippene er nedfelt i utkast til kommunale forskrifter § 2 og § 4 som er inntatt som vedlegg 1 til høringsnotatet.

Departementet viser videre til høringsnotatets vedlegg 2 (utkast til kontrakt mellom regionalt helseforetak og kommune om forsøksordningen, jf. særlig punkt 7) med 6 tilhørende vedlegg og høringsnotatets vedlegg 9 (utfyllende merknader/veiledning til kontrakt mellom regionalt helseforetak og kommune om forsøksordningen) hvor kommunal organiseringsfrihet omtales.

4.6.4.5 Pasient- og brukerrettigheter videreføres

Gjeldende pasient- og brukerrettigheter skal videreføres i forsøket.

Dette grunnleggende prinsippet er nedfelt i utkast til kommunale forskrifter § 8 som er inntatt som vedlegg 1 til høringsnotatet.

Departementet viser videre til høringsnotatets vedlegg 2 (utkast til kontrakt mellom regionalt helseforetak og kommune om forsøksordningen, jf. særlig punkt 9) med 6 tilhørende vedlegg og høringsnotatets vedlegg 9 (utfyllende merknader/veiledning til kontrakt mellom regionalt helseforetak og kommune om forsøksordningen) hvor pasient- og brukerrettigheter omtales.

4.6.4.6 Evaluering

Når det gjelder evaluering av forsøket, viser departementet til den beskrivelse av forsøksordningens formål og grunnleggende forutsetninger/hovedelementer som er gjengitt ovenfor. Evaluering av forsøket skal vise i hvilken grad målene med forsøket blir nådd.

Departementet vil på et senere tidspunkt avklare hvordan forsøket kan evalueres på en mest hensiktsmessig måte. I slikt arbeid vil det være naturlig å involvere blant annet brukerorganisasjoner, Helsedirektoratet, de regionale helseforetakene og KS. Hvordan forsøket skal evalueres må avklares før forsøket kan starte opp.

For ordens skyld viser departementet til utkast til kommunale forskrifter som er inntatt som vedlegg 1 til høringsnotatet, jf. § 11 om tidsbegrensning av forsøket. Departementet viser videre til høringsnotatets vedlegg 2 (utkast til kontrakt mellom regionalt helseforetak og kommune om forsøksordningen, jf. særlig punkt 26) med 6 tilhørende vedlegg og høringsnotatets vedlegg 9 (utfyllende merknader/veiledning til kontrakt mellom regionalt helseforetak og kommune om forsøksordningen) hvor evaluering omtales.

4.6.5 Forholdet til ansatte

4.6.5.1 Innledning

Under dette punktet gis en overordnet og generell omtale av forholdet til ansatte. En forutsetning som ligger i forsøket er at kommunen som skal drive DPSet, også skal ha styringsrett over de ansatte i DPSet. Tre potensielle modeller knyttet til de ansatte kan tenkes i den forbindelse. Disse er beskrevet under. Til slutt gis en omtale av hvilken modell departementet anser for den mest hensiktsmessige.

4.6.5.2 Tre potensielle modeller

Ansettelsesforhold opprettholdes i helseforetaket med instruks om å følge kommunens instruks

Den første modellen innebærer at arbeidstakerne opprettholder sitt arbeidsforholdet i helseforetaket og at helseforetaket instruerer arbeidstakerne til å følge instruks fra kommunen. Denne modellen må baseres på en avtale mellom helseforetaket og kommunen.

Det er usikkert hvilken styringsrett overfor arbeidstakerne som denne modellen gir kommunen. Mange funksjoner ligger i grenseområdet mellom administrasjon og faglig styring, for eksempel ansvarsfordeling for HMS, hvem som foretar nyansettelser, hvem som betaler for fellesadministrative tjenester mv.

I forbindelse med innføring av faste stillinger for leger i spesialisering ved sykehus, ble det tatt utgangspunkt i en slik modell. Den ble imidlertid forlatt på grunn av praktiske utfordringer knyttet til arbeidsgiveransvaret blant annet i forbindelse med lønn, HMS-ansvar, skattemessige forhold mv. Den nye ordningen etter avtale fra 2015 for leger i spesialisering ved sykehus ble i stedet at legen som hovedregel har sitt faste ansettelsesforhold hos ett sykehus og gis permisjon for å tjenestegjøre ved andre sykehus. Det formelle forholdet mellom legen og det andre sykehus blir da en midlertidig ansettelse for den nødvendige tjenesteperioden.

Departementet har ikke utredet om de praktiske utfordringene knyttet til den opprinnelige påtenkte modellen for leger i spesialisering ved sykehus, også er aktuelle for den første modellen for DPS-forsøket. Dette skyldes at de to øvrige modeller som det skal redegjøres for i det videre, uansett synes bedre rustet til å ivareta de ansatte og de hensyn som gjør seg gjeldende for DPS-forsøket.

Helseforetakets arbeidstakere leies ut til kommunen

Den andre modellen innebærer at arbeidstakerne opprettholder sitt arbeidsforhold i helseforetaket og leies ut til kommunen. Denne modellen må baseres på en avtale om leie av personell mellom helseforetaket og kommunen.

Som innleier vil kommunen ha styringsrett over de innleide, med mindre noe annet følger av leieavtalen. Kommunen kan således lede og kontrollere de innleide på samme måte som egne ansatte.

En forutsetning for innleie er at de innleide fortsatt mottar lønnen sin fra helseforetaket, og ikke kommunen. Rettigheter og plikter knyttet til arbeidsforholdet vil være delt mellom helseforetaket og kommunen, som begge vil opptre som arbeidsgivere. Den egentlige arbeidsgiveren vil gjennom hele innleieperioden være helseforetaket. Arbeidstakers stillingsvern består således overfor helseforetaket. Andre plikter, som for eksempel krav til arbeidsmiljø i arbeidsmiljøloven kapittel 4, er det den fungerende arbeidsgiveren (kommunen) som er ansvarlige for, se også arbeidsmiljøloven § 2-2.

Kommunen kan leie inn arbeidskraft i medhold av arbeidsmiljøloven § 14-12 (virksomhet som har til formål å drive med utleie/bemanningsforetak) eller § 14-13 (virksomhet som ikke har til formål å drive med utleie). Bestemmelsene oppstiller forskjellige vilkår for lovlig innleie av arbeidskraft. Det er ikke avgjørende at helseforetaket selv ikke definerer seg som et bemanningsforetak. Det må foretas en konkret vurdering av hvilket grunnlag som er aktuelt og således hvilke vilkår som må være oppfylt, se blant annet Rt 2013 s. 1730.

Innleie i medhold av arbeidsmiljøloven § 14-12 kan skje enten dersom (i) vilkårene for å benytte midlertidig ansettelse i arbeidsmiljøloven § 14-9 første ledd bokstav a til e er oppfylt, eller (ii) kommunen og de tillitsvalgte som til sammen representerer et flertall av den arbeidstakerkategori innleien gjelder inngår skriftlig avtale om tidsbegrenset innleie. Forutsetning for en slik avtale er at kommunen er bundet av tariffavtale.

I tillegg vil reglene om likebehandling av lønns- og arbeidsvilkår (arbeidsmiljøloven § 14-12a), opplysningsplikt og innsynsrett (arbeidsmiljøloven § 14-12b), solidaransvar for innleier (arbeidsmiljøloven § 14-12c) og rett til fast ansettelse hos innleier på nærmere bestemte vilkår i medhold av den såkalte tre-/fire-års regelen (arbeidsmiljøloven § 14-9 sjette ledd) gjelde. Kommunen må drøfte bruken av innleid arbeidskraft m.m. minst én gang per år, jf. arbeidsmiljøloven § 14-12 tredje ledd. Hovedtariffavtalen vedlegg 7 oppstiller også rettigheter og plikter ved innleie fra bemanningsforetak.

For innleie i medhold av arbeidsmiljøloven § 14-13 må (i) arbeidstakerne som helseforetaket leier ut til kommunen være fast ansatte i helseforetaket, (ii) utleien skje innenfor de fagområder som utgjør helseforetakets hovedbeskjeftigelse og (iii) utleieaktiviteten må ikke omfatte mer enn 50 prosent av de fast ansatte hos helseforetaket. Vilråene er nærmere utdypet i Rt. 2013 s. 1730.

Før kommunen eventuelt treffer beslutning om innleie i medhold av arbeidsmiljøloven § 14-13 må den gjennomføre drøftelser med tillitsvalgte som til sammen representerer et flertall av den arbeidstakerkategori innleien gjelder. For innleie som (i) overstiger 10 prosent av de ansatte hos innleier, likevel ikke færre enn tre personer, eller som (ii) har en varighet ut over ett år, må det inngås skriftlig avtale med tillitsvalgte som til sammen representerer et flertall av den arbeidstakerkategori innleien gjelder, jf. arbeidsmiljøloven § 14-13 annet ledd.

For begge innleiesituasjonene oppstiller også Hovedtariffavtalen kapittel 1 punkt 2.3.2 en drøftelsesplikt for kommunen.

Arbeidsforholdet overføres fra helseforetaket til kommunen ved en virksomhetsoverdragelse

Den tredje modellen innebærer at arbeidstakernes arbeidsforhold overføres i sin helhet fra helseforetaket til kommunen etter reglene om virksomhetsoverdragelse i arbeidsmiljøloven kapittel 16. Denne modellen baseres på en avtale om blant annet overføring av personell mellom helseforetaket og kommunen.

For de ansatte som overføres blir kommunen eneste arbeidsgiver med de rettigheter og plikter som arbeidsgiverrollen medfører.

Det foreligger en virksomhetsoverdragelse når det skjer en "overdragelse av en virksomhet eller del av virksomhet til en annen arbeidsgiver. Med overdragelse menes overføring av en selvstendig enhet som beholder sin identitet etter overføringen", jf. arbeidsmiljøloven § 16-1.

Dersom vilkårene er oppfylt kommer de øvrige bestemmelsene i arbeidsmiljøloven kapittel 16 til anvendelse. Kapitlet gjennomfører EØS-avtalens direktiv 2001/23/EF i norsk rett, et direktiv som erstatter tidligere direktiv 77/187/EF og direktiv 98/50/EF. Direktivet er et minimumsdirektiv som stiller minstekrav til medlemsstatenes vern av arbeidstakeres rettigheter. Formålet med reglene om virksomhetsoverdragelse er å sikre de ansattes rettigheter ved overføring til en ny arbeidsgiver.

De rettigheter og plikter som følger av arbeidsavtalen eller arbeidsforholdet med helseforetaket på overføringstidspunktet, overføres til kommunen i medhold av arbeidsmiljøloven § 16-2 første ledd. Krav som arbeidstakere har overfor helseforetaket i medhold av nevnte bestemmelse kan fortsatt gjøres gjeldende overfor helseforetaket.

Det gjelder imidlertid unntak fra utgangspunktet om at rettigheter og plikter overføres uendret for kollektive tjenestepensjonsordninger og tariffavtaler.

Kommunen kan, på nærmere bestemte vilkår, reservere seg mot at helseforetakets tariffavtaler overføres til kommunen, jf. arbeidsmiljøloven § 16-2 annet ledd. Endringer i tariffavtaleforhold kan medføre endringer i arbeidstakernes rettigheter som ligger i tariffavtalen.

Kommunen kan også, på nærmere bestemte vilkår, bestemme at de overførte arbeidstakerne ikke skal fortsette opptjening av alders-, uføre- og etterlattepensjon i den kollektiv tjenestepensjonsordningen som de er medlem i på overføringstidspunktet, men isteden innlemmes i kommunens kollektive tjenestepensjonsordning, jf. arbeidsmiljøloven § 16-2 tredje ledd.

Arbeidstakere som skal overføres til kommunen under reglene om virksomhetsoverdragelse kan reservere seg mot overføringen i medhold av arbeidsmiljøloven § 16-3. I så fall opphører arbeidsforholdet hos helseforetaket uten ytterligere oppsigelse eller oppsigelsesfrist på overføringstidspunktet, og arbeidstaker har heller ikke et arbeidsforhold i kommunen.

Dersom virksomhetsoverdragelsen fører til ikke uvesentlige negative endringer i arbeidstakerens situasjon kan arbeidstakerne ha en valgrett. Valgretten er ulovfestet og utviklet i rettspraksis. Dersom arbeidstakerne har og utøver valgretten vil de aktuelle arbeidstakerne ikke overføres til kommunen, men opprettholde sitt arbeidsforhold hos helseforetaket.

Helseforetaket og kommunen plikter, så tidlig som mulig, å gi informasjon om og drøfte overdragelsen og nærmere bestemte forhold knyttet til overdragelsen med arbeidstakernes tillitsvalgte, jf. arbeidsmiljøloven § 16-5. De berørte arbeidstakerne har også krav på informasjon fra helseforetaket og kommunen, jf. arbeidsmiljøloven § 16-6. Forhold knyttet til representasjon og tillitsvalgte fremgår av arbeidsmiljøloven § 16-4.

Ved virksomhetsoverdragelse overføres arbeidsavtalen uendret for arbeidstakerne som overføres til kommunen. Ettersom arbeidsgiverparten i arbeidsavtalen endres ved overdragelsen må arbeidsavtalen oppdateres med ny arbeidsgiverpart, jf. arbeidsmiljøloven § 14-8.

Virksomhetsoverdragelsen gir ikke saklig grunn til å si opp eller avskjedige arbeidstakerne, verken hos tidligere eller ny arbeidsgiver, jf. arbeidsmiljøloven § 16-4.

Etter at forsøket er avsluttet, vil det måtte skje en virksomhetsoverdragelse fra kommunen tilbake til helseforetaket.

4.6.5.3 Departementets forslag

Etter en helhetsvurdering mener departementet at den tredje modellen – overføring av arbeidsforhold fra helseforetaket til kommunen ved virksomhetsoverdragelse – fremstår som mest hensiktsmessige for forsøksordningen. Departementet ber likevel høringsinstansene om å særskilt vurdere de ulike modellene.

Dersom den tredje modellen skal benyttes, legger departementet til grunn at overføring av ansatte som er tilknyttet DPS fra helseforetakene til kommunen skal skje etter arbeidsmiljølovens regler om virksomhetsoverdragelse. Alle kategorier ansatte som har nødvendig tilknytning til DPSen, overføres til kommunen.

Kommunen kan i så fall velge å gjøre eksisterende kollektive tjenestepensjonsordninger for alders-, uføre- og etterlattepensjon gjeldende for arbeidstakerne som overføres fra helseforetakene. Ettersom overføringen gjelder en forsøksordning foreslår departementet at de overførte ansatte opprettholder sitt medlemskap i helseforetakenes kollektive tjenestepensjonsordninger. Videre at eventuelle nyansatte i forsøksperioden også meldes inn i denne pensjonsordningen, og ikke i kommunens pensjonsordning. De enkelte kommunene kan ha forskjellige pensjonsleverandører. Det samme gjelder for helseforetakene, og da særlig i hovedstadsområdet. Det vil derfor være viktig at pensjonsspørsmålet blir løst på en klar måte mellom partene, herunder at dette hensyntas i de avtaler som skal inngås.

Utover det som er beskrevet ovenfor finner ikke departementet grunn til å gå nærmere inn på forholdet mellom arbeidsgiver og arbeidstaker i dette høringsnotatet. Slike forhold må finne sin løsning gjennom forhandlinger og samarbeid mellom de regionale helseforetakene og kommunen i tråd med arbeidslivets tradisjoner og gjeldende regelverk, eventuelt med bistand fra KS. Dette gjelder for eksempel spørsmål om hvilke ansatte som omfattes av virksomhetsoverdragelsen.

4.6.6 Kommunalt samarbeid

De fleste DPSer har et ansvarsområde eller opptaksområde som omfatter flere kommuner. Ved kommunal overtakelse av driftsansvaret for et DPS mener departementet at ansvaret som hovedregel må overtas for hele det eksisterende DPSets opptaksområde. Det vil ikke være ønskelig å dele opp et eksisterende DPS slik at deler av DPSen blir igjen hos RHFet for å sørge for tjenestetilbud til de kommuner i opptaksområdet som ikke ønsker å delta i forsøket med kommunalt drevet DPS. En slik oppdeling vil ikke være hensiktsmessig ut

fra en helsefaglig eller samfunnsøkonomisk vurdering. Departementet vil imidlertid påpeke at det i enkelte situasjoner kan være mulig å vurdere unntak fra denne hovedregelen. Det kan for eksempel tenkes en situasjon hvor de langt fleste kommuner i et DPS' opptaksområde ønsker å delta i forsøket, mens et lite mindretall kommuner ikke ønsker å delta. Etter en konkret vurdering kan aktuelle RHF her finne det hensiktsmessig og helsefaglig forsvarlig å endre på DPSenes opptaksområde, slik at de kommuner som ønsker å stå utenfor forsøket ivaretas av et annet DPS.

Utgangspunktet for forsøksordningen er imidlertid at et kommunalt drevet DPS skal dekke samme område som det statlige DPSet gjorde. Dette forutsetter dermed at alle kommunene i det aktuelle området ønsker å delta i forsøket og at kommunene og RHFet inngår nødvendig avtaler.

Kommunene i det aktuelle DPS-området som har blitt enige om at de ønsker at DPSet skal være kommunalt drevet, må også bli enige om en samarbeidsmodell for samarbeidet mellom kommunene. Forutsetningen i forsøket er at det er en større kommune som skal stå for driften. Som nevnt følger det av forsøksloven at hver enkelt kommune må fastsette forskrift om å overta driftsansvar for DPSet. Slik forskrift må deretter godkjennes av Kommunal- og moderniseringsdepartementet, etter samråd med Helse- og omsorgsdepartementet. Etter at hver kommune på denne måten har fått overført ansvaret/myndigheten til seg, må kommunene seg imellom inngå avtale om hvem som skal stå for drift av DPSet i tråd med den kontrakt som er inngått mellom aktuelle kommuner og det regionale helseforetaket. Uten slik overføring vil kommunene ikke ha myndighet eller kompetanse til å inngå avtale om noe som ikke er deres ansvar/myndighet, fordi kommunene ikke kan inngå samarbeidsavtale med andre kommuner uten at de først har fått overført ansvaret.

Departementet viser her til utkast til kommunale forskrifter som er inntatt som vedlegg 1 til høringsnotatet, høringsnotatets vedlegg 2 (utkast til kontrakt mellom regionalt helseforetak og kommune om forsøksordningen) og høringsnotatets vedlegg 9 (utfyllende merknader/veiledning til kontrakt mellom regionalt helseforetak og kommune om forsøksordningen).

Når det gjelder samarbeidsform for kommunene, er dette i utgangspunktet opp til kommunene selv å vurdere. I og med at det kommunalt drevne DPSet skal kunne få lovpålagte oppgaver som omfatter offentlig myndighetsutøvelse, er det samarbeid ved vertskommune etter kommuneloven som er særskilt utviklet for slikt samarbeid, og som dermed vil være den aktuelle samarbeidsmodellen.

4.6.7 Regelverk om offentlige anskaffelser

4.6.7.1 Utgangspunkt

Med mindre særskilte unntak kan påberopes, omfattes de regionale helseforetakenes anskaffelser av tjenester av lov 16. juli 1999 nr. 69 om offentlige anskaffelser (anskaffelsesloven) og forskrift 7. april 2006 nr. 402 om offentlige anskaffelser (anskaffelsesforskriften). Av anskaffelsesloven § 3, sammenholdt med § 5, fremgår at

anskaffelser av varer, tjenester mv. så langt som mulig skal være basert på konkurranse gjennom anbud.

Departementet legger til grunn at regelverket for offentlige anskaffelser ikke får anvendelse på de regionale helseforetakenes overføring av oppgaver knyttet til DPS. I arbeidet med utredning av forsøksordningen har Helsedirektoratet i brev av 7. april 2016 til departementet, blant annet uttalt følgende:

"Ved bruk av forsøkslov og vedtekter for forsøk overføres oppgaven (for en periode på inntil 4 år) fra det regionale helseforetak til kommunen tilsvarende som når Stortinget ved lov overfører en oppgave fra ett forvaltningsnivå til et annet. Når kommunen selv driver DPS-et leveres ytelsen i kommunens egenregi, foreligger det følgelig ingen kontrakt i anskaffelsesrettslig forstand, og anskaffelsesregelverket kommer ikke til anvendelse".

Departementet legger videre til grunn at dersom overføringen av oppgaver likevel skulle regnes som en anskaffelse i anskaffelsesrettslig forstand, vil to ulike unntak fra forskrift om offentlige anskaffelser få anvendelse.

4.6.7.2 Unntak for offentlig myndighetsutøvelse

Unntaket for offentlig myndighetsutøvelse fremgår av anskaffelsesforskriften § 1-3 annet ledd bokstav k. I henhold til bestemmelsen får anskaffelsesforskriften ikke anvendelse på "kontrakter som innebærer utøvelse av offentlig myndighet som kan unntas etter EØS-avtalen artikkel 39, jf. artikkel 32".

Det følger av EØS-avtalen artikkel 39, jf. artikkel 32, at reglene om fri bevegelighet av tjenesteytelse ikke kommer til anvendelse på "virksomhet som for en avtalepart innebærer, om enn bare leilighetsvis, utøvelse av offentlig myndighet".

Begrepet offentlig myndighet er et autonomt EØS-rettslig begrep som må tolkes i samsvar med EØS-avtalen, uavhengig av hvordan begrepet ellers benyttes i nasjonal rett. Dette innebærer at bruken av begrepet offentlig myndighetsutøvelse i forvaltningsloven og andre nasjonale lover og forskrifter ikke gir veiledning for tolkningen i denne sammenheng.

Psykisk helsevernloven og psykisk helsevernforskriften regulerer psykisk helsevern, herunder innenfor rammen av DPS. Loven omtales som en tvangslov, ettersom den inneholder flere ulike tvangsmidler som kan benyttes for å gjennomføre behandlingen. Likevel er hovedregelen at psykisk helsevern, også innenfor DPS, skal ytes på grunnlag av pasientens eget samtykke.

Selve iverksettelsen av psykisk helsevern kan være frivillig eller tvunget. I tillegg kan pasienten under behandlingen underlegges tvangstiltak som beskrevet i lov og forskrift. Pasienter underlagt tvunget psykisk helsevern kan utsettes for mer inngripende tvangstiltak enn pasienter som har samtykket til innleggelsen. Det er videre et prinsipp i psykisk helsevernloven at pasienter som har samtykket til innleggelsen ikke kan overføres til tvunget psykisk helsevern mens den frivillige innleggelsen varer. Pasienten kan likevel være gjenstand for enkelte tvangstiltak innenfor rammen av en behandling basert på samtykke.

Når det gjelder *tvunget psykisk helsevern*, er departementet av den oppfatning at denne del av tjenestene som utføres ved et DPS må anses som utøvelse av offentlig myndighet. Pasienten samtykker i disse tilfellene ikke i behandling, og grunnlaget for hele behandlingssituasjonen er dermed tvang. Pasienten har da ingen mulighet til å forlate institusjonen og den tvang han potensielt kan bli utsatt for der.

Hovedregelen for behandling ved DPS er som nevnt at *pasienten frivillig mottar behandling* ved et DPS. Slik behandling vil være basert på pasientens samtykke. Spørsmålet er dermed om det faktum at pasienten ikke mottar behandling i DPS på grunnlag av tvang, men har samtykket til innleggelsen og behandlingen, har betydning for spørsmålet om institusjonen i anskaffelsesrettslig forstand kan sies å utøve offentlig myndighet.

Når pasienten først oppholder seg i institusjonen har denne enkelte av de tvangshjemler som følger av psykisk helsevernloven kapittel 4. Dette innebærer at pasienten i stor grad kan utsettes for de samme tvangstiltak som er underlagt tvunget psykisk helsevern. Et viktig unntak er tvangsbehandling (tvangsmedisinering og tvangsernæring), som bare kan vedtas for tvangsinnlagte pasienter. Pasienten kan også når som helst forlate institusjonen. Pasienter som har samtykket til innleggelsen kan imidlertid ikke unndra seg inngripende tiltak som skjerming, undersøkelse av rom og eiendeler, kroppsvisitasjon, beslag og tvangsmidler, dersom institusjonen treffer vedtak om dette, med mindre pasienten altså forlater institusjonen og dermed avslutter behandlingen. Det er ikke gitt at tvangstiltakene i den konkrete situasjonen oppleves som mindre inngripende selv om innleggelsen er basert på samtykke. Slik departementet ser det er det derfor flere argumenter som taler for at også frivillig psykisk helsevern ved DPS innebærer et tilstrekkelig element av tvang til at det kan sies å kvalifisere som utøvelse av offentlig myndighet i henhold til anskaffelsesregelverket.

Departementet legger uansett til grunn at de tjenester DPS tilbyr *i sin helhet* utgjør offentlig myndighetsutøvelse. Slik departementet ser det er tvangsmulighetene en del av behandlingen ved institusjonen, og kan ikke skilles ut som en egen oppgave. Tvungent psykisk helsevern og frivillig psykisk helsevern utgjør én helhetlig og sammenvevd tjeneste. Etter departementets oppfatning vil det være forbundet med betydelige helsefaglige og praktiske vansker å betrakte tvungent og frivillig psykisk helsevern som to mulig organisatorisk adskilte tjenester. Selv om hjemmelsgrunnlag for behandling med eller uten tvang avviker på flere punkter, vil det i driften av et DPS godkjent for tvangsbehandling ikke gå noe skille personellmessig, utstyrmessig eller organisatorisk mellom tvungent og frivillig psykisk helsevern.

Det kreves etter ordlyden i EØS-avtalen artikkel 39 ikke at den største eller en betydelig del av aktiviteten ved institusjonen innebærer tvangsutøvelse for at unntaket for offentlig myndighetsutøvelse skal komme til anvendelse. Det er tilstrekkelig at myndighetsutøvelsen skjer "leilighetsvis". I den grad et DPS driver tvunget psykisk helsevern i større grad enn "sporadisk" eller "unntaksvis" legger departementet derfor til grunn at unntaket for offentlig myndighetsutøvelse vil komme til anvendelse. Inngåelse av avtale mellom RHF og en kommune om at kommunen som del av forsøksordningen

skal overta driftsansvar for et DPS for å yte behandling innenfor psykisk helsevern, er i så tilfelle ikke omfattet av reglene om offentlige anskaffelser.

4.6.7.3 Unntak for offentlig – offentlig samarbeid, basert på samarbeid om oppgaver for å nå felles mål

For det andre vil unntak fra anskaffelsesregelverket følge av et unntak utviklet i rettspraksis, nedfelt i direktiv 2014/24/EU og foreslått i ny forskrift om offentlige anskaffelser § 3-3. Unntaket gjelder for kontrakter som inngås utelukkende mellom to eller flere oppdragsgivere, som etablerer eller gjennomfører et samarbeid som har til formål å sikre at offentlige oppgaver blir utført for å oppnå felles mål og som blir utført utelukkende av hensyn til offentlige interesser.

Departementet viser her til at DPS-tjenestene bør ses som en del av et større og samlet offentlig tilbud til pasienter med psykiske helseproblemer, som regionale helseforetak og kommuner samlet sett har ansvar for. Det lovpålagte ansvaret for at pasienter skal motta nødvendig helsehjelp er lagt dels på de regionale helseforetakene og dels på kommunene. De regionale helseforetakene skal sørge for spesialisthelsetjenester til befolkningen, blant annet spesialisert behandling for psykisk helse. Kommunene skal sørge for lavterskel kommunale helse- og omsorgstjenester, blant annet for pasienter med psykiske helseproblemer. Staten har valgt å dele opp ansvaret på denne måten, men dette forutsetter nødvendig samarbeid og sømløse overganger, jf. blant annet helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-4, 4-1 første ledd bokstav a) og 6-1, samt spesialisthelsetjenesteloven §§ 2-1e og 2-2. Kommunene og de regionale helseforetakene har sammen ansvaret for hele kjeden av pasientbehandling fra kommunale helsetjenester til spesialisert behandling.

For pasientene er det ikke avgjørende hvem som gir helsehjelpen. Mange pasienter vil bevege seg frem og tilbake mellom behandlingsnivåene, men de skal da oppfatte helsetjenesten som en helhet. God samhandling mellom nivåene er helt nødvendig for å kunne ivareta pasientenes behov for kontinuerlig, helhetlig og sømløs helsehjelp. Departementet har over flere år fremhevet behovet for mer og bedre samhandling, jf. samhandlingsreformen og oppfølging på nasjonalt, regionalt og lokalt nivå. I praksis vil og må derfor helseforetak og kommuner samarbeide tett om ivaretakelsen av pasientene for å kunne utføre sine lovpålagte ansvar for tjenestetilbudet, se omtale av samarbeid mellom kommuner og regionale helseforetak på side 333-335 i Prop. 91 L (2010-2011) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester.

Begrunnelsen for at kommunene i forsøket skal tillegges oppgaven med å drive DPS, er at kommunene har ansvaret for å yte øvrige helse- og omsorgstjenester, de kan ta ut synergieffekter, pasientens behov kan koordineres på en ny måte og det kan være bra for samhandlingen mellom nivåene. Forsøket har ikke til hensikt å legge til rette for at regionale helseforetak skal utnytte konkurransen i markedet.

4.7 Finansieringsordninger - administrative og økonomiske konsekvenser

4.7.1 Innledning

Finansieringen av det statlige psykiske helsevernet skjer i hovedsak over basisbevilgningen til RHF. I tillegg bevilges det noen relativt små beløp til ACT-team (tverrfaglige team som arbeider aktivt oppsøkende utenfor sykehus) og kompetansehevede tiltak.

Kommunalt psykisk helsearbeid finansieres gjennom kommunenes frie inntekter. I tillegg bevilges det øremerkede midler til kunnskaps- og kompetansetiltak, samt utviklingstiltak i tjenestene.

I henhold til forslaget skal det etableres en forsøksordning som åpner for forsøk med kommunal drift av noen DPS. Hvilke DPS og kommuner som ønsker å delta i slikt forsøk er naturlig nok ikke avklart ennå. Som tidligere nevnt skal aktuelle kommuner og regionale helseforetak som ønsker å delta i forsøket først forhandle om å inngå en avtale om forsøk, og deretter må dette godkjennes av Kommunal- og moderniseringsdepartementet.

4.7.2 Dagens finansiering av DPS

De totale driftskostnadene ekskl. pensjonskostnader for alle DPS i spesialisthelsetjenesten var om lag 7,5 mrd. kroner i 2014 ifølge Samdata 2014 fra Helsedirektoratet. Det ble utført om lag 6968 årsverk i samme år. Det finnes om lag 70 DPS, dvs. at gjennomsnittlig kostnad er på om lag 100 mill. kroner og 100 årsverk, men her vil det være store variasjoner fra DPS til DPS. Flere DPS vil ha et opptaksområde som dekker mer enn en kommune.

Driften ved DPSene finansieres i dag gjennom basisbevilgning fra eget regionalt helseforetak, gjestepasientoppgjør, takster fra helseøkonomiforvaltningen (HELFO) og egenbetaling fra pasienter. Takstene eller den aktivitetsbaserte finansieringen (takstrefusjoner og egenandeler) i poliklinikker er godkjent etter forskrift 19. desember 2007 nr. 1761 om godtgjørelse av utgifter til helsehjelp som utføres poliklinisk ved statlige helseinstitusjoner og ved helseinstitusjoner som mottar driftstilskudd fra regionale helseforetak.

Helsedirektoratet utreder en overgang fra takstrefusjoner til ISF-refusjoner for poliklinikker innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling med sikte på implementering fra 2017. Takstene fra HELFO dekket ifølge SSB 8,6 pst. av kostnadene, mens egenbetaling fra pasienter dekket 7,4 pst. av kostnadene.

4.7.3 Avtale om overføring av midler fra regionale helseforetak direkte til kommuner

Siden det ikke vil være kjent på forhånd hvilke og hvor mange DPSer og kommuner som skal inngå avtale om deltagelse i forsøket, vil det trolig ikke være hensiktsmessig å flytte

midler fra Helse- og omsorgsdepartementets budsjettkapitler til Kommunal- og moderniseringsdepartementets budsjettkapitler. Det vil heller ikke være særlig treffsikkert å flytte midler til kommunenes inntektsrammer i og med at det trolig kun skal gjennomføres forsøk i noen kommuner.

Departementet mener derfor at den beste løsningen trolig vil være at det økonomiske oppgjøret avtales lokalt. Det gjøres ingen endringer i overføringene fra statsbudsjettet fra henholdsvis Helse- og omsorgsdepartementet og Kommunal- og moderniseringsdepartementet til de regionale helseforetakene og kommunene som skal delta i forsøket. Helse- og omsorgsdepartementet kan stille krav til de regionale helseforetakene i oppdragsdokumentene eller som eier pålegge de regionale helseforetakene å overføre midler gjennom avtalene med kommunene.

Helse- og omsorgsdepartementet ber høringsinstansene særskilt kommentere departementets vurdering av at det økonomiske oppgjøret bør avtales lokalt.

4.7.4 Prinsipper for å beregne overføring av midler

Slik departementet vurderer det bør grunnlaget for overføringen være det regionale helseforetakets kostnader for drift av det aktuelle DPS. Målepunktet bør være siste kjente regnskapsår korrigert for generell vekst, herunder kompensasjon for lønns- og prisvekst. Kommunen som drifter DPSet bør bære de fulle kostnader ved å drive DPSet. Dette forutsetter at kommunen får inndekning også for eventuelle kapitalkostnader eller eventuelle husleiekostnader. Årlig regulering av overføringen bør skje på grunnlag av den generelle prosentvise inntektsvekst for det regionale helseforetaket.

Helse- og omsorgsdepartementet ber høringsinstansene særskilt kommentere departementets vurdering av hvilke prinsipper som bør ligge til grunn for å beregne overføring av midler fra det regionale helseforetaket til kommunen, herunder hva som bør kunne være gjenstand for forhandlinger mellom det regionale helseforetaket og kommunen.

Det bør kunne avtales, direkte mellom ansvarlig kommune og det regionale helseforetaket, mulige tilleggsmidler ved eventuelt nye tjenestetilbud eller forutsetninger om andre vesentlige endringer i tjenestetilbudet ved DPSet. Avtalen mellom ansvarlig kommune og det regionale helseforetaket må også sikre at det regionale helseforetak kan oppfylle sitt lovbestemte sørge for-ansvar, samtidig som kommunens frihet til å organisere tjenestene ivaretas. Det vil, for eksempel, være viktig at kommunene har dialog med regionalt helseforetak før det gjennomføres vesentlige endringer i tjenestetilbudet eller organiseringen av dette. Avtalene må inneholde en omforent tilnærming ved tvister, og regjeringen vil vurdere om tvisteløsningsnemnda som ble opprettet ved innføring av samhandlingsreformen kan fylle en slik rolle.

Takstrefusjoner fra staten (HELFO) er regulert gjennom forskrift 19. desember 2007 nr. 1761 om godtgjørelse av utgifter til helsehjelp som utføres poliklinisk ved statlige helseinstitusjoner og ved helseinstitusjoner som mottar driftstilskudd fra regionale helseforetak. Departementet foreslår ingen endringer i finansieringsordningene som følge

av forsøksordningen. Det betyr at regionalt helseforetak fortsatt vil være mottaker av eventuelle aktivitetsbaserte inntekter ved det aktuelle DPSet og at det spesifiseres i avtalen at disse midlene videreføres til de aktuelle kommunene. Dette vil være i tråd med gjeldende praksis i avtalene med private og prinsippet om at midler fra staten skal følge sørge for-ansvaret.

5 Overføring av ansvaret for tannhelsetjenester fra fylkeskommunen til kommunen

5.1 Tidligere vurderinger av forvaltningsnivå for tannhelsetjenesten

Frem til 1. januar 2002 var fylkeskommunen tillagt ansvar både for tannhelsetjenester og spesialisthelsetjenester i henhold til tannhelsetjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven. I forbindelse med forslaget om overføring av ansvaret for spesialisthelsetjenesten fra fylkeskommunene til staten ved de regionale helseforetakene, ble også spørsmålet om forankring av ansvaret for offentlige tannhelsetjenester vurdert uten noen klar tilråding. Konklusjonen etter høringen var at tannhelsetjenesten inntil videre skulle videreføres som et fylkeskommunalt ansvar.

Spørsmålet om fremtidig forvaltningsnivå for tannhelsetjenester ble videre vurdert i St.meld. nr. 12 (2006-2007) *Regionale fortrinn – regional framtid*, hvor det ble foreslått å overføre dagens fylkeskommunale oppgaver til de nye folkevalgte regionene, med mulig unntak av tannhelsetjenesten, som skulle drøftes i sin helhet i den kommende stortingsmeldingen om tannhelsetjenester. Flertallet i kommunal- og forvaltningskomiteen på Stortinget sa seg enig i dette, jf. Innst. S. nr. 166 (2006-2007), punkt 2.1.2.8, side 24, og uttalte i den forbindelse:

"Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Venstre er enig i at det tas stilling til framtidig organisering av tannhelsetjenesten ved Stortingets behandling av den varslede stortingsmeldingen. På grunnlag av at tannhelsetjenesten i dag ligger under fylkeskommunene som dagens regionale nivå, legger flertallet til grunn at det må sterke grunner til dersom tannhelsetjenesten skal gis en annen plassering."

I St.meld. nr. 35 (2006-2007) *Tilgjengelighet, kompetanse og sosial utjevning. Framtidas tannhelsetjenester* ble det foreslått å videreføre og styrke tannhelsetjenesten som en regional tannhelsetjeneste. Vurderingen i stortingsmeldingen var at det ikke forelå noen sterke grunner for å gi tannhelsetjenesten en annen forvaltningsmessig forankring, jf. punkt 7.1.5 side 91 i meldingen. Flertallet i helse- og omsorgskomiteen på Stortinget hadde ingen merknader til dette, jf. Innst. S. nr. 155 (2007-2008).

5.2 Forslaget i Oppgavemeldingen og Stortingets behandling av meldingen

5.2.1 Overføring av den offentlige tannhelsetjenesten til kommunene

I Oppgavemeldingen foreslås det blant annet å overføre det offentliges ansvar for tannhelsetjenester fra fylkeskommunen til kommunen. Oppgaveoverføringen på tannhelsefeltet er nærmere omtalt i punkt 5.3.1 side 40-42 i meldingen. Helse- og omsorgsdepartementets vurdering gjengis her i sin helhet:

"Etter departementets vurdering vil det være fordeler ved å overføre det fylkeskommunale ansvaret for tannhelsetjenesten til større og mer robuste kommuner. Tannhelsetjenesten har grenseflater mot kommunale tjenesteområder, og det vil kunne gi god effekt å organisere og integrere allmenntannhelsetjenester med det kommunale helsefremmende og forebyggende arbeid og med helse- og omsorgstjenesten i kommunen. Organisatorisk og faglig integrering av allmenntannhelsetjenester med øvrige kommunale helse- og omsorgstjenester vil gi bedre muligheter til å ivareta det samlede tjenestebehov, spesielt overfor dem med særskilte og store hjelpebehov. Et eksempel er personer med rett til individuell plan.

En overføring av den fylkeskommunale tannhelsetjenesten til større kommuner vil innebære at kommunene overtar driften av de offentlige tannklinikkene som fylkeskommunene har etablert. Det vil være opp til den enkelte kommune å avgjøre i hvilken grad den vil opprettholde eller endre klinikkstrukturen som skal gjelde for egen kommune. En ansvarsoverføring vil kunne medføre smådriftsulemper dersom det er kommuner som også etter endringer i kommunestrukturen står uten tannklinikk i egen kommune, og må bygge opp nye tilbud. Et alternativ for disse kommunene kan være å samarbeide med andre kommuner om tilgjengelighet og tjenestetilbud, eller eventuelt å kjøpe tjenester fra private tjenesteutøvere. Dette vil også kunne gjelde tannlegevakt, tannhelsetilbud til personer med særskilte behov, opplæring og lignende. Større kommuner vil etter departementets vurdering kunne organisere tannhelsetjenestene på en god og kostnadseffektiv måte.

Ved en overføring av allmenntannhelsetjenestene til kommunene, er det etter departementets vurdering mest hensiktsmessig at også ansvaret for spesialisttannhelsetjenester overføres. Dette omfatter spesialisttannhelsetjenester for grupper med rettigheter og øvrig ansvar for spesialisttjenester etter tannhelsetjenesteloven. Hovedbegrunnelsen for dette er at tannlegespesialistene i hovedsak samarbeider med allmenntannlegene. I dag drives opplæring, veiledning, fagutvikling og klinisk forskning rettet mot fylkeskommunale allmenntannhelsetjenester ut fra regionale kompetansentre og fra fylkeskommunale tannklinikker med ansatte tannlegespesialister. Spesialistene bistår med råd og veiledning i diagnostikk og behandling overfor henvisende allmennpraktikere. Dette foregår også ved at allmennpraktikere hospiterer på klinikker/kompetansentre med tannlegespesialister. Personer med omfattende og sammensatte tannbehandlingsbehov vil også være best tjent med at det samlede tannhelsetjenestetilbud er samlet på ett forvaltningsnivå. Kommuner som ikke har ansatt egne spesialister eller som ikke har organisert regionale odontologiske kompetansentre vil kunne samarbeide med kommuner som har slike tjenester, eventuelt kjøpe tjenester fra private. Private tannlegespesialister vil kunne fortsette sin praksis uavhengig av oppgaveoverføring ettersom det ikke eksisterer et driftsavtalesystem for disse.

Et alternativ kunne være å overføre ansvaret for spesialisttannhelsetjenester til helseforetakene. Den tette integrasjonen mellom tannlegespesialistene og allmenntannlegene tilsier imidlertid at dette ikke vil være en god løsning. Departementet ser heller ingen kostnadmessige fordeler ved dette. Behovet for samarbeid mellom tannlegespesialister og spesialisthelsetjenesten om utredning, diagnostikk og behandling av pasienter vil kunne ivaretas på ordinær måte innenfor gjeldende systemer. Formalisering av forskningssamarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og regionale odontologiske kompetansesentre og andre forskningsmiljøer i kommunene, ivaretas i samarbeidsavtaler mellom helseforetak og kommunene.

Etter en samlet vurdering foreslår departementet at allmenntannhelsetjenesten, spesialisttannhelsetjenesten og fylkeskommunenes ansvar etter tannhelsetjenesteloven overføres til større og mer robuste kommuner. Det skal utredes nærmere hvordan og når implementeringen skal skje."

Gjennom behandlingen av Meld. St. 14 (2014-2015), jf. Innst. 333 S (2014-2015) den 9. juni 2015, sluttet et flertall på Stortinget seg blant annet til forslaget om å overføre ansvaret for tannhelsetjenester til større og mer robuste kommuner. Flertallet i kommunal- og forvaltningskomiteen avga i den forbindelse følgende merknad:

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

5.2.2 Føringer for fremtidig lovregulering - generalistkommuneprinsippet mv.

Dette høringsnotatet inneholder forslag til fremtidig regulering av det offentliges ansvar for tannhelsetjenester på kommunalt nivå, jf. Oppgavemeldingen hvor det fremgår at det skal utredes nærmere hvordan implementeringen skal skje. I høringsnotatet vises det gjennomgående til "kommunen" i entall når det gjelder omtalen av de ulike temaene og hvem som er pliktsubjekt for lovforslaget. Dette er en bevisst formulering og har sammenheng med at generalistkommuneprinsippet fortsatt skal være hovedmodellen for kommunesektoren. Det vises til Kommunal- og moderniseringsdepartementets drøftinger i Meld. St. 14 (2014-2015) punkt 3.4 side 21-24. Det betyr at ansvaret for tannhelsetjenester skal tilligge hver enkelt kommune, slik det er for fylkeskommunene i dag. Oppgavemeldingen legger ikke opp til et system med oppgavedifferensiering ut fra størrelsen på kommunene (innbyggertall).

Ved behandlingen av Oppgavemeldingen, jf. Innst. 333 S (2014-2015) punkt 1.2 side 10, understreket flertallet i kommunal- og forvaltningskomiteen på generelt grunnlag viktigheten av at brukernes individuelle rettigheter skal ligge fast.

Videre understreket komitéflertallet at generalistkommuneprinsippet ligger fast som hovedregel for kommunesektoren, jf. Innst 333 S (2014-2015) punkt 3.2 side 20. Om behovet for interkommunalt samarbeid uttalte komitéflertallet følgende:

"Flertallet er samtidig opptatt av å unngå ujevn kvalitet på offentlige tjenester som følge av for store ulikheter i kompetanse, inntekter og andre lokale ressurser. Interkommunalt

samarbeid kan være fordelaktig for kommunene både når det gjelder økonomi og tjenestekvalitet, men gir utfordringer når det gjelder styring og kontroll. Et for stort omfang av interkommunale samarbeid bidrar til uthuling og forvitring av kommunene.

Flertallet mener derfor at omfanget av interkommunalt samarbeid må begrenses, og mener at kommuner som ikke er i stand til å utføre sine lovpålagte oppgaver, bør slå seg sammen med aktuelle nabokommuner og dermed sikre bedre folkevalgt styring i en større kommune. Flertallet støtter forslaget om at det skal utredes en hjemmel som avklarer hvordan man gjennom pålagt samarbeid skal sikre tjenestekvalitet og rettssikkerhet for innbyggerne i tilfeller der en kommune ikke kan ivareta dette ansvaret."

Departementet viser til at det er en sentral forutsetning i Oppgavemeldingen at det fremover blir færre, men større kommuner som vil være i stand til å utføre nye oppgaver, blant annet på tannhelsefeltet. Utfordringen er å ivareta dette ansvaret i en situasjon med potensielt fortsatt mange små kommuner uten egen tannklinikk og ingen eller få private ytere av tannhelsetjenester. Utfordringen er også hvordan små kommuner skal oppfylle sitt ansvar for at odontologiske spesialisttjenester er tilgjengelige for alle som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen. Departementet legger til grunn at interkommunalt samarbeid kan være en av flere løsninger på disse utfordringene. Det vises til omtalen av mulige modeller for interkommunalt samarbeid under punkt 5.22.4.

5.3 Dagens tannhelsetjeneste – særpreg, gjeldende rett og utviklingstrekk

5.3.1 Særpreg

Den fylkeskommunale tannhelsetjenesten inngår som en del av den samlede offentlige helse- og omsorgstjenesten i landet, men skiller seg likevel ut på flere områder. Dette gjenspeiles ved at fylkeskommunens lovpålagte sørge for ansvar er begrenset til å gi et tannhelsetilbud til enkelte persongrupper i befolkningen. Det er bare disse gruppene som har rett til et regelmessig og oppsøkende tannhelsetilbud, herunder nødvendig tannhelsehjelp fra fylkeskommunen. For den øvrige befolkningen er sørge for ansvaret begrenset til at tannhelsetjenester i rimelig grad skal være tilgjengelige.

Videre er innslaget av private tjenesteytere generelt langt større innenfor tannhelsesektoren sammenlignet med øvrige helse- og omsorgstjenester. Den voksne delen av befolkningen har som regel ikke rettskrav på tannhelsehjelp fra fylkeskommunen og betaler stort sett selv sine utgifter til tannbehandling.

Fylkeskommunens ansvar særpreges dermed ved at den har et begrenset ansvar for tannhelsetjenester til voksenbefolkningen, sammenlignet med kommunens ansvar for øvrige helse- og omsorgstjenester. Tannhelsetjenester til voksne ytes i hovedsak av privatpraktiserende tannhelsepersonell uten avtale med fylkeskommunen. Dette i motsetning til helse- og omsorgstjenestene for øvrig, som i større grad er organisert gjennom avtaler med private tjenesteytere og som i større grad finansieres av det offentlige gjennom statlig rammetilskudd til kommuner, skatteinntekter og gjennom statlig basisbevilgning til de regionale helseforetakene. I tillegg kommer universelle stønadsordninger i folketrygdloven

kapittel 5. Folketrygdens stønadsordninger til tannbehandling hos tannlege og tannpleier er derimot begrenset til tannbehandling ved visse typer diagnoser, sykdom eller lidelser.

5.3.2 Gjeldende rett

Det offentliges ansvar for tannhelsetjenester er i dag regulert i lov 3. juni 1983 nr. 54 om tannhelsetjenesten (tannhelsetjenesteloven) som trådte i kraft 1. januar 1984.

Tannhelsetjenesteloven har som nevnt begrenset betydning for den voksne delen av befolkningen. I tillegg særpreges loven av en vektlegging av forebyggende og helsefremmende tiltak. Fylkeskommunens ansvar etter tannhelsetjenesteloven består dels av et *befolkningsansvar* og dels av et *gruppeansvar*. Befolkningsansvaret kan igjen deles opp i et tilgjengelighetsansvar og et folkehelseansvar. *Tilgjengelighetsansvaret* består i å sørge for at tannhelsetjenester, herunder spesialisttjenester, i rimelig grad er tilgjengelige for alle som bor eller midlertidig oppholder seg i fylket. *Folkehelseansvaret* består i sørge for nødvendige helsefremmende og forebyggende tiltak overfor hele befolkningen i fylket. Gruppeansvaret har også et klart folkehelseelement ved at det består i å gi et regelmessig og oppsøkende tilbud til bestemte persongrupper i befolkningen som er nevnt i tannhelsetjenesteloven (prioriterte grupper). Det er bare gruppene som er listet opp i loven som har lovfestede rettigheter til nødvendig tannhelsehjelp, helt eller delvis vederlagsfritt, fra fylkeskommunen.

Nedenfor gis en kort beskrivelse av hovedinnholdet i tannhelsetjenesteloven. En nærmere beskrivelse av gjeldende rett vil bli gitt under behandlingen av de enkelte temaene i punkt 5.6 til 5.21.

Etter tannhelsetjenesteloven § 1-1 skal fylkeskommunen sørge for at tannhelsetjenester, inkludert spesialisttjenester, i rimelig grad er tilgjengelige for alle som bor eller midlertidig oppholder seg i fylket. Dette innebærer at fylkeskommunen er ansvarlig for at det er tilfredsstillende tilgang på tannhelsetjenester til hele befolkningen i fylket. Etter tannhelsetjenesteloven § 1-4 har fylkeskommunen også ansvar for å samordne virksomheten med privat sektor.

For å ivareta samordnings- og tilgjengelighetsansvaret må fylkeskommunen ha oversikt over de samlede tannhelseressursene i fylket, både offentlige og private. Dette inkluderer også spesialisttannleger. Det er fri etableringsrett for tannpleiere og tannleger. Privatpraktiserende tannpleiere og tannleger vil primært etablere seg i områder hvor det antas å være tilstrekkelig etterspørsel etter tannhelsetjenester fra voksne personer, siden de er avhengige av et næringsgrunnlag. I områder med spredt bosetting og små befolkningsentre vil som regel det meste av tannhelsetilbudet til den voksne befolkningen ivaretas av den fylkeskommunale tannhelsetjenesten. I områder med begrenset tilbud fra private tjenesteytere må fylkeskommunen dermed kompensere for dette ved å øke tilbudet i egen regi for på den måten å kunne ivareta ansvaret for at tannhelsetjenester i tilstrekkelig grad er tilgjengelige for hele befolkningen.

I likhet med lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, bygger tannhelsetjenesteloven på prinsippet om at fylkeskommunen har frihet til selv å velge hvordan den vil organisere

tjenesteyting som den er pålagt ansvaret for. Fylkeskommunen kan inngå avtale med private tannleger om å utføre tjenester på vegne av fylkeskommunen, jf. tannhelsetjenesteloven §§ 4-1 og 4-2. Det meste av fylkeskommunens tannhelsetilbud ivaretas i dag av egne ansatte.

På befolkningsnivå har fylkeskommunen også et ansvar for å fremme tannhelsen i befolkningen, jf. tannhelsetjenesteloven § 1-2. Fylkeskommunen skal videre ved sin tannhelsetjeneste sørge for nødvendig forebygging og behandling samt drive opplysningsvirksomhet for å fremme tannhelsen, både overfor den enkelte pasient og overfor allmennheten. Det følger av tannhelsetjenesteloven § 1-3 første ledd at fylkeskommunen skal organisere forebyggende tiltak for hele befolkningen i fylket. Det helsefremmende og forebyggende arbeidet utenfor tannklinikken utføres i hovedsak av tannpleiere.

I tillegg har fylkeskommunen ansvar for å gi et regelmessig og oppsøkende tannhelsetilbud, inkludert spesialistbehandling, til prioriterte persongrupper som har rettigheter etter loven, jf. tannhelsetjenesteloven § 1-3 første ledd bokstav a til e. Alle som nevnt i § 1-3 har rett til nødvendig tannhelsehjelp i den fylkeskommune der de bor eller midlertidig oppholder seg, jf. loven § 2-1. Retten til nødvendig tannhelsehjelp etter § 2-1 korresponderer med fylkeskommunens plikt til å gi et regelmessig og oppsøkende tilbud etter § 1-3 første ledd.

Følgende grupper har rett til nødvendig tannhelsehjelp fra fylkeskommunen:

- Barn og ungdom fra fødsel til og med det året de fyller 18 år
- Psykisk utviklingshemmede i og utenfor institusjon
- Eldre, langtidssyke og uføre i institusjon og hjemmesykepleie
- Ungdom som fyller 19 eller 20 år i behandlingsåret
- Andre grupper som fylkeskommunen har vedtatt å prioritere.

Fylkeskommunens ansvar for tannhelsetjenester til voksne over 20 år som ikke omfattes av noen av gruppene som nevnt over, er regulert i tannhelsetjenesteloven § 1-3 tredje ledd.

Tannhelsetjenesten finansieres i hovedsak gjennom fylkeskommunens frie inntekter samt brukerbetaling/egenandeler. Tannhelsetjenesteloven §§ 5-1 og 5-2 slår fast det finansielle ansvarsprinsipp ved at utgifter til tjenester som fylkeskommunen har ansvar for, skal dekkes gjennom fylkeskommunens frie inntekter; det vil si rammetilskudd fra staten og skatteinntekter. Betaling for tannhelsehjelp fra fylkeskommunen er regulert i tannhelsetjenesteloven § 2-2 og forskrift 24. mai 1984 nr. 1268 om vederlag for tannhelsetjenester i den offentlige tannhelsetjenesten. Forskriften er nærmere omtalt under punkt 5.19.2.

Fylkeskommunen skal også dekke reiseutgifter for personer i de prioriterte gruppene i forbindelse med tannbehandling som ytes av fylkeskommunen, jf. tannhelsetjenesteloven § 5-1 tredje ledd. Fylkeskommunen fastsetter selv bestemmelser om dekningens størrelse.

Fylkeskommunens plikt til å medvirke til undervisning og praktisk opplæring av tannhelsepersonell, herunder etter- og videreutdanning, fremgår av tannhelsetjenesteloven § 6-1.

Klageadgangen over manglende tannhelsehjelp fra fylkeskommunen er regulert i tannhelsetjenesteloven § 2-3. Det er gitt bestemmelser om tilsyn i loven § 6-2. For øvrig inneholder loven §§ 1-3a, 1-3b, 1-5 og 3-1 bestemmelser om særskilte plikter knyttet til

planlegging og tilrettelegging, registrering av tannhelsepersonell i fylket, utlevering av opplysninger til fylkesadministrasjonen og politiattest for tannhelsepersonell.

5.3.3 Utviklingstrekk

5.3.3.1 Omfang av tjenestetilbud innenfor den fylkeskommunale tannhelsetjenesten

Om lag 1,4 mill. av landets innbyggere har rettigheter etter tannhelsetjenesteloven. Disse har rett til nødvendig tannhelsehjelp gjennom et oppsøkende og regelmessig tilbud. På landsbasis ble i 2014 om lag 870 000 personer med rettigheter etter loven undersøkt/behandlet. Mange av dem som ikke ble undersøkt/behandlet har ikke benyttet seg av sin rett til tannhelsehjelp eller ble vurdert å ikke ha behov for undersøkelse det året. I tillegg ble om lag 203 000 voksne uten rettigheter etter tannhelsetjenesteloven og som derfor selv betaler for tannbehandlingen, undersøkt/behandlet. Dette utgjør drøye 5 prosent av befolkningen over 20 år. Antall voksne uten rettigheter etter tannhelsetjenesteloven som blir behandlet av fylkeskommunen, har økt med om lag 5 prosent fra 2008 til 2014.

Fylkeskommunen står fritt til å tilby tannbehandling mot betaling til personer som ikke omfattes av de prioriterte gruppene. Fylkeskommunen fastsetter selv pris på sine tjenester til disse. Som omtalt foran er omfanget av slikt tilbud størst i områder med lavt eller ingen tilbud fra privat tannhelsetjeneste.

Fylkeskommunenes brutto driftsutgifter til tannhelsetjenester var i 2014 om lag 3,3 mrd. kroner. Dette omfatter også fylkeskommunens kostnader til helsefremmende og forebyggende arbeid, spesialisttannhelsetjenester (inklusive regionale odontologiske kompetansesentre) og tannhelsetjenester til den voksne befolkningen over 20 år. Fratrullet pasientinntekter fra voksne og andre egenandeler/inntekter, var netto driftsutgifter i 2014 om lag 2,37 mrd. kroner.

De fleste voksne over 20 år har ikke rettigheter etter tannhelsetjenesteloven, og oppsøker i hovedsak private tjenesteytere. Det er fri prissetting for tannpleiere og tannleger. Pasientene må selv betale for behandlingen. Dette gjelder uavhengig av om de får dekket sitt behandlingsbehov i privat tannhelsetjeneste eller av fylkeskommunen. Personer over 20 år med nærmere definerte diagnoser, sykdommer eller tilstander, vil ha rett til stønad fra folketrygden til dekning av utgifter til tannbehandling.

Blant de persongruppene som i dag har rettigheter til tannhelsehjelp fra fylkeskommunen, finner vi blant annet barn og unge til og med fylte 20 år samt eldre som oppholder seg i institusjon eller mottar hjemmesykepleie. I Meld. St. 26 (2014-2015) *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet* er det gitt en beskrivelse av den demografiske utviklingen, jf. kapittel 11 i meldingen. Kombinasjonen av at vi lever lengre og store fødselskull, spesielt etter andre verdenskrig, medfører at vi vil få en større andel eldre de kommende årene. Befolkningssammensetningen endrer derfor karakter. Det er i dag om lag 1,1 million personer over 60 år i Norge. Andelen personer over 60 år er i 2013 høyere enn andelen under 15 år, og i 2050 vil det være dobbelt så mange eldre som barn og unge. Det forventes derfor at behovet for tannhelsehjelp blant eldre vil øke, mens behandlingsbehovet for barn og unge forventes å reduseres som følge av generelt bedret tannstatus. Overfor

enkelte grupper av barn og unge vil det imidlertid være et økende behov for forebyggende tannhelsearbeid.

5.3.3.2 Personell, organisering og klinikkstruktur

Personell

I henhold til KOSTRA-statistikk fra Statistisk sentralbyrå (SSB) ble det i 2014 samlet sett utført drøye 10 600 årsverk i offentlig og privat tannhelsetjeneste. Av disse årsverkene var om lag 4 100 utført av tannhelsesekretærer, om lag 860 av tannpleiere og om lag 4 500 av tannleger. Om lag 10 prosent av tannlegeårsverkene var årsverk utført av tannlegespesialister. Rundt 90 prosent av tannlegespesialistene arbeider i privat sektor. Privat sektor utgjør ca. 70 prosent av de samlede årsverkene, mens offentlig sektor utgjør resterende 30 prosent.

Over en lang periode har fylkeskommunene hatt problemer med å rekruttere tannleger, særskilt til små klinikker i distriktene, samt å få tannleger til å bli der over lengre tid. Tilgangen på tannleger på nasjonalt nivå ble fra 1980-årene lavere enn den samlede etterspørselen i både privat og offentlig sektor. Fylkeskommunene har langt på vei kunnet ivareta sitt lovpålagte ansvar i områder med ubesatte stillinger gjennom omdisponering av tannlegerressurser innad i fylket fra klinikker med stabil bemanning, uavhengig av kommunegrenser.

Utover 2000-tallet har antall tannleger som får norsk autorisasjon økt fra 134 i 2001 til 290 i 2014. Økningen skyldes dels at norske studenter fra 2003 fikk mulighet til å søke gebyrstipend for å studere odontologi i utlandet, og dels økning i antall tannleger i Norge med statsborgerskap og utdanning fra EØS-land som følge av at flere østeuropeiske land ble innlemmet i EU og EØS-samarbeidet i 2004 som innebærer krav om gjensidig godkjenning av yrkeskvalifikasjoner. Etableringen av tannlegeutdanningen ved Universitetet i Tromsø – Norges arktiske universitet – er det tiltaket som har hatt størst fordelingseffekt innenlands. De første tannlegene ble utdannet derfra i 2009. Rundt 80 prosent av de som er utdannet i Tromsø frem til 2015 har tatt arbeid som tannlege i de tre nordligste fylkene. Som eksempel kan nevnes at andelen ubesatte tannlegestillinger i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten i Finnmark er blitt redusert fra om lag 40 prosent i 2003 til 2,2 prosent i 2014. I samme periode ble antall ubesatte stillinger i Nordland fylke redusert fra om lag 30 prosent til 3 prosent. Per i dag er det Troms, Nord-Trøndelag og Møre og Romsdal som har høyest andel ubesatte tannlegestillinger. Andelen ubesatte tannpleierstillinger i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten har på landsbasis gått ned fra 7,5 prosent i 2008 til 3 prosent i 2014. I denne perioden er utdanningskapasiteten for tannpleiere økt fra om lag 60 til om lag 100 per år.

Organisering og klinikkstruktur

Den fylkeskommunale tannhelsetjenesten er som hovedregel organisert med ledelse i fylkeskommunens sentraladministrasjon. I enkelte fylkeskommuner er tannhelsetjenesten organisert som foretak. Felles for fylkeskommunene er at den utøvende tjenesten er organisert i enheter som kan omfatte personell og tannklinikker i flere kommuner innenfor det enkelte fylke. Om lag 45 av dagens kommuner er uten egen fylkeskommunal tannklinik.

I om lag 45 av de øvrige mindre kommunene er den eksisterende tannklinikken bemannet kun enkelte dager i uken eller noen dager per måned. Mange fylkeskommuner har de siste 5-10 årene gjennomført endringer i klinikkstrukturen gjennom etablering av større enheter i mer folkerike kommuner og nedleggelse av tannklinikker i de mindre kommunene. Enkelte fylkeskommuner er i ferd med å vedta planer om ytterligere endringer i klinikkstrukturen med færre og større klinikker. Formålet er blant annet å sikre stabil bemanning, bredt fagmiljø med tilgang til avansert utstyr og bedre muligheter til opplæring og fagutvikling.

Slik sentralisering gir mer robuste fagmiljøer, mulighet til mer effektiv oppgavedeling mellom tannpleiere og tannleger og dermed bedre utnyttelse av personellens kompetanse. Bedret tannhelse hos barn og unge innebærer at tidsintervallene for regelmessige undersøkelser har økt og at færre har behov for reparasjoner av tenner som følge av karies sykdom. Fortsatt har 5-10 prosent av barn og unge et stort behov for oppfølging. Dette er barn med særskilte behov, blant annet som følge av medfødte og andre underliggende medisinske lidelser. Tannpleiere er den personellgruppen som i økende grad ivaretar det regelmessige og oppsøkende tannhelsetilbudet og som henviser til tannlege ved behov.

Som beskrevet foran gir større tannklinikker et bredere fagmiljø med mindre sårbarhet ved fravær og ubesatte stillinger. Større klinikker kan utstyres med et bredere spekter av odontologisk utstyr og dermed ha større bredde i behandlingstilbudet. Dette gjelder for eksempel bruk av lystgass og team satt sammen av psykologer og tannleger som gir tilbud til pasienter med stor angst for tannbehandling (odontofobi). Store klinikker gir også mulighet til å ta imot tannlege- og tannpleierstudenter over lengre tid som en del av praksisopplæring under studiet. Store klinikker gir bedre muligheter til å delta i praksisnær klinisk forskning i samarbeid med de regionale kompetansesentrene og bedre forutsetninger for effektiv faglig rådgivning og veiledning fra tannlegespesialister.

Spesialisttannhelsetjenester og regionale odontologiske kompetansesentre

Fylkeskommunen har et overordnet ansvar for å sørge for at spesialisttannhelsetjenester er tilgjengelige for hele befolkningen i fylket. Det vises til nærmere omtale av dette ansvaret under punkt 5.8.3. Videre har fylkeskommunen et særskilt ansvar for å sørge for nødvendige spesialisttannhelsetjenester til personer med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven.

Helse- og omsorgsdepartementet har godkjent syv fagområder som odontologiske spesialiteter. Tannlegespesialister utdannes ved universiteter som utdanner tannleger, og ved universitetet i henholdsvis Bergen og Oslo foregår det meste av klinisk praksis på universitetsklinikk. Siden etableringen av spesialistutdanningen av tannleger på 1960-tallet har de fleste tannleger som søker spesialistutdanning, sin allmennpraksis fra privat sektor. Et flertall av spesialistkandidatene er fra områder som gjør det mulig med dagpendling til henholdsvis Bergen og Oslo. Tannlegespesialister utgjør om lag 10 prosent av de samlede tannlegeårsverkene i offentlig og privat sektor. Om lag 90 prosent av tannlegespesialistene arbeider i privat sektor. Dette utgjorde totalt rundt 420 årsverk i 2014. På landsbasis er det stor variasjon i dekningsgraden av tannlegespesialister, med høyest andel i Oslo og Hordaland.

Som oppfølging av vedtak i Stortinget fra 1998 har departementet siden 2002 gitt tilskudd til etablering av regionale odontologiske kompetansesentre (ROK). Kompetansesentrene eies og driftes av fylkeskommunene og er organisert etter ulike interkommunale samarbeidsmodeller, jf. beskrivelse av dette under punkt 5.22.4. Slike kompetansesentre er etablert i Nord-Norge (Tromsø), Midt-Norge (Trondheim), Vestlandet (Bergen og Stavanger), Sørlandet (Arendal) og Østlandet (Oslo). Kompetansesentrene har følgende hovedoppgaver:

- Klinisk, tverrfaglig spesialistbehandling basert på henvisning fra så vel offentlige som private tannklinikker samt enkelte henvisninger fra leger
- Opplæring, rådgivning og veiledning av personell på lokale fylkeskommunale tannklinikker i regionen
- Forskning og fagutvikling på tannhelsefeltet, i samarbeid med lokale tannklinikker, ulike øvrige helsefagmiljøer i regionen, med universitetene og med de øvrige kompetansesentrene
- Deltagelse i praksisdelen av utdanningen av tannlegespesialister.

I tillegg har flere fylkeskommuner ansatte tannlegespesialister i større tannklinikker. I 2014 var det samlede antall årsverk rundt 50 spesialistårsverk i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten. Dette er en økning fra om lag 30 årsverk i 2008.

Fylkeskommunene har i en kartlegging opplyst til departementet at etablering av slike sterke fagmiljøer i fylkeskommunal regi har vært viktig for rekruttering og stabilitet av tannhelsepersonell i fylket. De opplyser at etablering av regionale odontologiske kompetansesentre har ført til en markert kvalitetsforbedring av det offentlige tannhelsetilbudet til befolkningen. Dette fordi de lokale tannlegene kan henvise og/eller rådføre seg med spesialister innen alle de syv spesialitetene på en helt annen måte enn tidligere. Etablering av de odontologiske kompetansesentre og de fylkeskommunale spesialistklinikkene har også bidratt til en bedre geografisk fordeling av tannlegespesialister. Det påpekes fra fylkeskommunene at kompetansesentrene vil bli en bærebjelke i den framtidige kompetanse- og fagutvikling på tannhelsefeltet.

5.4 Utgangspunkt for lovforslaget i høringsnotatet

Det offentliges ansvar for tannhelsetjenester er i dag forankret på fylkeskommunalt nivå. Dette høringsnotatet inneholder forslag til fremtidig regulering av kommunens ansvar for tannhelsetjenester. Et sentralt spørsmål i den forbindelse er hvorvidt tannhelsetjenester bør reguleres i en egen kommunal tannhelsetjenestelov, det vil si en videreføring av dagens lovstruktur, eller om ansvaret for tannhelsetjenester bør reguleres sammen med øvrige kommunale helse- og omsorgstjenester i lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester (helse- og omsorgstjenesteloven). Valg av lovstruktur vil ha betydning for utformingen av lovforslaget. Spørsmålet om lovstruktur er nærmere drøftet under punkt 5.5.

Uavhengig av oppgaveoverføringen til kommunene, er det etter departementets vurdering behov for modernisering og harmonisering av innholdet i lovgivningen som regulerer det offentliges ansvar for tannhelsetjenester, med øvrig helselovgivning. Tannhelsetjenesteloven har ikke vært gjenstand for vesentlige innholdsmessige endringer

eller gjennomgående revisjon siden den ble vedtatt i 1983. Tannhelsetjenesteloven er innholdsmessig bygd over samme lest som kommunehelsetjenesteloven som ble vedtatt i 1982. Over tid har det imidlertid skjedd store endringer i lovverket for de øvrige offentlige helse- og omsorgstjenestene; det vil si den statlige spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Av særlig relevans for lovgivningen på tannhelsefeltet, er helse- og omsorgstjenesteloven som trådte i kraft 1. januar 2012 og som erstattet kommunehelsetjenesteloven og deler av sosialtjenesteloven av 1991. Behovet for harmonisering med innholdet i den øvrige helselovgivningen har vært der lenge, men gjør seg i særlig grad gjeldende når tannhelsetjenester blir et kommunalt ansvar på linje med en rekke andre helse- og omsorgstjenester. Behovet for harmonisering har igjen betydning for valg av lovstruktur.

Siden tannhelsetjenesteloven trådte i kraft i 1984, har det dessuten skjedd store endringer i organiseringen av det offentliges ansvar for helse- og omsorgstjenester.

Fylkeskommunens ansvar for sykehjemmene ble overført til kommunen i 1988 og ansvaret for spesialisthelsetjenesten ble overført fra fylkeskommunen til staten ved de regionale helseforetakene i 2002. Tannhelsetjenestelovens plikt- og rettighetsbestemmelser er med andre ord utformet med tanke på at fylkeskommunen opprinnelig har hatt et større samlet ansvar for helsetjenester enn hva den faktisk har i dag. Fylkeskommunens ansvar for odontologiske spesialisttjenester og tannhelsehjelp til pasienter under opphold i sykehjem og sykehus, er således videreført etter at ansvaret for disse institusjonene ble overført til henholdsvis kommunen og staten.

Departementet understreker at lovforslaget i dette høringsnotatet er resultat av en revisjon og innebærer ingen reform når det gjelder omfanget av det offentliges ansvar for tannhelsetjenester. Lovforslaget innebærer i hovedsak en videreføring av gjeldende rett etter tannhelsetjenesteloven, men med enkelte utvidelser av kommunens plikter på dette området sett i forhold til de plikter som fylkeskommunen har i dag. Lovforslaget viderefører i store trekk pasienters rettigheter til tannhelsehjelp slik disse i dag er nedfelt i tannhelsetjenesteloven, med enkelte justeringer som følge av endret begrepsbruk mv. Det foreslås å lovfeste kommunens ansvar for å tilby tannhelsetjenester til personer med rusavhengighet og innsatte i fengsler i kriminalomsorgen. Dette er i all hovedsak en kodifisering av gjeldende rett. Pasienters og brukeres prosessuelle rettigheter vil bli utvidet som følge av at pasient- og brukerombudsordningen også vil omfatte kommunale tannhelsetjenester. Det åpnes ikke i dette høringsnotatet opp for større grad av skjønnsutøvelse fra kommunens side når det gjelder å vurdere hvem som har behov for nødvendig tannhelsehjelp. Dette har sammenheng med at det ikke er aktuelt å innføre universelle rettigheter til nødvendig tannhelsehjelp for alle som oppholder seg i kommunen, på linje med det som gjelder for andre kommunale helse- og omsorgstjenester.

5.5 Lovstruktur for fremtidig regulering av kommunale tannhelsetjenester

Fylkeskommunens ansvar for tannhelsetjenester er i dag regulert i en egen lov. Tannhelsetjenesteloven er en kombinert tjeneste- og rettighetslov. Det betyr at fylkeskommunens plikter er regulert i loven sammen med bestemmelser om organisering, finansiering og tilsyn. Loven inneholder også egne bestemmelser om pasienters rettigheter, klageregler og betaling av vederlag.

Det må tas stilling til hvilken lovstruktur som bør legges til grunn for fremtidig regulering av kommunens ansvar for tannhelsetjenester. Departementet har i den sammenheng vurdert to mulige modeller:

1. Opprettholde dagens modell som innebærer en egen lov om tannhelsetjenester på kommunalt nivå
2. Innføre en todelt modell basert på lovstrukturen for den øvrige helse- og omsorgstjenesten, med regulering dels i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og dels i pasient- og brukerrettighetsloven.

5.5.1 Modell 1 – videreføre dagens lovstruktur

Modell 1 innebærer en videreføring av dagens lovstruktur med en egen tannhelsetjenestelov i form av en kombinert plikt- og rettighetslov. Fordelene ved en egen tannhelsetjenestelov fremfor regulering i helse- og omsorgstjenesteloven, er at man i større grad vil kunne "skreddersy" lovbestemmelser tilpasset den kommunale tannhelsetjenesten der det er behov for det, slik at man unngår utilsiktede rettsvirkninger av en mer generell regulering. En separat tannhelsetjenestelov vil synliggjøre kommunens ansvar for tannhelsetjenester og gi et oversiktlig lovverk. Det er imidlertid uansett behov for å harmonisere bestemmelsene i tannhelsetjenesteloven med mer moderne helselovgivning som lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og pasient- og brukerrettighetsloven. Det vil si at ved utforming av en egen tannhelsetjenestelov må det i alle tilfelle tas hensyn til at det allerede finnes nyere og mer gjennomarbeidet lovgivning som regulerer kommunens generelle ansvar for helse- og omsorgstjenester. Dersom man opprettholder dagens modell med en egen oppdatert tannhelsetjenestelov, vil det bety at man får to lover på kommunalt nivå med dobbelt sett av regler som blir nesten like. Videreføring av en egen tannhelsetjenestelov på kommunalt nivå vil dessuten i mindre grad bidra til helhetlige kommunale helse- og omsorgstjenester. En mellomløsning med videreføring av en egen tannhelsetjenestelov som en rendyrket pliktlov og hvor rettighetene til tannhelsetjenester flyttes til pasient- og brukerrettighetsloven, vil heller ikke løse utfordringen med dobbeltregulering på samme forvaltningsnivå.

5.5.2 Modell 2 – ta inn tannhelsetjenester i helse- og omsorgstjenesteloven

Modell 2 er i tråd med lovstrukturen som er valgt både for andre kommunale helse- og omsorgstjenester og for spesialisthelsetjenester. I denne modellen er henholdsvis kommunens og det regionale helseforetakets plikter regulert i de respektive tjenestelovene

sammen med bestemmelser om organisering, finansiering, tilsyn mv., mens pasientens rettigheter, klageregler mv. følger av pasient- og brukerrettighetsloven.

I forbindelse med arbeidet med harmonisering av den kommunale helse- og sosiallovgivningen (samhandlingsreformen), foretok departementet prinsipielle drøftinger omkring valg av lovmodell. Disse avveiningene kommer til uttrykk i Prop. 91 L (2010-2011) *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)* punkt 7.2.6 side 60-61:

"[...] På helseområdet har man i dag i hovedsak samlet rettighetsbestemmelser i pasientrettighetsloven og en dobbeltregulering av rettighetene kan skape uklarhet om hva som gjelder. Departementet vil derfor opprettholde forslaget om at ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester i størst mulig grad innrettes mot en rendyrket pliktlov eller tjenestelov for kommunen, selv om det kan være behov for å gjøre unntak fra dette prinsippet [...]."

I tråd med ovenstående foreslår departementet at flest mulig av dagens rettigheter samles i pasientrettighetsloven. Det vil være en fordel om pasienter og brukere i størst mulig grad kan forholde seg til en enkelt lov for å avklare sine rettigheter [...].

Departementets lovforslag bygger på at øvrig helselovgivning som utgangspunkt skal komme til anvendelse på alle tjenestene etter den nye loven. Dette betyr at klageadgang, personellets yrkesutøvelse m.m. vil bli regulert i andre lover, og at det i den nye loven som hovedregel ikke blir nødvendig å skille mellom helsetjenester og andre tjenester. [...]."

I tråd med ovennevnte føringer foreslår departementet at bestemmelser om kommunens fremtidige ansvar for tannhelsetjenester rendyrkes i en tjenestelov, mens pasientens rettigheter til tannhelsehjelp inntas i pasient- og brukerrettighetsloven. For øvrig gjelder den generelle helselovgivning, herunder helsepersonelloven mv. Med dette som utgangspunkt vil det være naturlig og hensiktsmessig å regulere kommunens fremtidige ansvar for tannhelsetjenester i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. Dagens system med en tannhelsetjenestelov foreslås således ikke videreført.

Begrunnelsen for valg av modell 2 er at denne modellen ivaretar behovet for forenkling, harmonisering og modernisering av regelverket for offentlige tannhelsetjenester. Samtidig unngår man unødvendig dobbeltregulering av helse- og omsorgstjenester på samme forvaltningsnivå. Videre vil det med denne modellen bli klart hvilke klageregler og regler om tilsyn som gjelder. En felles tjenestelov vil gi et mer oversiktlig og helhetlig regelverk, sammenlignet med regulering i to atskilte lover.

Et felles rettslig rammeverk kan også bidra til at tannhelse i større grad blir en integrert del av de øvrige kommunale helse- og omsorgstjenestene. Dette er i tråd med Primærhelsetjenestemeldingen, hvor departementet legger til grunn at tannhelsetjenester bør inngå i en helhetlig og koordinert kommunal helse- og omsorgstjeneste som fyller funksjonen som grunnmuren i pasientens helsetjeneste, jf. side 23 i meldingen. Felles regelverk kan bidra til bedre samarbeid innad i kommunen mellom tannhelsepersonell og annet personell, og mellom ulike kommunale virksomheter. Modellen legger også til rette for å se tannhelse i sammenheng med øvrige helsefaktorer knyttet til kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid. Videre vil en felles lov på en bedre måte kunne ivareta behovene til personer som trenger sammensatte tjenester/tverrfaglige tilbud og

gjøre det enklere for disse å orientere seg om kommunens plikter. Regulering av rettigheter til tannhelsehjelp i pasient- og brukerrettighetsloven sammen med andre helserettigheter, vil gi bedre oversikt og større forutsigbarhet for pasienter og brukere.

Det vil være behov for å ta inn enkelte særregler i helse- og omsorgstjenesteloven og pasient- og brukerrettighetsloven for å videreføre gjeldende rett når det gjelder det offentliges ansvar for tannhelsetjenester. Etter departementets vurdering er imidlertid behovet for særregler ikke av et slikt omfang at dette i seg selv tilsier at kommunens ansvar for tannhelsetjenester bør reguleres i en egen særlov. Departementet ber likevel høringsinstansene særskilt vurdere helheten i de valg som er gjort i kapittel 5 i høringsnotatet, herunder om det er behov for ytterligere særregler for tannhelsetjenesten sett i lys av at den i hovedsak er privat organisert og finansiert.

Den innholdsmessige oppbyggingen av kapittel 5 i høringsnotatet (punkt 5.6 til punkt 5.21) tar utgangspunkt i kapittelinnvidlingen i helse- og omsorgstjenesteloven og pasient- og brukerrettighetsloven og den tematiske plasseringen av de enkelte bestemmelsene i disse lovene.

5.6 Formål og virkeområde

Kapittel 1 i helse- og omsorgstjenesteloven inneholder bestemmelser om lovens formål og virkeområde.

5.6.1 Formål

5.6.1.1 Gjeldende rett

Formålet med helse- og omsorgstjenesteloven er angitt i § 1-1. Lovens formål er blant annet å forebygge, behandle og tilrettelegge for mestring av sykdom, skade, lidelse og nedsatt funksjonsevne. Loven skal også fremme sosial trygghet, bedre levekårene for vanskeligstilte, bidra til likeverd og likestilling samt forebygge sosiale problemer. Videre skal loven blant annet bidra til at ressursene utnyttes best mulig. I tillegg skal loven sikre et tilgjengelig tjenestetilbud for pasienter og brukere. En lignende formålsbestemmelse finnes i spesialisthelsetjenesteloven § 1-1.

Formålet med den fylkeskommunale tannhelsetjenesten fremgår av tannhelsetjenesteloven § 1-2. Fylkeskommunen er pålagt en plikt til å fremme tannhelsen i befolkningen og sørge for nødvendig forebygging og behandling. Videre skal fylkeskommunen spre opplysning om og øke interessen for hva den enkelte selv og allmennheten kan gjøre for å fremme tannhelsen. Formålsbestemmelsen i tannhelsetjenesteloven har primært et folkehelse- og forebyggingsperspektiv. Bestemmelsen er utformet etter mønster av formålsbestemmelsen i tidligere kommunehelsetjenesteloven § 1-2. Bestemmelsen er også en parallell til formålsbestemmelsen i folkehelseeloven § 1 og fylkeskommunens ansvar for å fremme folkehelse og samordne tiltak innenfor sine sektorområder etter folkehelseeloven § 20.

5.6.1.2 Departementets vurdering og forslag

Bestemmelsen i tannhelsetjenesteloven § 1-2 er utformet slik at den dels sier noe om tannhelsetjenestens formål og dels pålegger den fylkeskommunen ansvar for å sørge for

nødvendig forebygging og behandling. Etter departementets vurdering bør denne type bestemmelser i større grad rendyrkes til å si noe om *lovens* formål, slik det fremgår av helse- og omsorgstjenesteloven § 1-1. Deler av dagens formålsbestemmelse i tannhelsetjenesteloven som pålegger fylkeskommunen plikter knyttet til folkehelsearbeid, bør derfor ikke tas inn i formålsbestemmelsen i helse- og omsorgstjenesteloven. Kommunens ansvar for folkehelsearbeid på tannhelsefeltet bør i stedet inngå i bestemmelsen om helsefremmende og forebyggende arbeid i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-3. Se nærmere under punkt 5.10.

I Prop. 91 L (2010-2011) uttaler departementet blant annet følgende om formålsbestemmelsen i helse- og omsorgstjenesteloven, jf. punkt 7.3.5 side 64:

”Departementet mener det er viktig å utforme en formålsbestemmelse som presiserer et felles verdigrunnlag for den kommunale helse- og omsorgstjenesten. I tillegg må det legges vekt på å oppnå en formålsbestemmelse som kan bidra til å fremme samhandling mellom den kommunale helse- og omsorgstjenesten, spesialisthelsetjenesten og tannhelsetjenesten. Hovedinnholdet i sosialtjenesteloven bør videreføres.”

Etter departementets vurdering vil formålsbestemmelsen i helse- og omsorgstjenesteloven uten videre kunne omfatte kommunens fremtidige ansvar for tannhelsetjenester, uten at det er behov for å gjøre tilpasninger i lovteksten. Departementet viser til at de ulike hensynene som er nevnt i formålsbestemmelsen også gjør seg gjeldende for tannhelsetjenester. Formålet om at helse- og omsorgstjenesteloven skal bidra til at de samlede ressursene utnyttes best mulig, vil for eksempel gjenspeile den enkelte kommunes ansvar for å samordne offentlige og private tannhelsetjenester i kommunen.

Ansvar for å sørge for at tannhelsetjenester er tilgjengelige for befolkningen i kommunen, vil også reflekteres i lovens formålsbestemmelse. Hensynet til forebygging og behandling av sykdom, skade, lidelse og nedsatt funksjonsevne og det å fremme tannhelse, sosial trygghet og forebygge sosiale problemer er dessuten viktige hensyn som må ivaretas av tannhelsetjenesten. Det er av grunnleggende betydning for den enkelte å opprettholde eller gjenopprette tilstrekkelig tyggefunksjon til å få i seg næring. God tannstatus gir dessuten økt sosial trygghet og bidrar til å forebygge sosiale problemer.

5.6.1.3 Økonomiske og administrative konsekvenser

Forslaget om anvendelse av formålsbestemmelsen i helse- og omsorgstjenesteloven § 1-1 på tannhelsetjenester vil ikke i seg selv innebære nye plikter for kommunen og vil derfor ikke ha økonomiske eller administrative konsekvenser.

5.6.2 Virkeområde

5.6.2.1 Saklige virkeområde

Gjeldende rett

Helse- og omsorgstjenesteloven § 1-2 første ledd angir det saklige virkeområdet for loven. Loven gjelder for "helse- og omsorgstjenester" som tilbys av kommunen eller private som kommunen har avtale med. Dette er et samlebegrep for tjenester og tiltak

etter loven. Tjenestene er i utgangspunktet likt regulert. Vanligvis er det derfor ikke nødvendig med en nærmere grenseoppgang mellom begrepene "helsetjenester" og "omsorgstjenester". Hvilke konkrete tjenester som omfattes av kommunens ansvar, er nærmere angitt i loven § 3-2 første ledd. Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 fjerde ledd inneholder en negativ avgrensning av det saklige området for kommunens ansvar for helse- og omsorgstjenester. Kommunens helse- og omsorgstjeneste omfatter offentlig organiserte helse- og omsorgstjenester som ikke hører under stat eller fylkeskommune. Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om hva som er helse- og omsorgstjenester etter loven. Slik forskrift er ikke gitt.

Som hovedregel gjelder helse- og omsorgstjenesteloven for tjenester som ytes av private som har avtale med kommunen. Dette gjelder med mindre annet følger av lovens enkelte bestemmelser. Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om privat helsevirksomhet og stille krav til private tjenesteytere som ikke har avtale med kommunen, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 fjerde ledd andre punktum.

Begrepet "helse- og omsorgstjenester" har en parallell i pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3 bokstav d, hvor det er gitt en definisjon av "helse- og omsorgstjenesten". Dette uttrykket er av mer organisatorisk art og gir en videre beskrivelse av hele sektoren som yter helse- og omsorgstjenester på ulike forvaltningsnivåer. Av bestemmelsen i pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3 bokstav d fremgår at helse- og omsorgstjenesten omfatter både den kommunale helse- og omsorgstjenesten, spesialisthelsetjenesten, tannhelsetjenesten og private tilbydere av helse- og omsorgstjenester. Det vil si at pasient- og brukerrettighetsloven får anvendelse på tannhelsetjenester som ytes av fylkeskommunen eller av private etter avtale med fylkeskommunen.

Tannhelsetjenesteloven har ingen egen virkeområdebestemmelse. Det fremgår flere steder i loven at den gjelder for "tannhelsetjenester" som hører under "Den offentlige tannhelsetjenesten" og "fylkeskommunen". Loven omfatter både allmenntannhelsetjenester og odontologiske spesialisttjenester. I tillegg omfatter loven private tannleger som utfører behandling etter avtale med fylkeskommunen. Loven gjelder ikke direkte for private tannleger som ikke har slik avtale. Tannhelsetjenesteloven omhandler kun det offentliges ansvar for tannhelsetjenester og privatpraktiserende tannleger uten avtale kan ikke pålegges forpliktelser etter loven. Privatpraktiserende tannleger vil bare bli berørt i den grad fylkeskommunen inngår avtale med dem om ytelse av tjenester til de prioriterte gruppene. Loven regulerer heller ikke forholdet til annet privat tannhelsepersonell enn tannleger, som for eksempel tannpleiere. For nærmere omtale av forholdet til privat tannhelsevirksomhet, se punkt 5.11.

Tannhelsetjenester som utføres av autorisert helsepersonell vil falle under definisjonen av helsehjelp i lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven) § 3 nr. 1 og pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3 bokstav c. Med "helsehjelp" menes enhver handling som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål og som utføres av helsepersonell. Tilsvarende gjelder for tannhelsehjelp som ytes av annet personell, jf. helsepersonelloven § 3 nr. 2 og pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3 bokstav e. Det betyr at i den grad

personell uten autorisasjon eller lisens yter tannhelsehjelp, vil både helsepersonelloven og pasient- og brukerrettighetsloven få anvendelse på virksomheten.

Departementets vurdering og forslag

Departementet legger etter dette til grunn at tannhelsetjenester vil inngå som en naturlig del av samlebegrepet "kommunale helse- og omsorgstjenester" og dermed uten videre kunne omfattes av helse- og omsorgstjenestelovens saklige virkeområde.

Tannhelsetjenester blir på denne måten rettslig likestilt med øvrige kommunale helse- og omsorgstjenester. Det betyr at lovens bestemmelser som utgangspunkt gis full anvendelse også for tannhelsetjenester, med mindre det er åpenbart at de ikke passer. Eksempler på sistnevnte er bestemmelser om omsorgslønn, boliger til vanskeligstilte og sprøyterom. Det er likevel behov for en viss grad av særregulering når det gjelder tannhelsetjenester. Dette er særlig aktuelt når det gjelder regulering av kommunens ansvar for å sørge for tannhelsetilbud til visse persongrupper. Rekkevidden av og innholdet i kommunens sørge for ansvar for tannhelsetjenester vil være noe mer begrenset enn kommunens ansvar for de øvrige helse- og omsorgstjenestene. Det vil derfor være behov for å synliggjøre dette i de aktuelle lovbestemmelsene.

Departementet foreslår at det av pedagogiske hensyn tas inn en presisering i helse- og omsorgstjenesteloven § 1-2 første ledd som synliggjør at loven også gjelder for tannhelsetjenester. Begrunnelsen for forslaget er at tannhelsetjenester er en ny oppgave for kommunen, og det derfor vil være ekstra behov for at dette fremgår klart av helse- og omsorgstjenesteloven.

5.6.2.2 Stedlige virkeområde

Gjeldende rett

Helse- og omsorgstjenestelovens stedlige virkeområde er avgrenset til tjenester som tilbys eller ytes "i riket av kommunen", jf. § 1-2 første ledd. Videre fremgår det av loven § 3-2 første ledd at kommunen skal sørge for nødvendige helse- og omsorgstjenester til personer som oppholder seg "i kommunen". Det betyr for det første at bostedskommunen ikke har plikt til å sørge for tjenester til innbyggere som får behov for dette under opphold i en annen kommune. Det er den kommunen der vedkommende til enhver tid oppholder seg som har ansvar for å yte tjenester som blir nødvendige under oppholdet. For det andre betyr det at kommunen heller ikke har ansvar for å sørge for at slike tjenester tilbys eller ytes i utlandet. Det følger av loven § 1-2 tredje ledd at Kongen kan gi forskrift om lovens anvendelse på Svalbard og Jan Mayen, og kan fastsette særlige regler av hensyn til stedlige forhold.

Det fremgår av de enkelte bestemmelsene i tannhelsetjenesteloven at det stedlige virkeområdet for loven er avgrenset til "fylket". I likhet med helse- og omsorgstjenesteloven gjelder ikke tannhelsetjenesteloven i utlandet. Fylkeskommunen der pasienten er bosatt har heller ikke plikt til å tilby tannhelsetjenester når vedkommende oppholder seg i et annet fylke. Det er den fylkeskommunen i det fylket der pasienten til enhver tid oppholder seg som er ansvarlig for å sørge for tannhelsetjenester. Det følger av

tannhelsetjenesteloven § 6-6 at loven gjelder for Svalbard "i den utstrekning departementet bestemmer".

I forskrift 22. juni 2015 nr. 747 om anvendelse av helselover- og forskrifter for Svalbard og Jan Mayen, er det fastsatt at en rekke helselover- og forskrifter skal få anvendelse i disse områdene. Forskriften trådte i kraft 1. oktober 2015. Verken tannhelsetjenesteloven eller helse- og omsorgstjenesteloven er omfattet av forskriften og disse lovene er dermed ikke gjort gjeldende verken på Svalbard eller Jan Mayen.

Departementets vurdering og forslag

Regulering av det offentlige ansvar for tannhelsetjenester i helse- og omsorgstjenesteloven medfører ikke at kommunens ansvar for tannhelsetjenester blir utvidet geografisk, sammenlignet med rekkevidden av fylkeskommunens ansvar i dag. Det er ikke nødvendig med endringer i bestemmelsene om helse- og omsorgstjenestelovens stedlige virkeområde.

5.6.2.3 Personkrets (rettighetshavere)

Gjeldende rett

Det følger av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 første ledd at kommunen skal sørge for at "personer som oppholder seg i kommunen" tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester.

Fylkeskommunens ansvar for å sørge for tilgjengelige tannhelsetjenester omfatter "alle som bor eller midlertidig oppholder seg i fylket", jf. tannhelsetjenesteloven § 1-1 første ledd. Retten til nødvendig tannhelsehjelp etter tannhelsetjenesteloven § 2-1 første ledd er forbeholdt bestemte prioriterte persongrupper som nevnt i loven § 1-3 første ledd.

Det er sikker rett at både tannhelsetjenesteloven og helse- og omsorgstjenesteloven bygger på oppholdsprinsippet. Det vil si at det er den kommune/fylkeskommune der pasienten/brukeren til enhver tid oppholder seg, som har plikt til å yte tjenester.

Helse- og omsorgstjenesteloven har ikke egne bestemmelser som avgrenser personkretsen, det vil si hvem som har lovfestede individuelle rettigheter til tjenester. Mens tannhelsetjenesteloven har egne rettighetsbestemmelser, regulerer ikke helse- og omsorgstjenesteloven retten til kommunale helse- og omsorgstjenester.

Hvem som har rettigheter til kommunale helse- og omsorgstjenester, følger av pasient- og brukerrettighetsloven § 1-2 første ledd som slår fast at loven gjelder for alle som oppholder seg i riket. Kongen kan i forskrift gjøre unntak fra lovens kapittel 2 om rett til helse- og omsorgstjenester for personer som ikke er norske statsborgere eller ikke har fast opphold i riket. Slike unntak er fastsatt i forskrift 16. desember 2011 nr. 1255 om rett til helse- og omsorgstjenester til personer uten fast opphold i riket. Forskriften regulerer ikke rettigheter til tannhelsehjelp for personer uten fast opphold i riket.

Departementets vurdering og forslag

Som følge av forslaget om ny lovstruktur, vil spørsmålet om hvem som har rettigheter til tannhelsehjelp bli regulert i pasient- og brukerrettighetsloven. Se nærmere under punkt 5.21. Departementet anser det derfor ikke som aktuelt å ta inn rettighetsbestemmelser knyttet til tannhelsetjenester i helse- og omsorgstjenesteloven. Det vises i den forbindelse til drøftingen av virkeområdet for forslaget til ny helse- og omsorgstjenestelov i Prop. 91 L (2010-2011) punkt 7.4.5 side 69, hvor departementet uttaler:

"Etter departementets vurdering er det ikke hensiktsmessig med en nærmere avgrensning av hvem som er rettighetshaver etter loven. Som nærmere redegjort for under punkt 7.2, tilrår departementet at ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester i størst mulig grad innrettes som en rendyrket pliktlov eller tjenestelov. Dette innebærer at hvilke personer loven gjelder for og hvilke rettigheter den enkelte har etter loven, i stor grad må bestemmes etter annen lovregulering, hvor særlig pasientrettighetsloven vil være sentral. Dette innebærer for eksempel at i hvilken grad personer som oppholder seg ulovlig i landet eller asylsøkere vil omfattes av loven, fastsettes gjennom annen lovgivning og ikke i virkeområdebestemmelsen i ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester."

5.6.2.4 Forslag til lovregulering

Departementet foreslår følgende endring i helse- og omsorgstjenesteloven § 1-2 første ledd (endringer i kursiv):

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

Det vises i sin helhet til lovforslagene i punkt 10.

5.6.2.5 Økonomiske og administrative konsekvenser

En utvidelse av det saklige virkeområdet for helse- og omsorgstjenesteloven til å omfatte tannhelsetjenester, vil medføre at kommunene blir pålagt et større ansvar enn de har i dag. Dette er imidlertid en direkte konsekvens av oppgaveoverføringen i seg selv. Det er ikke nødvendig å endre det saklige virkeområdet i helse- og omsorgstjenesteloven for å inkludere tannhelsetjenester. Presiseringen som foreslås i virkeområdebestemmelsen synliggjør at også tannhelsetjenester er et kommunalt ansvar etter helse- og omsorgstjenesteloven. Forslaget medfører i seg selv ingen økonomiske eller administrative konsekvenser.

Lovfesting av kommunens ansvar for tannhelsetjenester i helse- og omsorgstjenesteloven vil ikke ha betydning for den geografiske rekkevidden av kommunens ansvar for slike tjenester. Adgangen til å gi forskrifter om lovens anvendelse på Jan Mayen, innebærer en utvidelse i forhold til dagens hjemmel i tannhelsetjenesteloven som er begrenset til Svalbard. Denne utvidelsen vil ikke i seg selv ha økonomiske eller administrative konsekvenser, før hjemmelen eventuelt blir benyttet til å gi slike forskrifter i disse områdene.

5.7 Forholdet til andre lover

Kapittel 2 i helse- og omsorgstjenesteloven inneholder bestemmelser om forholdet til helsepersonelloven og forvaltningsloven.

5.7.1 Forholdet til helsepersonelloven

Helse- og omsorgstjenesteloven § 2-1 regulerer forholdet til helsepersonelloven. Av denne bestemmelsen fremgår at helsepersonelloven gjelder tilsvarende for alt personell som yter tjenester etter loven. Bakgrunnen for denne bestemmelsen er at personell som yter tjenester som tidligere falt inn under sosialtjenesteloven av 1991, skal ha de samme plikter som helsepersonell som er direkte omfattet av helsepersonelloven. Loven § 2-1 inneholder også en hjemmel til å gi forskrift om utfylling og gjennomføring av bestemmelsen, samt om adgang til å fravike helsepersonelloven for personell som yter bestemte tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven. Slik forskrift er gitt, jf. forskrift 16. desember 2011 nr. 1393 om helsepersonellovens anvendelse.

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

5.7.2 Forholdet til forvaltningsloven

5.7.2.1 Gjeldende rett

Utgangspunktet er at lov 10. februar 1967 om behandlingsmåten i forvaltningssaker (forvaltningsloven) gjelder generelt for virksomhet som drives av forvaltningsorganer, herunder fylkeskommuner og kommuner, jf. forvaltningsloven § 1.

Dette prinsippet er langt på vei slått fast i helse- og omsorgstjenesteloven § 2-2, hvor det fremgår at forvaltningsloven gjelder for kommunenes virksomhet med de særlige bestemmelser som følger av loven her og av pasient- og brukerrettighetsloven. Det betyr at forvaltningsloven gjelder i den grad verken helse- og omsorgstjenesteloven selv eller pasient- og brukerrettighetsloven regulerer det aktuelle spørsmålet på en annen måte. Eksempel på en bestemmelse som fraviker forvaltningsloven, er bestemmelsen i helse- og omsorgstjenesteloven § 12-1 om taushetsplikt. Opplysninger som ikke er underlagt taushetsplikt etter forvaltningsloven § 13 andre ledd, vil være omfattet av taushetsplikten etter helse- og omsorgstjenesteloven § 12-1 andre ledd. Se nærmere om taushetspliktreglene i punkt 5.20.1.

Av pasient- og brukerrettighetsloven § 2-7 første ledd fremgår at forvaltningsloven kapittel IV (regler om saksforberedelse ved enkeltvedtak) og kapittel V (regler om vedtaket) ikke gjelder for vedtak som treffes etter reglene i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 2. Pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 2 inneholder

blant annet regler om rett til helse- og omsorgstjenester fra kommunen og spesialisthelsetjenesten og rett til individuell plan. Reglene i forvaltningsloven kapittel IV og V gjelder likevel for vedtak om enkelte kommunale omsorgstjenester som forventes å vare lenger enn to uker, jf. § 2-7 andre ledd.

Tannhelsetjenesteloven inneholder ingen generell bestemmelse om forholdet til forvaltningsloven. Tannhelsetjenesteloven § 2-1 tredje ledd slår imidlertid fast at forvaltningslovens regler ikke gjelder for fylkeskommunens vedtak om tildeling av rett til nødvendig tannhelsehjelp etter bestemmelsen i § 2-1 første ledd. Unntaket er begrenset til "vedtak etter paragrafen her". Samtidig er unntaket videre enn etter pasient- og brukerrettighetsloven ved at det omfatter hele forvaltningsloven og ikke bare forvaltningsloven kapittel IV og V.

Forvaltningsloven gjelder for fylkeskommunens øvrige virksomhet etter tannhelsetjenesteloven. Som eksempel kan nevnes at fylkeskommunen i tannhelsetjenesteloven § 5-1 tredje ledd er delegert myndighet til selv å fastsette forskrift om dekning av pasientens skyssutgifter i forbindelse med reise til og fra tannbehandling som gis av fylkeskommunen. Endringer av reglene eller fastsetting av nye regler om reiseutgifter må følge saksbehandlingsreglene for forskrifter i forvaltningsloven kapittel VII. Det vises til Helsedepartementets uttalelser i punkt 4.3 side 10 i Ot.prp. nr. 54 (2001-2002) *Om lov om endringer i lov 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og i enkelte andre lover (forenkling av statlig regelverk rettet mot kommunesektoren m.v.)*. Det samme gjelder vedtak som fylkeskommunen har truffet med hjemmel i tannhelsetjenesteloven § 1-3 første ledd bokstav e, § 1-3 tredje ledd og § 2-2 første ledd.

5.7.2.2 Departementets vurdering og forslag

I likhet med tannhelsetjenesteloven, inneholdt pasientrettighetsloven opprinnelig et helt generelt unntak fra forvaltningsloven når det gjaldt tildeling av rettigheter til nødvendig helsehjelp fra kommunen og spesialisthelsetjenesten. Unntaket i pasientrettighetsloven § 2-7 ble endret i forbindelse med vedtakelsen av ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, slik at forvaltningsloven fra 1. januar 2012 har fått utvidet anvendelse på kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenester. Den tilsvarende bestemmelsen i tannhelsetjenesteloven § 2-1 tredje ledd er imidlertid ikke endret.

Spørsmålet om forvaltningslovens anvendelse i forhold til kommunale helse- og omsorgstjenester er inngående drøftet i Prop. 91 L (2010-2011) punkt 11.7.3 side 128 flg. Departementet fastholder i forarbeidene at det ikke er grunn til å unnta reglene i forvaltningsloven kapittel II og III når det gjelder kommunens virksomhet etter den nye loven. Det vises til at krav til habilitet mv. allerede følger av ulovfestede saksbehandlingsregler. Det vises også til at regler i annen helselovgivning går lengre enn forvaltningslovens regler. Her nevnes pasientrettighetslovens regler om rett til medvirkning og informasjon, samt helsepersonellovens krav til faglig forsvarlighet, krav til sparsomhet og taushetsplikt. Videre legger departementet under punkt 11.7.4 side 129 i Prop. 91 L (2010-2011) til grunn at reglene i forvaltningsloven kapittel IV og V som utgangspunkt fortsatt ikke bør gjelde ved tildeling og avslag på hjelp fra kommunen og

spesialisthelsetjenesten etter pasient- og brukerrettighetsloven. Etter alminnelig rettsoppfatning anses ikke konsultasjoner, diagnostisering, behandling og henvisninger som enkeltvedtak, men som faktiske, eventuelt prosessuelle handlinger. Dette betyr at reglene om enkeltvedtak uansett ikke gjelder for disse handlingene. Unntaket fra forvaltningsloven kapittel IV og V skyldes særlig hensynet til at helsetjenesten må kunne iverksette et avgrenset behandlingstilbud så raskt som mulig. I lovforarbeidene har departementet i sin begrunnelse lagt avgjørende vekt på at reglene i kapittel IV og V ikke passer for beslutninger som treffes i den kliniske virksomheten, og faller utenfor de avgjørelser som disse bestemmelsene er ment å regulere.

Etter departementets vurdering vil de samme hensynene som er nevnt over gjøre seg gjeldende for kommunens kliniske tannhelsevirksomhet. Tannhelsehjelp ytes som regel uten at det er fremmet en formell søknad om dette. Hjelpen ytes ofte basert på innkalling eller ved personlig henvendelse og direkte kontakt med det enkelte helsepersonell. Personellet foretar ulike beslutninger knyttet til utredning og diagnostisering, blant annet henvisninger til private tannlegespesialister, til tannlegespesialister ansatt i en annen fylkeskommune og til tannlegespesialister i spesialisthelsetjenesten. Departementet kan ikke se at det er behov for å videreføre et mer omfattende unntak fra forvaltningslovens anvendelse ved tildeling av kommunal tannhelsehjelp, enn hva som gjelder for andre kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenester. Tvert imot er det på dette området behov for harmonisering slik at forvaltningsloven får lik anvendelse på alle helsetjenester.

Dagens bestemmelser i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 2 omfatter rett til kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenester, men ikke rett til fylkeskommunale tannhelsetjenester. Som følge av forslaget om ny lovstruktur i dette høringsnotatet, vil retten til tannhelsehjelp fra kommunen bli regulert av pasient- og brukerrettighetsloven. Da vil bestemmelsen i pasient- og brukerrettighetsloven § 2-7 første ledd også komme til anvendelse på avgjørelser om tildeling av kommunale tannhelsetjenester. Det innebærer at det generelle unntaket fra forvaltningsloven som i dag gjelder ved tildeling av rettigheter til nødvendig tannhelsehjelp fra fylkeskommunen, vil bli innskrenket til bare å gjelde reglene i forvaltningsloven kapittel IV og V.

Dette betyr at kommunen må følge de øvrige bestemmelsene i forvaltningsloven i forbindelse med tildeling av tannhelsetjenester til pasienter med rettigheter. Eksempler på regler i forvaltningsloven som da må følges, er habilitetsreglene i kapittel II og alminnelige regler om saksbehandlingen i kapittel III (blant annet om veiledningsplikt, saksbehandlingstid, foreløpig svar, muntlig konferanse og nedtegning av opplysninger, rett til å la seg bistå av fullmektig og taushetsplikt). Slike prosessuelle rettigheter og plikter følger imidlertid allerede av ulovfestede forvaltningsrettslige prinsipper, av tannhelsetjenesteloven og den øvrige helselovgivningen. Tannhelsetjenesteloven § 2-1 andre ledd inneholder en egen bestemmelse om veiledningsplikt overfor pasienten. Pasienten har dessuten prosessuelle rettigheter etter pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 3, 4 og 5. Tannhelsepersonell er underlagt taushetsplikt etter forvaltningsloven og/eller helsepersonelloven. For tannhelsetjenester innebærer dermed anvendelse av

reglene i forvaltningsloven kapittel II og III i hovedsak en videreføring og presisering av gjeldende rett.

Departementet legger etter dette til grunn at det ikke er behov for et mer omfattende unntak fra forvaltningsloven når det gjelder kommunale tannhelsetjenester, enn det som gjelder for andre kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenester. Bestemmelsen i helse- og omsorgstjenesteloven § 2-2 kan dermed gjøres gjeldende for tannhelsetjenester uten at det er nødvendig med lovendringer.

5.7.2.3 Økonomiske og administrative konsekvenser

Anvendelsen av helse- og omsorgstjenesteloven § 2-2 for kommunale tannhelsetjenester innebærer ingen utvidelse av kommunens plikter i forhold til de plikter som fylkeskommunen i dag er pålagt gjennom tannhelsetjenesteloven. Krav til anvendelse av reglene i forvaltningsloven kapittel II og III ved tildeling av kommunale tannhelsetjenester anses ikke å føre til merarbeid for kommunen, sett i forhold til hvilke prosessuelle plikter fylkeskommunen allerede er pålagt i dag.

5.8 Kommunens ansvar for tilgjengelige tannhelsetjenester til befolkningen

Kapittel 3 i helse- og omsorgstjenesteloven inneholder en rekke bestemmelser som regulerer kommunens ansvar for helse- og omsorgstjenester. Dette gjelder blant annet kommunens overordnede ansvar for helse- og omsorgstjenester for alle som oppholder seg i kommunen samt ansvar for et minimum av tjenestetyper, plikter knyttet til helsefremmende og forebyggende arbeid, samhandling og samarbeid, øyeblikkelig hjelp og helse- og omsorgstjenester for innsatte i fengsler i kriminalomsorgen. De ulike pliktene som følger av bestemmelsene i dette kapitlet er nærmere omtalt nedenfor under punkt 5.8 til 5.14.

5.8.1 Oversikt over fylkeskommunens ansvar for tannhelsetjenester

Innledningsvis gis det en kort oversikt over fylkeskommunens ansvar etter tannhelsetjenesteloven, jf. også punkt 5.3.2. Oversikten er ment å gi en pedagogisk innfallsvinkel til en mer detaljert omtale og vurdering i punktene nedenfor.

Fylkeskommunens ansvar etter tannhelsetjenesteloven består dels av et *befolkningsansvar* og dels av et *gruppeansvar*.

Befolkningsansvaret kan igjen deles opp i et *tilgjengelighetsansvar* og et *folkehelseansvar*. Tilgjengelighetsansvaret omtales her i punkt 5.8 og består i å sørge for at tannhelsetjenester, herunder spesialisttannhelsetjenester, i rimelig grad er tilgjengelige for alle som bor eller midlertidig oppholder seg i fylket. Folkehelseansvaret består i sørge for nødvendige helsefremmende og forebyggende tiltak overfor hele befolkningen, jf. punkt 5.10. Spørsmålet om fylkeskommunens ansvar for akutt tannhelsehjelp, er drøftet under punkt 5.13.

Gruppeansvaret har et klart folkehelseelement ved at det består i å gi et regelmessig og oppsøkende tilbud til bestemte persongrupper i befolkningen som er nærmere definert i

tannhelsetjenesteloven (prioriterte grupper). Det er bare gruppene som er listet opp i loven som har lovfestede rettigheter til nødvendig tannhelsehjelp, helt eller delvis vederlagsfritt, fra fylkeskommunen. Gruppeansvaret vil bli nærmere omtalt under punkt 5.9.

5.8.2 Gjeldende rett

5.8.2.1 Helse- og omsorgstjenesteloven

Kommunens overordnede ansvar for helse- og omsorgstjenester er regulert i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1. Det fremgår av § 3-1 første ledd at kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. Kommunens ansvar omfatter personer i alle aldre og alle pasient- og brukergrupper, herunder personer med somatisk eller psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblem, sosiale problemer eller nedsatt funksjonsevne, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 1-3 andre ledd. Hvilke tjenester kommunen plikter å tilby og innholdet i tjenestene følger av en tolkning av begrepet "nødvendige helse- og omsorgstjenester", samt den opplistingen av tjenester som særlig følger av loven § 3-2.

For å ivareta sørge for ansvaret, pålegger helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 tredje ledd kommunen en plikt til å sette i verk systematiske tiltak som sikrer at virksomhetens aktiviteter planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres i samsvar med krav fastsatt i lov og forskrift.

5.8.2.2 Tannhelsetjenesteloven

Fylkeskommunens befolkningsansvar etter tannhelsetjenesteloven § 1-1 første ledd består i å sørge for at tannhelsetjenester, herunder spesialisttjenester, i rimelig grad er tilgjengelige for alle som bor eller midlertidig oppholder seg i fylket.

Bestemmelsen i tannhelsetjenesteloven § 1-1 favner vidt, både når det gjelder det saklige virkeområdet og personkrets. Formuleringen "alle som bor eller midlertidig oppholder seg" innebærer at oppholdsfylket er ansvarlig for å sørge for at tannhelsetjenester er tilgjengelige også for personer som midlertidig befinner seg i fylket, selv om de er bosatt i et annet fylke.

Begrepet "tilgjengelig" er ikke konkretisert i tannhelsetjenesteloven eller dens forarbeider når det gjelder innhold og omfang. Uttrykket "i rimelig grad" er heller ikke belyst i lovens forarbeider, men gir anvisning på et visst minstenivå av tilgjengelige tannhelsetjenester som ikke kan være lavere enn det som er forsvarlig. Bestemmelsen er utformet som en rettslig standard. Det betyr at innholdet i bestemmelsen kan endres med endrede forutsetninger og forventninger ut fra den odontologiskfaglige utviklingen, utviklingen i tannhelse- og sykdomsbildet i befolkningen, endrede verdioppfatninger, den generelle samfunnsutviklingen mv. Bestemmelsen må imidlertid forstås slik at fylkeskommunen skal sørge for at så vel allmenntannhelsetjenester som spesialisttannhelsetjenester både til personer med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven og til den øvrige befolkningen som ikke har slike rettigheter, i rimelig grad er tilgjengelige.

Tilgjengeligheten kan i praksis måles på grunnlag av ulike faktorer. Dette kan for eksempel være tilgangen på tilstrekkelig kvalifisert personell i fylket, inkludert spesialistkompetanse, sett i forhold til behov og etterspørsel hos befolkningen (befolkningstetthet), reiseavstand til nærmeste tannhelsetilbud, tilbudet av offentlig transport, åpningstider, ventetid på behandling og fysisk tilgjengelighet til tannklinikker.

Det er opp til fylkeskommunen selv å vurdere hva som er et tilstrekkelig tilgjengelig tannhelsetilbud ut fra nevnte faktorer, og hvordan dette ansvaret kan oppfylles. Fylkeskommunen må skaffe seg oversikt over det samlede tilbudet av private og fylkeskommunale tannhelsetjenester, og på det grunnlag vurdere hvorvidt tilbudet er tilstrekkelig sett i forhold til hele befolkningen i fylket. Som et minimum må fylkeskommunen sørge for at tilgjengeligheten av tannhelsetjenester og tilbudet til personer med rettigheter blir ivarettatt. Ut over dette må fylkeskommunen vurdere tilgjengeligheten for den øvrige voksne befolkningen.

Tilbudet fra private tjenesteytere vil langt på vei dekke behovet for tannhelsetjenester for den voksne delen av befolkningen. I områder hvor det private tilbudet er mangelfullt eller fraværende må fylkeskommunen enten oppmuntre til privat etablering eller selv sørge for et tilbud fra fylkeskommunens egne tannklinikker. I områder med spredt bosetting og ingen eller begrenset tilbud fra private, vil fylkeskommunen i praksis gi et tilbud til den voksne befolkningen i sin helhet.

For å ivareta ansvaret etter tannhelsetjenesteloven, skal fylkeskommunen planlegge, organisere og legge til rette for at fylkeskommunen, tannhelsetjenesten og helsepersonell kan oppfylle krav fastsatt i eller i medhold av forskrift, jf. tannhelsetjenesteloven § 1-3a.

Fylkeskommunens ansvar for samordning av den offentlige tannhelsetjenesten og privat sektor etter tannhelsetjenesteloven § 1-4, skal blant annet bidra til å sikre tilgjengeligheten til tannhelsetjenester for hele befolkningen i fylket.

5.8.3 Departementets vurdering og forslag

5.8.3.1 Generelt om rekkevidden av tilgjengelighetsansvaret

Fylkeskommunens ansvar etter tannhelsetjenesteloven § 1-1 første ledd er begrenset til å sørge for at tannhelsetjenester "i rimelig grad" er tilgjengelige. Departementet viser til at det først og fremst er historiske årsaker til at dette forbeholdet er tatt inn i tannhelsetjenesteloven. Da tannhelsetjenesteloven ble vedtatt i 1983, var det offentlige tannhelsetilbudet mangelfullt utbygd i store deler av landet. I flere fylker eksisterte det på dette tidspunktet bare kommunal skoletannpleie og ikke en folketannrøkt som også ga tilbud til den voksne delen av befolkningen, slik målet hadde vært med lov om folketannrøkt av 1949. Det ville derfor bli for stort ansvar å pålegge samtlige fylkeskommuner et fullt tilgjengelighetsansvar allerede første dag fra tannhelsetjenestelovens ikrafttredelse. Sosialdepartementet forutsatte i stedet en gradvis iverksetting av tannhelsetilbudet til befolkningen som fulgte av lovforslaget, jf. punkt 7.2 i Ot.prp. nr. 49 (1982-1983) *Om lov om tannhelsetjenesten (tannhelsetjenesten i fylkeskommunene)*.

Departementet viser også til at det i departementets lovforslag var lagt inn et ytterligere forbehold i lovteksten om at "fylkeskommunen skal legge forholdene til rette" slik at tannhelsetjenester i rimelig grad er tilgjengelige. Hensikten var at fylkeskommunens ansvar for tilgjengelige tannhelsetjenester skulle begrenses til et tilretteleggingsansvar. I forbindelse med Stortingets behandling av lovforslaget, la imidlertid flertallet i sosialkomiteen vekt på å sikre at en fikk en nasjonalt likeverdig tannhelsetjeneste og erstattet derfor formuleringen "legge forholdene til rette" med begrepet "sørge for". På den måten ble begrepsbruken i tannhelsetjenesteloven den samme som i kommunehelsetjenesteloven av 1982, som er forgjengeren til lov om kommunale helse- og omsorgstjenester.

Sett i lys av utviklingen over tid med utbygging av det offentlige tannhelsetilbudet og økt tilgang på tannhelsepersonell, kan ikke departementet se at forbeholdet "i rimelig grad" lenger har noen selvstendig og reell betydning for fastleggingen av rekkevidden av fylkeskommunens tilgjengelighetsansvar. Den faktiske situasjonen når det gjelder tilgang på personell er ikke vesensforskjellig, enten det dreier seg om rekruttering av fastleger til kommunen eller tannleger til fylkeskommunen. Departementet finner det på denne bakgrunn ikke nødvendig eller hensiktsmessig å videreføre forbeholdet "i rimelig grad" i helse- og omsorgstjenesteloven. Å fjerne denne formuleringen vil i stedet bidra til en klargjøring av kommunens fremtidige lovpålagte ansvar for tilgjengelige tannhelsetjenester. Det vil uansett være opp til kommunen å avgjøre hva som er nødvendig tilgjengelighet når det gjelder kapasitet, geografisk fordeling av offentlige tannklinikker og private tannhelsetilbud, ventetider mv. Avgjørende faktorer for befolkningens tilgang på tannhelsetjenester er den fysiske/geografiske plasseringen av tannklinikkene og at klinikkene er stabilt bemannet med kvalifisert personell. Tilgangen på tannhelsetjenester i den enkelte kommune må i alle tilfelle vurderes i forhold til forsvarlighetskravet.

Videre vil departementet peke på at både kommunens og fylkeskommunens ansvar for å sørge for nødvendige tannhelsetjenester, er begrenset til å omfatte personer som har rettigheter til tjenester. For tannhelsetjenester fremgår dette av rettighetsbestemmelsen i tannhelsetjenesteloven § 2-1 første ledd, som slår fast at alle som omfattes av gruppene nevnt i loven § 1-3 har rett til nødvendig tannhelsehjelp fra fylkeskommunen. For kommunale helse- og omsorgstjenester fremgår ikke denne begrensningen i ansvaret direkte av loven, men av lovforarbeidene. Det vises til Prop. 91 L (2010-2011) punkt 12.6.1 side 139, hvor departementet uttaler at begrepet "sørge for" pålegger kommunen ansvar for at tjenestene gjøres tilgjengelige for de som har rett til å motta tjenester. Det samme fremgår av spesialmerknaene til helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 femte ledd på side 487.

Når det gjelder ansvaret for å sørge for nødvendig tannhelsehjelp til personer med rettigheter, kan fylkeskommunen i dag yte tjenestene ved hjelp av egne ansatte, ved bruk av private tjenesteytere etter avtale eller ved samarbeid med den fylkeskommunale tannhelsetjenesten i nabofylket. Kommunens ansvar for å sørge for å tilby nødvendige helse- og omsorgstjenester er i en viss grad sammenfallende med fylkeskommunens

ansvar for å sørge for tilgjengelige tannhelsetjenester. I begrepet "tilby" i helse- og omsorgstjenesteloven ligger nettopp at kommunen ikke behøver å yte tjenestene selv, men må sørge for at hjelpen gjøres tilgjengelig for befolkningen, for eksempel gjennom avtaler med private tjenestetilbydere. Kommunen har et generelt ansvar for å gjøre alle helse- og omsorgstjenester som den har ansvar for, tilgjengelige for befolkningen. Et eksempel på dette er det lovfestede kravet om at tilbudet om allmennlegetjenester skal organiseres gjennom en fastlegeordning.

Kommunens ansvar for å sørge for at tannhelsetjenester "er tilgjengelige" for alle som oppholder seg i kommunen vil likevel være mer begrenset enn kommunens ansvar for å sørge for at personer som oppholder seg i kommunen "tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester". For å videreføre innholdet i og rekkevidden av fylkeskommunens tilgjengelighetsansvar, foreslår derfor departementet at det tas inn en bestemmelse i helse- og omsorgstjenesteloven som tydeliggjør dette. Det vises til forslaget til nytt andre punktum i § 3-1 første ledd.

Det er samtidig behov for å tydeliggjøre kommunens ansvar for tilgjengelige odontologiske spesialisttjenester i helse- og omsorgstjenesteloven, jf. punkt 5.8.3 nedenfor.

Når det gjelder hvilke persongrupper kommunen har ansvar for å gi et tannhelsetilbud til, vises det til forslaget til ny § 3-2 b i helse- og omsorgstjenesteloven, jf. punkt 5.9.12.

Departementet foreslår i tillegg at det tas inn et nytt punkt 7 om tannhelsetjenester i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd. På den måten tydeliggjøres det at tannhelsetjenester er blant de spesifikke tjenester som kommunen som et minimum skal tilby. På den måten vil det også komme klart frem at forskriftshjemlene i § 3-2 andre og fjerde ledd også kan gis anvendelse for tannhelsetjenester. Alternativet til dette forslaget er å dublere med likelydende forskriftshjemler i § 3-2 b. Av hensyn til harmonisering og forenkling anbefales imidlertid ikke en slik løsning.

5.8.3.2 Særlig om ansvaret for tilgjengelige spesialisttannhelsetjenester

Oppgaveoverføringen til kommunene omfatter også fylkeskommunens ansvar for at odontologiske spesialisttjenester er tilgjengelige for befolkningen i kommunen.

Forhold knyttet til antall tannlegespesialister og organisering av spesialisttannhelsetjenester mv., herunder regionale odontologiske kompetansesentre, er nærmere beskrevet under punkt 5.3.3.

Odontologiske spesialisttjenester var ikke omfattet av forslaget til tannhelsetjenestelov i Ot.prp. nr. 49 (1982-1983) eller på annen måte vurdert i lovforarbeidene. I forbindelse med Stortingets behandling av lovforslaget, påpekte imidlertid sosialkomiteens flertall at fylkeskommunen må sørge for nødvendig geografisk spredning av odontologiske spesialisttjenester for å sikre befolkningens behov for slike tjenester, jf. Innst. O. nr. 86 (1982-83). Flertallet tilføyde deretter formuleringen "herunder spesialisttjenester" i lovteksten til § 1-1 første ledd som ble vedtatt.

Med begrepet "spesialisttjenester" menes i denne sammenheng utredning, diagnostikk, behandlingsplanlegging, behandling og nødvendig oppfølging som forutsetter kompetanse

på spesialistnivå og som utføres av tannlege med spesialistgodkjenning. Det kan dreie seg om personer som er født med syndromer, sykdommer eller tilstander som i betydelig grad påvirker munnhule, kjeve og tenner, og hvor utredning mv. krever spesialistkompetanse i for eksempel pedodonti, protetik, bittfysiologi, kjeveortopedi, kirurgi eller periodonti. Hovedtyngden av pasienter som blir henvist til spesialistbehandling, blir henvist av allmenntannleger. Odontologiske spesialisttjenester kan utføres av fylkeskommunens egne ansatte tannlegespesialister ved tannklinikene eller de regionale odontologiske kompetansesentrene. Videre kan spesialisttannhelsetjenester utføres av private tannlegespesialister eller av spesialisttannleger (oralkirurger mv.) ansatt ved helseforetakene. I tillegg tilbys spesialisttannhelsetjenester ved de odontologiske lærestedene som del av spesialistutdanningen av tannleger.

Fylkeskommunens mulighet for å rekruttere tannlegespesialister har i stor grad vært et resultat av hvordan spesialistutdanningen er regulert, dimensjonert, organisert og finansiert, samt klinikkstruktur. Mange fylkeskommuner har gjennom årene hatt utfordringer når det gjelder å rekruttere tannlegespesialister til arbeid i den offentlige tannhelsetjenesten. Statlig tilskudd til finansiering av spesialistutdanning av tannleger ved universitetene og statlig tilskudd til etablering og oppbygging av regionale odontologiske kompetansesentre i kombinasjon med sterkere regulering av spesialistutdanningen, er tiltak som har bidratt til at fylkeskommunene i økende grad har vært i stand til å rekruttere spesialister og dermed ivareta ansvaret for å sørge for at odontologiske spesialisttjenester er tilgjengelige.

Det er et overordnet mål at alle skal ha et likeverdig tilbud om helse- og omsorgstjenester, uavhengig av bosted. Dette gjelder også tilgangen på spesialisttjenester knyttet til tannbehandling. Graden av offentlig finansiering vil kunne påvirke etterspørselen av spesialistbehandling. Etterspørselen vil i sin tur påvirke kapasitet og tilgjengelige ressurser til slik behandling.

I likhet med hva som gjelder for allmenntannhelsetjenester, jf. punkt 5.8.3, legger departementet til grunn at summen av de faktorer som påvirker dynamikken når det gjelder tilbudet av spesialisttannhelsetjenester, tilsier at betydningen av å sondre mellom et tilgjengelighetsansvar med eller uten forbeholdet "i rimelig grad" er lite relevant. Det anses lite hensiktsmessig å opprettholde dette forbeholdet både når det gjelder allmenntannhelsetjenester og spesialisttannhelsetjenester.

Etter departementets vurdering er det imidlertid behov for å ta inn en presisering i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 første ledd av at kommunens ansvar inkluderer odontologiske spesialisttjenester. Dette anses nødvendig for å synliggjøre at rekkevidden av kommunens ansvar vil bli den samme som fylkeskommunens ansvar, slik det er i dag.

5.8.3.3 Kommunens ivaretagelse av ansvaret for å sørge for tannhelsetjenester

Det fremgår av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 tredje ledd at kommunens overordnede sørge for ansvar innebærer en plikt til å sette i verk systematiske tiltak som sikrer at tjenestenes innhold og omfang er i tråd med lov og forskrift (internkontroll).

Fylkeskommunens ansvar etter tannhelsetjenesteloven § 1-3a omfatter plikt til å planlegge, organisere og legge til rette for at fylkeskommunen, tannhelsetjenesten og helsepersonell kan oppfylle krav fastsatt i eller i medhold av lov eller forskrift. Ordlyden er den samme som i den tidligere tilretteleggingsbestemmelsen i kommunehelsetjenesteloven § 1-3a, som er videreført i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 tredje ledd. Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 tredje ledd fremhever i tillegg de grunnleggende fire kravene til styring som allerede fremgår av internkontrollforskriften. Det fremgår av departementets merknader i Prop. 91 L (2010-2011) punkt 12.6.2 side 140-141 og side 486, at bestemmelsen i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 tredje ledd er en videreføring av gjeldende rett.

Innholdet i kravene til planlegging, gjennomføring, evaluering og korrigerende virksomhet følger allerede av gjeldende regelverk om internkontroll som også gjelder for offentlig og privat tannhelsevirksomhet. Det følger av lov 30. mars 1984 nr. 15 om statlig tilsyn med helsetjenesten § 3 at enhver som yter helse- og omsorgstjenester skal etablere et internkontrollsystem for virksomheten og sørge for at virksomhet og tjenester planlegges, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av lover og forskrifter. Krav til innholdet i internkontrollen er nærmere beskrevet i internkontrollforskriften § 4.

Departementet viser til at det er en forutsetning for ivaretagelse av kommunens tilgjengelighets- og samordningsansvar at kommunen faktisk har en planleggingsplikt. Bestemmelsen i tannhelsetjenesteloven § 1-3a kan innpasses i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 tredje ledd uten at det er nødvendig å foreta lovendringer. Dette er en videreføring av innholdet i tannhelsetjenesteloven § 1-3a, på lik linje med den tidligere bestemmelsen i kommunehelsetjenesteloven § 1-3a. Forslaget vil for kommunens del være en videreføring av de plikter som fylkeskommunen er pålagt i dag, og forslaget vil derfor i seg selv ikke ha økonomiske og administrative konsekvenser.

Se forøvrig omtale av bestemmelsene i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 tredje ledd og tannhelsetjenesteloven § 1-3a under punkt 5.15 om krav til forsvarlighet, pasientsikkerhet og kvalitet.

5.8.4 Forslag til lovregulering

Departementet foreslår et nytt andre punktum i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 første ledd:

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

I tillegg foreslås det å ta inn en ny bestemmelse i § 3-2 første ledd nr. 7, som lyder:

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

Det vises i sin helhet til lovforslagene under punkt 10.

5.8.5 Økonomiske og administrative konsekvenser

Forslaget til endring av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 første ledd innebærer at det tas inn en presisering av at kommunens ansvar for å sørge for at alle som oppholder seg i kommunen tilbys tannhelsetjenester, ikke bare omfatter allmenntannhelsetjenester, men også spesialisttannhelsetjenester. Forslaget er en videreføring av gjeldende rett. At formuleringen "i rimelig grad er tilgjengelige" ikke videreføres i helse- og omsorgstjenesteloven, vil ikke medføre at kommunen blir pålagt et større ansvar enn det ansvaret fylkeskommunen har i dag. Begrepet "tilby" i helse- og omsorgstjenesteloven innebærer at kommunen har ansvar for at tannhelsetjenester gjøres tilgjengelige for alle som oppholder seg i kommunen, men ikke nødvendigvis at det er kommunen selv som må yte dem.

På landsbasis er det i gjennomsnitt 1 280 innbyggere per årsverk av allmenntannleger i offentlig og privat sektor, og i gjennomsnitt rundt 5 900 innbyggere per årsverk av tannpleiere. Med dagens kommunestruktur er det om lag 90 kommuner hvor det enten ikke er fylkeskommunal tannklinikk (og sannsynligvis heller ikke privatpraktiserende tannlege), eller hvor den fylkeskommunale tannklinikken kun er delvis bemannet gjennom året. Avhengig av hvor mange små kommuner som slår seg sammen, vil konsekvensene kunne bli at flere kommuner må samarbeide med nabokommuner for å ivareta ansvaret for å sørge for at allmenntannhelsetjenester er tilgjengelige for innbyggerne i kommunene, og for at personer med rett til nødvendig tannhelsehjelp får oppfylt sine rettigheter.

På landsbasis var det i 2014 om lag 470 årsverk tannlegespesialister samlet for offentlig og privat sektor. Drøye 40 prosent av disse er spesialister i kjeveortopedi (tannregulering). Disse er rimelig godt fordelt over hele landet. De øvrige seks spesialitetene utgjorde om lag 270 årsverk, det vil si rundt 20 000 innbyggere per spesialistårsverk. Dette betyr at en enkelt kommune må ha et relativt høyt innbyggertall for selv å kunne ivareta ansvaret for tilgjengelighet av spesialisttannhelsetjenester til befolkningen i kommunen. De aller fleste kommuner vil måtte samarbeide med flere kommuner for å kunne ivareta dette ansvaret. Dette vil innebære et administrativt merarbeid sammenliknet med de administrative ressurser som fylkeskommunene bruker på denne oppgaven i dag.

Departementet legger til grunn som et utgangspunkt for virksomhetsoverføringen at ansvaret for eierskap og drift av regionale odontologiske kompetansesentre legges til den kommunen hvor senteret er geografisk plassert (verts kommunen), se nærmere om dette under punkt 5.22. Videre har et flertall på Stortinget ved behandlingen av Oppgavemeldingen lagt til grunn at regjeringen må vurdere tiltak som legger til rette for å videreføre kompetansemiljøene i de regionale odontologiske kompetansesentrene og i spesialisttannhelsetjenesten. Departementet ser det i den sammenheng som aktuelt å videreføre den statlige tilskuddsordningen til de regionale kompetansesentrene. Det vises til punkt 5.19.5 om finansiering av spesialisttannhelsetjenester. Kompetansesentrene har i tillegg til spesialistutredning/– behandling også oppgaver knyttet til forskning og kunnskapsutvikling samt rådgivning og veiledning overfor alle offentlige tannklinikker i

kompetansesenterets nedslagsområde. Kompetansesentrene vil også få en viktig rolle i spesialistutdanningen av tannleger. Dette vil innebære at kommunene i regionen må vurdere deltakelse i et interkommunalt samarbeid om oppgaver som utføres av kompetansesenteret.

5.9 Kommunens ansvar for tannhelsetjenester til bestemte grupper

Punkt 5.9.1 nedenfor gir en overordnet beskrivelse av gjeldende rett. En mer detaljert gjennomgang og vurdering av fremtidig regulering av kommunens ansvar for de ulike persongruppene i tannhelsetjenesteloven § 1-3 første ledd bokstav a til e, fremgår av punkt 5.9.2 til 5.9.7. Tannhelsetjenester til voksne som ikke omfattes av noen av disse gruppene, er omtalt under punkt. 5.9.8. Spørsmålet om lovfesting av kommunens ansvar for å sørge for et tannhelsetilbud til personer med rusavhengighet samt innsatte i fengsler i kriminalomsorgen, er vurdert i punkt 5.9.9. og 5.9.10. Departementets forslag til lovregulering av kommunens ansvar for å sørge for tannhelsetjenester til bestemte grupper fremgår av punkt 5.9.12.

Alle som er nevnt i tannhelsetjenesteloven § 1-3 har rett til nødvendig tannhelsehjelp i den fylkeskommune der de bor eller midlertidig oppholder seg, jf. tannhelsetjenesteloven § 2-1. Retten til nødvendig tannhelsehjelp korresponderer med fylkeskommunens plikt til å gi et regelmessig og oppsøkende tilbud. Kommunens ansvar for bestemte persongrupper omtales derfor tidvis også som disse persongruppenes rettigheter til tannhelsetjenester, uten at det er noen meningsforskjell. Retten til nødvendig tannhelsehjelp er nærmere omtalt under punkt 5.21.2, hvor departementet foreslår at individuelle rettigheter til tannhelsehjelp reguleres i pasient- og brukerrettighetsloven.

Spørsmålet om i hvilken grad de ulike gruppene har rett til helt eller delvis vederlagsfri tannbehandling, er behandlet under punkt 5.19.2 om finansiering.

5.9.1 Oversikt over gjeldende rett

5.9.1.1 Helse- og omsorgstjenesteloven

Kommunens ansvar for å sørge for nødvendige helse- og omsorgstjenester, omfatter alle pasient- og brukergrupper uavhengig av alder, herunder personer med somatisk eller psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblem, sosiale problemer eller nedsatt funksjonsevne, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 andre ledd. Hvilke tjenester kommunen plikter å tilby følger av en tolkning av begrepet "nødvendige helse- og omsorgstjenester" i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 første ledd, samt den opplistingen av tjenester som særlig følger av loven § 3-2 første ledd nr. 1 til 6. For å oppfylle ansvaret etter § 3-1 skal kommunen som et minimum tilby følgende: helsetjenester i skoler og helsestasjonstjeneste, svangerskaps- og barselsomsorgstjenester, legevakt, heldøgns medisinsk akuttberedskap og medisinsk nødmeldetjeneste, fastlegeordning, helsetjenester i hjemmet, personlig assistanse (herunder praktisk bistand, opplæring og støttekontakt), plass i institusjon (herunder sykehjem) og avlastningstiltak.

5.9.1.2 Tannhelsetjenesteloven

Fylkeskommunens ansvar for å tilby nødvendige tannhelsetjenester er avgrenset til bestemte persongrupper. Det rettslige grunnlaget for fylkeskommunens ansvar varierer, avhengig av hvilken gruppe det er tale om. Ansvaret følger dels direkte av tannhelsetjenesteloven og av forskrift gitt av departementet med hjemmel i lov, dels av lokale forskrifter fastsatt av den enkelte fylkeskommune med hjemmel i lov og dels av Stortingets budsjettvedtak.

Det er fire hovedgrupper som fylkeskommunen har plikt til å gi et tannhelsetilbud til:

- Grupper som er lovpålagte, jf. tannhelsetjenesteloven § 1-3 første ledd bokstav a til d
- Grupper fylkeskommunen selv har vedtatt å gi et tilbud til, i tillegg til de lovpålagte gruppene, jf. § 1-3 første ledd bokstav e
- Voksne som ikke omfattes av gruppene i § 1-3 første ledd bokstav a til e, men som fylkeskommunen har plikt til gi et tilbud til i distrikter hvor det ikke er annet tilstrekkelig tilbud, jf. tannhelsetjenesteloven § 1-3 tredje ledd annet punktum
- Grupper som Stortinget gjennom budsjettvedtak har bestemt skal gis et tannhelsetilbud og hvor tilbudet er nærmere spesifisert i retningslinjer fra departementet.

Det følger av tannhelsetjenesteloven § 1-3 første ledd at fylkeskommunen har plikt til å gi et regelmessig og oppsøkende tilbud til personer som omfattes av grupper som listet opp i bokstav a til e. I tannhelsetjenesteloven benyttes betegnelsen "prioriterte oppgaver" og "prioriterte grupper" om disse persongruppene. Kriteriene for å omfattes av en av persongruppene er knyttet til henholdsvis alder, diagnose og såkalte avledede vilkår, det vil si at en persons rett til tannhelsehjelp etter tannhelsetjenesteloven er en konsekvens av at vedkommende har rett til helse- og omsorgstjenester etter annen lovgivning.

De prioriterte gruppene etter § 1-3 første ledd bokstav a til e er:

- a. Barn og ungdom fra fødsel til og med det året de fyller 18 år
- b. Psykisk utviklingshemmede i og utenfor institusjon
- c. Grupper av eldre, langtidssyke og uføre i institusjon og hjemmesykepleie
- d. Ungdom som fyller 19 eller 20 år i behandlingsåret
- e. Andre grupper som fylkeskommunen har vedtatt å prioritere.

Bakgrunnen for at det nettopp er personer i gruppene a til d som skal gis et offentlig tilbud om tannhelsehjelp, har sammenheng med at dette er personer som anses å være i en livssituasjon eller å ha et funksjonsnivå der de trenger hjelp til å ivareta egen tannhelse. For barn og ungdom er det et sentralt formål at tilbudet skal bidra til å etablere gode tannhelsevaner fra tidlig alder.

Det følger av § 1-3 andre ledd at gruppene i bokstav a til e er listet opp i prioritert rekkefølge. Dersom ressursene ikke er tilstrekkelige for å gi et tilbud til alle gruppene, legger loven opp til at prioriteringen skal følges og at forebyggende tiltak skal prioriteres foran behandling.

§ 1-3 tredje ledd regulerer fylkeskommunens adgang å gi et tannhelsetilbud til voksne pasienter mot betaling. Bestemmelsen regulerer også i hvilke tilfeller fylkeskommunen

har plikt til å gi et tannhelsetilbud til voksne som ikke omfattes av gruppene nevnt i § 1-3 første ledd bokstav a til e.

5.9.2 Plikt til å gi et regelmessig og oppsøkende tilbud

Etter tannhelsetjenesteloven § 1-3 første ledd andre punktum skal den fylkeskommunale tannhelsetjenesten gi et regelmessig og oppsøkende tilbud til bestemte grupper som er regnet opp i bokstav a til d, samt til andre grupper som fylkeskommunen har vedtatt å gi et tilbud til etter bokstav e.

Hva som nærmere ligger i uttrykket "regelmessig og oppsøkende tilbud" fremgår verken av tannhelsetjenesteloven eller dens forarbeider. Et minimumskrav for at tilbudet skal sies å være "oppsøkende", må være at det offentlige tannhelsetilbudet gjøres kjent for personer som har rettigheter til nødvendig tannhelsehjelp etter tannhelsetjenesteloven. Den fylkeskommunale tannhelsetjenesten må gjøre en aktiv innsats for at tilbudet så langt som mulig faktisk når frem til målgruppene. Hva som skal til for at plikten til å gi et oppsøkende tilbud kan sies å være oppfylt, vil blant annet avhenge av den enkeltes samlede livs- og helsesituasjon. Dersom en person kalles inn til undersøkelse ved en tannklinikk, er vedkommende gjort kjent med sin rettighet, at tilbudet finnes og vedkommende er oppfordret til å benytte seg av tilbudet.

For personer som av ulike årsaker ikke er i stand til å møte opp på tannklinikken blir spørsmålet om den fylkeskommunale tannhelsetjenesten har plikt til å oppsøke pasienten der vedkommende befinner seg, eller tilrettelegge for at pasienten kan komme til tannklinikken. Her kan ambulante tjenester være nødvendig, det vil si at tannhelsepersonellet besøker institusjonene der pasientene oppholder seg eller oppsøker pasienten i eget hjem eller omsorgsbolig. Behandlingstilbudet kan riktignok bli redusert under slike omstendigheter, men en viss behandling kan utføres med utstyr som tannpleier/tannlege kan bringe med seg. I hvilken grad tannpleier/tannlege skal foreta første undersøkelse på institusjon eller i eget hjem, må i så fall avklares med institusjonen, personellet som yter tjenester i hjemmet eller med pårørende. Det vises i denne sammenheng til punkt 5.16.1, hvor departementet foreslår å lovfeste en plikt for kommunen til å sørge for transport av personell som yter tannhelsetjenester utenfor ordinært behandlingssted, enten som ansatt i kommunen eller på vegne av kommunen. Plikten gjelder transport av personell i forbindelse med behandling av pasienter som har rett til å få et regelmessig og oppsøkende tannhelsetilbud.

Forutsetningen for å kunne gi et regelmessig og oppsøkende tilbud er at kommunen har tilgang på informasjon om hvem den skal drive oppsøkende virksomhet overfor. For gruppen barn og unge har den fylkeskommunale tannhelsetjenesten i dag oversikt over alle via folkeregisterets lister, og kan derigjennom kontakte den enkelte og dennes foresatte. Praksis er at offentlige tannklinikker systematisk har innkalt pasienter med rettigheter til undersøkelse etter en plan for ett eller to år, basert på individuell vurdering.

For pasienter som har rett til nødvendig tannhelsehjelp og som får tjenester fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten basert på et tildelingsvedtak, vil det være helt avgjørende at samarbeidet mellom de enkelte deltjenestene i kommunen fungerer og at

det er laget rutiner for at tannhelsetjenesten får informasjon fra andre deltjenester i kommunen om hvem som ønsker å benytte seg av et regelmessig og oppsøkende tannhelsetilbud. Dette forutsetter at den kommunale helse- og omsorgstjenesten gir tilstrekkelig informasjon til de aktuelle brukerne om hvilke rettigheter de har til offentlig tannhelsehjelp. Både kommunens ledelse og personell må bidra på en systematisk måte til at rettigheter blir gjort kjent og forstått. Når ansatte i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten får felles arbeidsgiver med ansatte i den kommunale helse- og omsorgstjenesten som følge av oppgaveoverføringen, forventes det å kunne bli enklere å få dette samarbeidet til å fungere.

I henhold til helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 tredje ledd skal kommunen planlegge og gjennomføre virksomheten slik at tjenestens omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift. Kommunen har en plikt til å legge til rette for at pasienten får oppfylt sine rettigheter. I henhold til § 3 i "kvalitetsforskriften" (forskrift 27. juni 2003 nr. 792 om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting, som er hjemlet i helse- og omsorgstjenesteloven § 13-2), skal kommunen etablere et system av prosedyrer som søker å sikre at tjenesteapparatet og tjenesteyterne kontinuerlig tilstreber at den enkelte bruker får de tjenester vedkommende har behov for til rett tid. Kommunen skal utarbeide skriftlige nedfelte prosedyrer som sikrer at brukere av pleie- og omsorgstjenester får tilfredsstilt grunnleggende behov. Med det menes blant annet nødvendig tannbehandling og ivaretatt munnhygiene. Kommunen har dermed ansvar for å legge forholdene til rette for at pasienten skal få tilgang til nødvendig tannbehandling.

En del kommuner leverer i dag ikke ut navnelister til fylkeskommunene med henvisning til taushetsplikten. Reglene om taushetsplikt er ment å beskytte, men ikke forhindre at noen får den hjelpen de har krav på. Taushetspliktreglene skal hindre at informasjon om personers sykdomsforhold eller andre personlige forhold skal bli kjent for uvedkommende. Lovverket er ikke til hinder for at slik informasjon kan gis på en betryggende måte basert på individuelt samtykke. Departementet er derfor av den oppfatning at det ikke er nødvendig å foreslå endringer i regelverket for at kommunen skal kunne ivareta sin forpliktelse om å gi et oppsøkende tilbud til de som har rett til tannhelsehjelp. Den enkelte kommune må i stedet sørge for rutiner for å informere pasienter og brukere om tannhelsetilbudet, og innhente samtykke fra den enkelte til å gi tannhelsetjenesten informasjon om at vedkommende ønsker å benytte seg av tilbudet om offentlig tannhelsehjelp.

Departementet foreslår på denne bakgrunn at bestemmelsen i tannhelsetjenesteloven § 1-3 første ledd andre punktum videreføres i helse- og omsorgstjenesteloven, slik at kommunen pålegges plikt til å gi et regelmessig og oppsøkende tilbud til bestemte grupper av befolkningen. Det vises til den nærmere gjennomgangen av de bestemte gruppene i § 1-3 første ledd bokstav a til e nedenfor.

5.9.3 Barn og unge fra fødsel til og med det året de fyller 18 år

Kriteriene for å omfattes av gruppe a er basert på alder. Bakgrunnen for at det offentlige er pålagt ansvar for å gi et regelmessig og oppsøkende tannhelsetilbud til barn og unge, er

at det er i barne- og ungdomstiden at grunnlaget legges for en god tannhelse livet ut gjennom jevnlig innsats og forebyggende tiltak. Tannsykdommer går sjelden over av seg selv. Konsekvensene av sykdommene eller av behandlingen, for eksempel ved karies og tannkjøtt sykdommen periodontitt, er varige skader livet ut som innebærer risiko for ytterligere skader. Tilsvarende prinsipp om at barn og unge skal tilbys tannhelsehjelp enten gratis eller med redusert egenandel, er lagt til grunn i lovgivningen også i de andre nordiske landene. Departementet foreslår ingen endringer i det offentliges ansvar for tannhelsetilbud til barn og unge i forbindelse med oppgaveoverføringen til kommunene. Departementet foreslår å videreføre innholdet i gjeldende bestemmelse i tannhelsetjenesteloven § 1-3 første ledd bokstav a, med enkelte språklige justeringer av hensyn til forenkling. Det foreslås at formuleringen "fra fødsel" tas ut, da det er ganske selvsagt at dette er tidligst mulig starttidspunkt for det offentliges ansvar og denne formuleringen er dermed overflødig.

Det vises til departementets forslag til ny § 3-2 b første ledd nr. 1 i helse- og omsorgstjenesteloven under punkt 5.9.12.

5.9.4 Ungdom som fyller 19 eller 20 år i behandlingsåret

Kriteriene for å omfattes av gruppe d er også basert på alder. For å ta vare på den gode tannstatusen som mange unge har oppnådd ved fylte 18 år, er det viktig at også 19- og 20-åringer fortsatt kan motta et regelmessig og oppsøkende tannhelsetilbud fra det offentlige. Mange unge voksne endrer bosted og kanskje også livsstil i slutten av tenårene eller når de er ferdige med videregående skole ved at de flytter hjemmefra for videre studier eller arbeid. Dette kan innebære uregelmessigheter med hensyn til måltider og kosthold. Samtidig skal de fleste klare seg selv økonomisk og bevisstheten omkring å oppsøke tannpleier eller tannlege for regelmessige tannhelseundersøkelser kan bli mindre. Det anses ikke aktuelt å gjøre endringer i det offentliges ansvar for tannhelsetjenester til denne aldersgruppen.

For barn og unge er den øvre aldersgrensen for fylkeskommunens ansvar satt til og med det året de fyller 18, det vil si kalenderåret. For unge over 18 år er den øvre aldersgrensen unge som fyller 20 år "i behandlingsåret", det vil si fødselsdatoen. Dette praktiseres imidlertid slik at behandlingsår regnes som kalenderår. Departementet mener at uttrykket "behandlingsår" er uklart og at det i tråd med gjeldende praksis bør komme klart frem i lovverket at det er kalenderår som legges til grunn. Dette vil føre til at reglene blir de samme for alle barn og unge, uavhengig av om de tilhører gruppe a eller d. Det er en fare for at færre vil kunne benytte seg av sine rettigheter hvis disse er knyttet til fødselsdatoen, spesielt for de som er født i begynnelsen av kalenderåret. Fylkeskommunens ansvar bør derfor gjelde for hele kalenderåret den enkelte fyller 20 år, og ikke kun frem til fødselsdato. Dette vil innebære at de som er født tidlig på året har rettigheter som i praksis varer nesten helt til de fyller 21 år.

Departementet foreslår at innholdet i bestemmelsen i tannhelsetjenesteloven § 1-3 første ledd bokstav d videreføres, med de justeringer som følger av avsnittet over som innebærer en kodifisering av gjeldende praksis.

Av hensyn til forenkling av lovverket foreslås det at bestemmelsen om barn og unge til og med fylte 18 år slås sammen med bestemmelsen om unge fra 19 til og med fylte 20 år. Det har bare betydning å sondre mellom disse to gruppene når det gjelder betaling av vederlag.

Det vises til departementets forslag til ny § 3-2 b første ledd nr. 1 i helse- og omsorgstjenesteloven under punkt 5.9.12.

5.9.5 Psykisk utviklingshemmede i og utenfor institusjon

Kriteriene for å omfattes av gruppe b er basert på diagnose. Begrepet "psykisk utviklingshemmede" er ikke nærmere definert i loven og begrepet har ikke et entydig innhold. Fylkeskommunens ansvar for å sørge for nødvendig tannhelsehjelp for psykisk utviklingshemmede gjelder uavhengig av om de mottar andre helse- og omsorgstjenester fra kommunen eller fra spesialisthelsetjenesten. Formuleringen "i og utenfor institusjon" har i realiteten ingen betydning og er derfor overflødig. I tråd med HVPU-reformen bor mange personer med psykisk utviklingshemming i dag i egen bolig eller i kommunal omsorgsbolig. Departementet mener derfor at det vil være mest hensiktsmessig at kommunens ansvar for tannhelsetjenester er knyttet til diagnoser (F70, F71, F72 eller F73) som klassifiserer til utviklingshemming og ikke til hvorvidt personen oppholder seg i institusjon.

Departementet foreslår å erstatte formuleringen "psykisk utviklingshemmede" med "personer med psykisk utviklingshemming". Denne betegnelsen er i tråd med oppdatert faglig språkbruk og internasjonale diagnoseverktøy. Departementet viser til at utviklingshemming i seg selv innebærer en form for funksjonsnedsettelse. I henhold til Verdens Helseorganisasjons definisjoner av utviklingshemming i det internasjonale klassifikasjonssystemet ICD-10, kan utviklingshemming forekomme både med og uten andre psykiske eller somatiske lidelser. Begrensningen som ligger i at funksjonsnedsettelsen må være av psykisk art, foreslås videreført. En eventuell fjerning av vilkåret om at funksjonsnedsettelsen helt eller delvis må være av psykisk art, vil kunne ha betydelige økonomiske konsekvenser. Det vil si at personer med psykisk utviklingshemming fortsatt skal gis et regelmessig og oppsøkende tilbud fra tannhelsetjenesten. Departementet foreslår å videreføre innholdet i tannhelsetjenesteloven § 1-3 første ledd bokstav b, men med noe endret ordlyd. Endret begrepsbruk medfører ingen endringer i forhold til gjeldende rett.

Det vises til departementets forslag til ny § 3-2 b første ledd nr. 2 i helse- og omsorgstjenesteloven under punkt 5.9.12.

5.9.6 Grupper av eldre, langtidssyke og uføre i institusjon og hjemmesykepleie

5.9.6.1 Utgangspunkt

Kriteriene for å omfattes av gruppe c er i første rekke basert på at pasienten eller brukeren mottar helse- og omsorgstjenester fra kommunen og/eller spesialisthelsetjenesten, i eller

utenfor institusjon. Det vil si at retten til tannhelsetjenester er en såkalt avledet rettighet og ikke knyttet til alder, diagnose eller andre forhold.

Det er flere uklarheter ved dagens regulering av det offentlige tannhelsetilbudet til personer som omfattes av gruppe c. Retten til tannhelsehjelp er, med unntak av opphold på institusjon i spesialisthelsetjenesten, kun betinget av at vedkommende får tildelt helse- og omsorgstjenester fra kommunen, enten i egen bolig eller i institusjon. Tannhelsehjelp gis uavhengig av omfanget av det totale hjelpebehovet og det faktiske behovet for tannhelsehjelp. Tannhelsetjenesteloven gir heller ingen anvisning på hvilke institusjoner som er omfattet av bestemmelsen i § 1-3 første ledd bokstav c, hva som ligger i begrepet "hjemmesykepleie" eller hvem som regnes som "grupper av eldre, langtidssyke eller uføre".

Etter departementets vurdering er det behov for en klargjøring av rekkevidden av gjeldende bestemmelse i tannhelsetjenesteloven § 1-3 første ledd bokstav c ved innpassing i helse- og omsorgstjenesteloven. Videre er det behov for å justere kriteriene for tildeling av tannhelsehjelp for å få større treffsikkerhet når det gjelder hvilke personer som har et reelt behov for offentlig tannhelsehjelp som følge av redusert evne til egenomsorg i kombinasjon med stor risiko for utvikling av tannsykdom mv.

Samtidig er det et bærende hensyn at stortingsflertallet i forbindelse med behandlingen av Oppgavemeldingen har lagt til grunn at individuelle rettigheter skal ligge fast ved overføringen av oppgaver til kommunen. Det betyr at ingen skal få innskrenket sine rettigheter til tannbehandling fra det offentlige som følge av at ansvaret for tannhelsetjenester overføres til kommunen. Lovforslagene i dette høringsnotatet knyttet til personer i gruppe c er dermed en videreføring av gjeldende rett med enkelte justeringer som følge av tilpasninger til den nye begrepsbruken i helse- og omsorgstjenesteloven.

Ideelt sett bør det i større grad være opp til kommunen selv å vurdere den enkeltes behov for tannhelsehjelp, slik det er for andre kommunale helse- og omsorgstjenester.

Forslagene i høringsnotatet legger imidlertid ikke opp til større grad av skjønnsutøvelse fra kommunens side når det gjelder å ta stilling til hvem som har behov for nødvendig tannhelsehjelp. Dette har sammenheng med at det ikke er aktuelt å innføre universelle rettigheter til nødvendig tannhelsehjelp for alle som oppholder seg i kommunen, på linje med det som gjelder for andre kommunale helse- og omsorgstjenester. Innføring av universelle rettigheter til offentlig tannhelsehjelp vil ha en betydelig kostnadsside. Uavhengig av oppgaveoverføringen, vil departementet på et senere tidspunkt vurdere nærmere avgrensninger av personkretsen for rett til tannhelsetjenester med det siktemål å bidra til en best mulig prioritering av de samlede offentlige tannhelsetjenesteressursene. Dette temaet har reformkarakter og ligger dermed utenfor rammene for regulering av oppgaveoverføringen i dette høringsnotatet.

5.9.6.2 "Grupper av eldre, langtidssyke og uføre"

Etter departementets vurdering er personkretsen som er angitt i tannhelsetjenesteloven § 1-3 første ledd bokstav c upresis og språkbruken er til dels utdatert. Dette gjør det vanskelig å klargjøre omfanget av fylkeskommunens ansvar etter loven og hvem som har tilsvarende rettigheter etter loven. Ved innpassing i helse- og omsorgstjenesteloven

foreslår departementet at disse betegnelsene erstattes med det mer nøytrale "personer" som benyttes ellers i helse- og omsorgstjenesteloven. Videre at det, som i dag, er den avledede retten til tjenestene som blir avgjørende for omfanget av kommunens plikter. Siden det fortsatt vil være en forutsetning at aktuelle personer mottar andre helse- og omsorgstjenester fra kommunen enten i hjemmet eller i institusjon, vil ikke endret begrepsbruk i seg selv innebære en utvidelse av personkretsen som har rettigheter til tannhelsehjelp.

5.9.6.3 "Institusjon"

Gjeldende rett

Begrepet "i institusjon" er ikke definert i tannhelsetjenesteloven eller dens forarbeider. Ordlyden gir ingen begrensning i behandlingsnivå; det vil si om det menes kommunale institusjoner eller institusjoner under spesialisthelsetjenesten.

Forskrift 24. mai 1984 nr. 1258 om vederlag for tannhelsetjenester i den offentlige tannhelsetjenesten regulerer hvilke grupper som skal gis vederlagsfri tannbehandling av fylkeskommunen. I departementets merknader til forskriftens § 2 er institusjonsbegrepet i tannhelsetjenesteloven nærmere definert og avgrenset. Departementet har i merknadene lagt til grunn at med "institusjon" i denne sammenhengen menes sykehus, sykehjem, aldershjem o.l. som får sitt budsjett og regnskap godkjent av og tilskudd til drift fra en offentlig instans, eller er tatt med i kommunal eller fylkeskommunal helse- og sosialplan. Bakgrunnen for at kommunale institusjoner er nevnt i forskriften, er at fylkeskommunen ved tannhelsetjenestelovens ikrafttredelse var tillagt ansvaret for sykehjemmene. For å ha rett til vederlagsfri tannhelsehjelp er det et vilkår at pasienten har hatt opphold i institusjon sammenhengende i minst tre måneder. Dette er imidlertid ikke et vilkår for selve retten til tannhelsehjelp.

Som en konsekvens av sykehusreformen i 2002 ble ansvaret for spesialisthelsetjenesten overført fra fylkeskommunene til staten ved de regionale helseforetakene. Det betyr at ikke bare kommunale, men også statlige helseinstitusjoner omfattes av institusjonsbegrepet i tannhelsetjenesteloven. Det samme gjelder private helseinstitusjoner som har avtale med kommune eller regionalt helseforetak. Slike private institusjoner må anses for å være finansiert over offentlige budsjetter. Innenfor spesialisthelsetjenesten vil både somatiske sykehus/avdelinger, institusjoner/avdelinger innenfor psykisk helsevern og institusjoner/avdelinger innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling omfattes. Opphold i private behandlingssteder som verken har avtale med kommune eller regionalt helseforetak faller utenfor tannhelsetjenesteloven § 1-3 første ledd bokstav c. Det samme gjør poliklinisk behandling som ikke medfører innleggelse i institusjon. Spesialisthelsetjenesteloven har flere bestemmelser som pålegger "helseinstitusjoner etter loven her" plikter, men loven gir ingen definisjon av institusjonsbegrepet.

Institusjonsbegrepet må i alle tilfelle avgrenses til å omfatte helseinstitusjoner, og ikke for eksempel fengselsinstitusjoner mv. Tannhelsetilbudet til fengselsinnsatte er omtalt under punkt 5.9.10.

I følge helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav c skal kommunen tilby plass i institusjon, herunder sykehjem. I forskrift 16. desember 2011 nr. 1254 fastsatt med hjemmel i § 3-2 andre ledd, er det gitt en nærmere angivelse av begrepet "institusjon" i helse- og omsorgstjenesteloven og begrepet "institusjon under den kommunale helse- og omsorgstjenesten" som benyttes i pasientskadeloven. Som institusjon regnes her:

- Institusjon med heldøgns helse- og omsorgstjenester for barn og unge under 18 år som bor utenfor foreldrehjemmet som følge av behov for tjenester (barnebolig), herunder avlastningsboliger
- Institusjon med heldøgns helse- og omsorgstjenester for rusmiddelavhengige
- Aldershjem
- Sykehjem
- Døgnplasser som kommunen oppretter for å sørge for tilbud om døgnopphold for øyeblikkelig hjelp.

Plikten til å tilby døgnopphold for øyeblikkelig hjelp følger av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-5 tredje ledd. Bestemmelsen trådte i kraft 1. januar 2016 for så vidt gjelder somatisk helsehjelp.

Departementets vurdering og forslag

Da tannhelsetjenesteloven trådte i kraft i 1984, var sykehjem mv. et fylkeskommunalt ansvar. Ansvaret for sykehjemmene ble overført til kommunen i 1988. Ved overføringen av det offentlige ansvar for tannhelsetjenester til kommunen, er det derfor naturlig og hensiktsmessig at ansvaret for tannhelsetjenester til pasienter i sykehjem mv. videreføres på kommunalt nivå.

Etter departementets vurdering er det formålstjenlig at institusjonsbegrepet som er beskrevet i forskriften til helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 legges til grunn ved fastleggingen av kommunens fremtidige ansvar for tannhelsetjenester til personer under opphold i kommunal helse- og omsorgsinstitusjon. Helse- og omsorgstjenestelovens institusjonsbegrep skiller seg i praksis ikke nevneverdig fra tannhelsetjenestelovens institusjonsbegrep. Tannhelsetjenestelovens institusjonsbegrep har gjennom årenes løp vært gjenstand for en dynamisk tolkning i tråd med utviklingen innenfor den øvrige helse- og omsorgstjenesten. Barn og unge under 21 år og psykisk utviklingshemmede vil imidlertid ha rett til nødvendig tannhelsehjelp uavhengig av om de oppholder seg i eller utenfor institusjon, jf. punkt 5.9.3 og 5.9.4. Etter departementets vurdering bør ikke kommunale døgnplasser som opprettes for å tilby øyeblikkelig hjelp kvalifisere for rett til tannhelsehjelp, ettersom dette tjenestetilbudet ikke er ment å vare utover noen få dager.

Videre foreslår departementet å videreføre det offentlige ansvar for å yte tannhelsehjelp til pasienter som er innlagt i statlige helseinstitusjoner eller private helseinstitusjoner som har avtale med regionalt helseforetak. Det betyr at kommunens ansvar for tannhelsehjelp vil strekke seg inn i spesialisthelsetjenesten. Dette er ikke prinsipielt forskjellig fra det ansvaret fylkeskommunen har i dag. Fylkeskommunen eier dessuten ingen egne helseinstitusjoner.

Frem til 2002 eide imidlertid fylkeskommunene sykehusene, og det var derfor en naturlig følge av dette at fylkeskommunen også hadde ansvar for tannhelsehjelp til innlagte pasienter. Det ble ikke gjort endringer i dette ansvaret i forbindelse med sykehusreformen. Kommunen er i en annen situasjon enn fylkeskommunen var i da tannhelsetjenesteloven ble vedtatt. Det kan på denne bakgrunn reises spørsmål om det er naturlig at ansvaret for tannhelsehjelp til pasienter innlagt i helseinstitusjon i spesialisthelsetjenesten bør videreføres på kommunalt nivå. Alternativet er at de regionale helseforetakene selv må ivareta behov for tannhelsehjelp for pasienter som er innlagt i helseinstitusjon i spesialisthelsetjenesten over tid. Det vises til at det i 2012 ble etablert en forsøksordning med sykehusodontologi som innebærer at det gis tilskudd til oppbygging av tannhelsetilbudet til pasienter innlagt på sykehus, jf. Prop. 1 S (2015-2016) kapittel 770 post 21. Dette tilbudet gis foreløpig ved sykehus i Tromsø, Trondheim, Bergen og Oslo. Forsøket omfatter forebyggende tjenester, opplæring av sykehusansatte i munnstell samt undersøkelse og behandling av sykehusets pasienter. Tjenestene skal blant annet rettes inn mot pasienter hvor tannhelseforhold har sammenheng med eller påvirker den sykdommen pasienten er innlagt for.

Departementet viser imidlertid til Stortingets vedtak i forbindelse med behandlingen av Oppgavemeldingen, hvor det er forutsatt at fylkeskommunens samlede ansvar for allmenntannhelsetjenester og spesialisttannhelsetjenester overføres til kommunen. Etter departementets vurdering vil en løsning hvor ansvaret for tannhelsehjelp under opphold i helseinstitusjon i spesialisthelsetjenesten forankres hos de regionale helseforetakene, medføre en uheldig oppsplitting av det offentliges ansvar for tannhelsetjenester på henholdsvis statlig og kommunalt nivå. Dette vil kunne få betydning for pasienters rettigheter til tannhelsehjelp. Barn og unge har rett til et regelmessig og oppsøkende tannhelsetilbud og annen nødvendig tannhelsehjelp, også mens de er innlagt i helseinstitusjon. Det er viktig at dette offentlige ansvaret har en klar rettslig forankring. Det vises til at barn også har rett til undervisning under opphold i helseinstitusjon, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 6-4. Det fremgår av opplæringslova § 13-3 a at det er fylkeskommunen som har ansvar for å oppfylle retten til grunnskoleopplæring, spesialpedagogisk hjelp og videregående opplæring for pasienter i helseinstitusjoner i spesialisthelsetjenesten.

Statistikk fra KOSTRA viser en nær sammenheng mellom opphold i institusjon og øvrig hjelpebehov. Pasienter som oppholder seg i institusjon over lengre tid vil som regel ha alvorlig sykdom med omfattende bruk av legemidler som gir bivirkninger, betydelig svekket fysisk og kognitiv funksjonsevne samt sterkt redusert evne til egenomsorg/personlig hygiene. De greier ofte ikke å ta vare på egen tannhelse og har økt risiko for å utvikle tannhelseproblemer. De vil generelt ha større behov for et regelmessig og oppsøkende tannhelsetilbud fra det offentlige enn andre. Vilkåret "i institusjon" vil derfor fortsatt være egnet som kriterium for rett til nødvendig tannhelsehjelp ved regulering i helse- og omsorgstjenesteloven.

Departementet foreslår på denne bakgrunn at dagens formulering om "grupper av eldre, langtidssyke og uføre i institusjon" erstattes med formuleringen "personer som mottar helsehjelp i institusjon, herunder helseinstitusjoner i spesialisthelsetjenesten".

Det vises til departementets forslag til ny § 3-2 b første ledd nr. 3 i helse- og omsorgstjenesteloven under punkt 5.9.12.

5.9.6.4 "Hjemmesykepleie"

Hjemmesykepleie har tradisjonelt bestått av sykepleie, i form av lettere behandling, sårbehandling og legemiddelhåndtering mv. Også psykiatrisk sykepleie har vært omfattet. Begrepet "hjemmesykepleie" var nedfelt i kommunehelsetjenesteloven, men er ikke videreført i helse- og omsorgstjenesteloven. Helse- og omsorgstjenesteloven benytter i stedet begrepet "helsetjenester i hjemmet". Hensikten med begrepsendringen har vært å tydeliggjøre at det kan dreie seg om ulike helsetjenester som ytes hjemme hos pasienten. Det er ikke noen rettslige grenser for omfang og type helsetjenester som kan ytes i pasientens hjem. Dette vil bero på en forsvarlighets- og hensiktsmessighetsvurdering.

Bakgrunnen for at deltjenesten "sykepleie, herunder helsesøstertjeneste og hjemmesykepleie" i kommunehelsetjenesteloven ikke ble videreført, var at departementet i helse- og omsorgstjenesteloven tok sikte på en mer overordnet og profesjonsnøytral regulering av kommunens plikt til å tilby eller yte nødvendige helse- og omsorgstjenester. Som følge av dette ville det ikke lenger være aktuelt å operere med en så detaljert eller profesjonsspesifikk angivelse av de ulike deltjenestene som kommunens totale tjenestetilbud kan bestå av, jf. Prop. 91 L (2010-2011) punkt 15.5.10 side 191 flg.

I vedlegg til brev av 21. desember 2011 adressert til landets kommuner, fylkeskommuner mfl. om samhandlingsreformen og informasjon om ikraftsetting av lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, har Helse- og omsorgsdepartementet blant annet uttalt følgende om forholdet til tannhelsetjenesteloven:

"Begrepet «hjemmesykepleie» er ikke videreført i ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. I stedet benyttes blant annet begrepet «helsetjenester i hjemmet», jf. § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav a. Med «helsetjenester i hjemmet» søkes det å tydeliggjøre at det her dreier seg om ulike helsetjenester som kan ytes hjemme hos pasienten. Helsetjenester i hjemmet vil blant annet omfatte det som i dag omtales som hjemmesykepleie. I tillegg kan ergoterapi, fysioterapi og fotterapi være aktuelle tjenester. En konsekvens av dette er at det vil være en ulikhet i tjenestebegrepet i helse- og omsorgstjenesteloven og tannhelsetjenesteloven. Det presiseres at lov om kommunale helse- og omsorgstjenester ikke skal ha endrede rettslige eller økonomiske konsekvenser for rett til tannhelsetjenester fra fylkeskommunen."

Departementet legger etter dette til grunn at begrepet "hjemmesykepleie" i tannhelsetjenesteloven § 1-3 første ledd bokstav c ikke lenger har noen selvstendig rettslig betydning, og at dette begrepet dermed ikke lenger er like egnet som vilkår for rett til tannhelsehjelp. Spørsmålet er om det finnes andre kriterier som kan erstatte dette begrepet uten at det medfører vesentlige endringer i gjeldende rett.

Da tannhelsetjenesteloven ble vedtatt i 1983 var helse- og omsorgstjenestene organisert slik at mange personer oppholdt seg i institusjon over lang tid, særlig i aldershjem,

psykisk helsevern mv. Reformen innenfor psykisk helsevern og HVPU-reformen har medført at flere enn før bor utenfor institusjon. Utviklingen har over tid gått fra institusjonsbaserte tjenester til hjemmebaserte/polikliniske tjenester og fra praktisk bistand til helsetjenester, hvor det er hjemmesykepleie som vokser. I løpet av de siste tiårene er tallet på yngre tjenestemottakere under 67 år nesten tredoblet og utgjør snart 40 prosent av de som mottar slike tjenester.

Tall fra SSB viser at det ved utgangen av 2014 var i alt om lag 272 000 personer som mottok kommunale institusjons- og hjemmetjenester. Av disse hadde om lag 43 000 opphold i institusjon, mens rundt 180 000 mottok hjemmesykepleie og/eller praktisk bistand i eget hjem/omsorgsbolig. De fleste får relativt få timer hjemmesykepleie per uke. Tall fra SSB for 2011 (før begrepet "hjemmesykepleie" gikk ut som egen statistikkategori) viser at hver pasient i gjennomsnitt mottok 4,6 timer hjemmesykepleie per uke. Videre viser tall for 2011 at rundt 54 prosent av tjenestemottakerne fikk mindre enn to timer hjemmesykepleie per uke. Samtidig var andelen brukere av hjemmesykepleie som har benyttet seg av retten til vederlagsfri tannbehandling fra fylkeskommunen jevnt over lav; om lag 30 prosent i 2011. Det finnes ikke eksakte tall for forbruk av andre kommunale helsetjenester som pasienter kan motta hjemme, som for eksempel fysioterapi eller fotterapi. KOSTRA-rapporteringen skiller ikke mellom ulike typer helsetjenester i hjemmet.

En mulig løsning er å knytte kommunens ansvar for tannhelsetjenester til personer som mottar "helsetjenester i hjemmet" etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav a, basert på tildelingsvedtak fra kommunen. Et slikt vilkår vil være enkelt å praktisere og sikre ensartet praksis i kommunene. Det er opp til kommunen å avgjøre hvilke helsetjenester pasienten har behov for og om det er forsvarlig å yte aktuelle tjenester i pasientens hjem. Forutsetningen om tildelingsvedtak betyr at for eksempel sykebesøk fra fastlege i hjemmet i seg selv ikke vil gi rett til tannhelsehjelp fra kommunen. Ved å knytte retten til tannhelsehjelp fra kommunen opp mot helsetjenester som mottas i hjemmet, vil man ta høyde for en ønsket utvikling der en større del av de kommunale helse- og omsorgstjenestene ytes i pasientens egen bolig. Med denne løsningen vil oppsøkende tjenester i pasientens hjem som inngår som en del av kommunens ansvar og som faller inn under definisjonen av "helsehjelp" i helselovgivningen uten nødvendigvis å være sykepleie, også gi rett til nødvendig tannhelsehjelp fra kommunen. Dette kan særlig være aktuelt for personer med alvorlig psykisk lidelse kombinert med rusavhengighet som bor i egen bolig.

Siden begrepet "helsetjenester i hjemmet" omfatter mer enn sykepleie, vil bruk av dette begrepet som tilknytningskriterium føre til at flere får rettigheter til offentlig tannhelsehjelp enn i dag. Tallene over viser imidlertid at de aller fleste som mottar helsetjenester i hjemmet i dag, får dette i form av sykepleie og at det er her fremtidig vekst i tjenesteforbruk vil være. Det er sannsynligvis et lite antall personer som kun mottar andre helsetjenester i hjemmet enn sykepleie. Andre helsetjenester i hjemmet, som for eksempel fysioterapi, utgjør et begrenset innslag. Departementet legger etter dette til grunn at det trolig ikke vil bli mange nye rettighetshavere som følge av endrede vilkår.

Antallet som mottar hjemmesykepleie er ikke statisk, men er langt på vei avhengig av hvordan kommunene organiserer sine omsorgstjenester og av innholdet i tildelingsvedtakene. Etter departementets vurdering er det derfor en viss fare for at en automatisk utvidelse av retten til tannhelsehjelp som følge av at personer mottar "helsetjenester i hjemmet", kan føre til at kommunen ut fra økonomiske hensyn i mindre grad velger å tilby hjemmebaserte tjenester og at tjenesteytingen dreies mer over på institusjonsopphold. Bruk av begrepet "helsetjenester i hjemmet" kan således ha uheldige vridningseffekter for innretningen av tjenestetilbudet. Ettersom det er usikkert hvilke konsekvenser en slik utvidelse av rettighetene kan ha, anbefaler departementet i stedet å videreføre begrepsbruken så tett opp til begrepet "hjemmesykepleie" som mulig. Det vises i den forbindelse til punkt 3.2.5 hvor det foreslås å lovfeste et eksplisitt krav til at kommunen skal ha tilknyttet "sykepleier" som en del av kjernekompetansen som kommunen må ha for å utføre sine lovpålagte oppgaver. Departementet foreslår på denne bakgrunn at begrepet "hjemmesykepleie" erstattes med formuleringen "helsetjenester i hjemmet i form av sykepleie". Dette kriteriet viderefører dagens rettstilstand uendret, men tar samtidig høyde for begrepsbruken i helse- og omsorgstjenesteloven.

Ulempen ved å bruke "helsetjenester i hjemmet i form av sykepleie" som vilkår er at retten til tannhelsehjelp fortsatt vil være en avledet rettighet, uten at retten nødvendigvis har sammenheng med det faktiske behovet for tannhelsehjelp. Rettigheter til nødvendig tannhelsehjelp bør fortrinnsvis beholdes personer som må antas å ha reduserte forutsetninger for å ivareta egen tannhelse og som derfor har ekstra risiko for å utvikle tannsykdom. Trolig vil mange av de som mottar hjemmesykepleie for eksempel bare to timer i uken og som for øvrig ikke har stort hjelpebehov, selv være i stand til å ta vare på egen tannhelse og forebygge tannsykdom, for eksempel som følge av munntørrhet ved bruk av legemidler. Å knytte retten til tannhelsehjelp til hvorvidt pasienten mottar "helsetjenester i hjemmet i form av sykepleie", kan i lys av dette fremstå som lite treffsikkert når det gjelder å fange opp de som har antatt størst behov for tannhelsehjelp fra det offentlige. Departementet viser i den forbindelse til punkt 5.9.6.1, hvor det fremgår at departementet på et senere tidspunkt vil vurdere nærmere vilkårene for rett til tannhelsehjelp med det siktemål å bidra til en best mulig prioritering av de samlede offentlige tannhelsetjenesteressursene.

Departementet ser det per i dag ikke som hensiktsmessig å lovfeste krav om mottak av helsetjenester i hjemmet i form av sykepleie i et nærmere fastsatt omfang for å ha rett til tannhelsehjelp fra kommunen, for eksempel ved å stille krav om et visst (minimum) antall tildelte tjenestetimer per uke. Et slikt krav vil innskrenke rettighetene for mange som i dag har rettigheter, noe som ikke vil være i tråd med stortingsflertallets føringer ved behandlingen av Oppgavemeldingen. Denne type vilkår vil enten forutsette detaljregulering i lov/forskrift eller at det blir opp til den enkelte kommune å vurdere behovet for tannhelsehjelp ut fra omfanget av behovet for sykepleietjenester i hjemmet, hvilket i sistnevnte tilfelle kan føre til økt forskjellsbehandling mellom kommunene.

Departementet foreslår at dagens formulering om "grupper av eldre, langtidssyke og uføre i hjemmesykepleie" erstattes med "personer som mottar helsetjenester i hjemmet i form av sykepleie".

Det vises til departementets forslag til ny § 3-2 b første ledd nr. 4 i helse- og omsorgstjenesteloven under punkt 5.9.12.

5.9.7 Andre grupper som kommunen har vedtatt å prioritere

I henhold til tannhelsetjenesteloven § 1-3 første ledd bokstav e kan fylkeskommunen på eget initiativ vedta at andre grupper i tillegg til de som er nevnt i bokstav a til d, skal gis et tannhelsetilbud etter loven. Dette følger for så vidt allerede av prinsippet om at kommuner og fylkeskommuners kompetanse er negativt avgrenset og er strengt tatt ikke nødvendig å lovfeste. Det betyr at fylkeskommunen utover å løse de lovpålagte oppgavene, står fritt til å drive annen virksomhet som den finner formålstjenlig.

I forbindelse med at Stortinget i 2005 vedtok at personer i den kommunale rusomsorgen skulle gis et utvidet fylkeskommunalt tilbud om tannhelsetjenester, oppfordret departementet fylkeskommunene om å vurdere behovet for et lokalt vedtak om å innlemme denne persongruppen i bokstav e. Flere fylkeskommuner har gjort dette. Andre eksempler på grupper som fylkeskommuner har vedtatt å gi et tilbud til, er pasienter og brukere som mottar pleie av pårørende og pasienter innenfor psykisk helsevern som får poliklinisk behandling i spesialisthelsetjenesten.

I den grad fylkeskommunen har vedtatt å gi et tannhelsetilbud til grupper som ikke følger direkte av loven, er dette bindende for fylkeskommunen. Det betyr at også grupper som omfattes av vedtak etter bokstav e vil ha rettigheter til nødvendig tannhelsehjelp fra fylkeskommunen etter tannhelsetjenesteloven § 2-1.

Prioriteringsendringer må antas å være av en slik art at de faller innenfor forvaltningslovens regler om forskrifter. Det betyr at det vedtatte tjenestetilbudet ikke kan endres uten å følge saksbehandlingsreglene for forskrifter i forvaltningsloven kapittel VII, blant annet om alminnelig høring. Det vises til Helsedepartementets uttalelser i punkt 4.3 side 10 i Ot.prp. nr. 54 (2001-2002) *Om lov om endringer i lov 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og i enkelte andre lover (forenkling av statlig regelverk rettet mot kommunesektoren m.v.)*. Se også punkt 5.7.2. om forvaltningslovens anvendelse.

Det vises til departementets forslag til lovfesting av fylkeskommunens ansvar for tannhelsetjenester til personer med rusavhengighet under punkt 5.9.9. Ved at dette tilbudet foreslås lovregulert, vil behovet for en bestemmelse som tilsvarer bokstav e i tannhelsetjenesteloven § 1-3 første ledd være mindre enn før. Bortfall av en slik bestemmelse vil uansett ikke være til hinder for at kommunen fortsatt kan velge å gi et tilbud til for eksempel personer med psykiske lidelser, jf. prinsippet om kommunens negative kompetanse. Konsekvensen av å fjerne bestemmelsen i bokstav e er imidlertid at de aktuelle personene automatisk vil miste sine lovfestede rettigheter til nødvendig tannhelsehjelp etter tannhelsetjenesteloven § 2-1. Bestemmelsen er derfor ikke helt

overflødig. Departementet foreslår på denne bakgrunn å videreføre hjemmelen slik at det fremgår klart også av helse- og omsorgstjenesteloven at kommunen har anledning til å vedta å gi et tannhelsetilbud til personer som ikke omfattes av gruppene som er listet opp i bokstav a til d.

Tidligere vedtak (lokale forskrifter) som er truffet av fylkeskommunen på grunnlag av tannhelsetjenesteloven § 1-3 første ledd bokstav e, vil ikke være bindende for kommunen. Det forutsettes at kommunen selv vurderer behovet for å videreføre et eventuelt tannhelsetilbud til de aktuelle gruppene ut fra de lokale forholdene.

Det vises til departementets forslag til ny § 3-2 b andre ledd i helse- og omsorgstjenesteloven under punkt 5.9.12.

5.9.8 Tannhelsetjenester til voksne mot betaling

Voksne personer som ikke omfattes av noen av gruppene i bokstav a til e, faller i utgangspunktet utenfor fylkeskommunens ansvar etter tannhelsetjenesteloven. Voksne uten rettigheter etter loven er i hovedsak henvist til å oppsøke private tjenesteytere og må dekke behandlingsutgiftene selv basert på fri prissetting.

Hovedregelen etter tannhelsetjenesteloven § 1-3 tredje ledd første punktum er at den offentlige tannhelsetjenesten på eget initiativ kan vedta å yte tjenester til voksne pasienter mot betaling "etter fylkeskommunens bestemmelser". I likhet med bestemmelsen i § 1-3 første ledd bokstav e, er denne bestemmelsen isolert sett overflødig.

Med virkning fra 1. januar 2015 ble § 1-3 tredje ledd endret, slik at departementet i tredje ledd andre punktum fikk hjemmel til å forskriftsfeste at fylkeskommunen skal sørge for å tilby tannhelsetjenester til voksne i områder av fylket der det ikke foreligger annet tilstrekkelig tilbud. Det vises til forskrift 19. desember 2014 nr. 1820 om krav til føring av atskilte regnskaper mv. Bakgrunnen for lovendringen og forskriften fremgår av Prop. 16 L (2014-2015) *Endringer i tannhelsetjenesteloven (tiltak for å unngå kryssubsidiering)*. Se nærmere omtale under punkt 5.19.4.

Tidligere "bestemmelser" (lokale forskrifter) som er fastsatt av fylkeskommunen når det gjelder tannhelsetilbud til voksne uten rettigheter etter tannhelsetjenesteloven, vil ikke være bindende for kommunen. Det forutsettes at kommunen selv vurderer behovet for å videreføre et eventuelt tannhelsetilbud til den aktuelle gruppen ut fra de lokale forholdene.

De nye reglene som er fastsatt i og i medhold av § 1-3 tredje ledd andre punktum må ses i sammenheng med hovedregelen i første punktum. Departementet foreslår på denne bakgrunn å videreføre dagens innhold i tannhelsetjenesteloven § 1-3 tredje ledd i helse- og omsorgstjenesteloven, med noe endret ordlyd.

Det vises til departementets forslag til ny § 3-2 b tredje ledd i helse- og omsorgstjenesteloven under punkt 5.9.12.

5.9.9 Tannhelsetjenester til personer med rusavhengighet

5.9.9.1 Gjeldende rett

Helse- og omsorgstjenesteloven

Kommunens ansvar for å sørge for nødvendige helse- og omsorgstjenester omfatter alle pasient- og brukergrupper, herunder personer med rusmiddelproblem, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 andre ledd.

Fylkeskommunens ansvar for rusavhengige etter tannhelsetjenesteloven

Rusavhengige som gruppe er ikke spesifikt nevnt i tannhelsetjenesteloven § 1-3. I hvilken grad fylkeskommunen har ansvar for å gi et tannhelsetilbud til personer med rusproblemer må avgjøres konkret ut fra de enkelte bestemmelsene i tannhelsetjenesteloven § 1-3, Stortingets budsjettvedtak og departementets retningslinjer fastsatt i rundskriv.

For det første vil personer med rusavhengighet kunne omfattes av fylkeskommunens ansvar etter tannhelsetjenesteloven § 1-3 første ledd bokstav a og d, dersom det er tale om ungdom til og med det året de fyller 20 år.

For det andre vil personer med rusavhengighet kunne omfattes av fylkeskommunens ansvar etter bestemmelsen i § 1-3 første ledd bokstav c, såfremt de oppholder seg i kommunal helseinstitusjon eller mottar hjemmesykepleie fra kommunen. Personer med rusproblemer vil i denne sammenheng kunne regnes som "langtidssyke" i lovens forstand.

Som følge av rusreformen i 2004 ble ansvaret for tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet overført fra fylkeskommunene til staten ved de regionale helseforetakene. Bakgrunnen for reformen var en erkjennelse av at rusavhengighet må betraktes som en sykdom og at personer med rusproblemer bør gis de samme rettigheter som andre som har behov for helse- og omsorgstjenester. Tverrfaglig spesialisert behandling (TSB) omfatter avrusning, akutt behandling, utredning og spesialisert behandling (poliklinisk eller i institusjon), institusjonsplasser der rusavhengige kan holdes tilbake uten eget samtykke (tvang) og legemiddelassistert rehabilitering (LAR). Virksomheten ved LAR-sentrene er etter sitt innhold å anse som tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmisbruk og LAR-sentrene er derfor en del av spesialisthelsetjenesten.

Når det gjelder hvorvidt ovennevnte rusbehandling kan anses å finne sted innenfor en "institusjon" i tannhelsetjenestelovens forstand, vises det innledningsvis til den generelle drøftingen under punkt 5.9.6. Som nevnt her, omfattes institusjoner/avdelinger innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling av institusjonsbegrepet i tannhelsetjenesteloven § 1-3 første ledd bokstav c. Det samme gjelder kommunale institusjoner med heldøgns helse- og omsorgstjenester for rusmiddelavhengige, som er definert som "institusjon" etter forskrift gitt i medhold av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 andre ledd. Opphold i private rusbehandlingsinstitusjoner som verken har avtale med regionalt helseforetak eller kommune, faller utenfor tannhelsetjenestelovens anvendelsesområde.

Av Kommunal- og regionaldepartementets Rundskriv H-16/05 av 1. juli 2005 som ble utarbeidet i forbindelse med kommuneproposisjonen 2006 og revidert nasjonalbudsjett 2005, fremgikk det at rusinstitusjoner skulle være hjemlet i spesialisthelsetjenesteloven og dermed var å anse som statlige helseinstitusjoner. I følge rundskrivet gir dette pasienter i rusinstitusjon rettigheter etter tannhelsetjenesteloven. Det samme er presisert i Helse- og omsorgsdepartementets Rundskriv I-12/2005 av 15. juli 2005 om økte midler til tannbehandling for rusmiddelmissbrukere.

Det følger av det som er nevnt over at dersom personer med rusproblemer er å anse som langtidssyke på grunn av rusmiddelavhengighet og er innlagt for behandling i aktuelle helseinstitusjoner, så vil de være omfattet av bestemmelsen i tannhelsetjenesteloven § 1-3 første ledd bokstav c.

Fylkeskommunens ansvar for rusavhengige i henhold til Stortingets budsjettvedtak og departementets retningslinjer

I forbindelse med behandlingen av statsbudsjettet for 2005, vedtok Stortinget å øke midlene til fylkeskommunens tannbehandling for rusmisbrukere innlagt i helseinstitusjon, det vil si for personer som omfattes av bestemmelsen i tannhelsetjenesteloven § 1-3 første ledd bokstav c.

Stortinget vedtok samtidig å bevilge midler til akutt tannbehandling for brukere av lavterskel helsetilbud i kommuner der slike tilbud er etablert, samt til oppstart av kjøp av nødvendig tannbehandling for tidligere rusavhengige under rehabilitering. Helsedirektoratet forvalter tilskuddsmidler til dette formålet som tildeles kommuner etter søknad. Tilskuddsordningen er nærmere omtalt i Helse- og omsorgsdepartementets Rundskriv I-12/2005. Bakgrunnen for tilskuddet er at personer med rusavhengighet som ikke greier å nyttiggjøre seg av de ordinære helse- og omsorgstjenestene, skal få et tilgjengelig og gatenært tilbud. Midlene kan dekke tannhelsehjelp som inngår i slike tiltak. Kommuner som mottar tilskudd står fritt til å velge hvordan de vil organisere tannhelsehjelpen. De kan for eksempel samarbeide med den fylkeskommunale tannhelsetjenesten eller kjøpe tjenester fra private tjenesteytere. Tilskuddet er i utgangspunktet ment å dekke utgifter til akutt tannhelsehjelp, det vil si å fjerne smerter og infeksjoner. Tilskuddet gis i 34 kommuner.

Med virkning fra 2006 vedtok Stortinget å bevilge midler til et nytt landsdekkende fylkeskommunalt tannhelsetilbud for personer med rusproblemer under opphold utenfor helseinstitusjon, jf. St.prp. nr. 1 (2005-2006) og Innst. S nr. 11 (2005-2006). Bakgrunnen for det utvidede tilbudet var erfaringer fra en prøveordning i enkelte fylker (FUTT-prosjektet) som viste at personer som mottar andre kommunale tjenester enn hjemmesykepleie kan ha stort behov for tannbehandling.

Tannhelsetilbudet til rusavhengige utenfor institusjon er nærmere beskrevet i Helse- og omsorgsdepartementets Rundskriv I-2/2006. I forsøksordningen (FUTT-prosjektet) var målgruppen generelt definert som personer i rusmiddelomsorgen, det vil si personer som mottok hjelp fra kommunen i henhold til kapittel 4 og 6 i sosialtjenesteloven av 1991. I

forbindelse med iverksettingen av tilbudet på landsbasis, fastsatte departementet målgruppen som følger:

"Personer som på grunn av et rusmiddelproblem mottar tjenester etter reglene i § 4-2 bokstav a til d, jf. § 4-3 i sosialtjenesteloven."

De sosiale tjenestene etter ovennevnte regler omfattet praktisk bistand og opplæring, herunder brukerstyrt personlig assistanse, til dem som har et særlig hjelpebehov på grunn av sykdom, funksjonshemming, alder eller av andre årsaker, avlastningstiltak for personer og familier som har et særlig tyngende omsorgsarbeid, støttekontakt for personer og familier som har behov for dette på grunn av funksjonshemming, alder eller sosiale problemer, samt plass i institusjon eller bolig med heldøgns omsorgstjenester til dem som har behov for det på grunn av funksjonshemming, alder eller av andre årsaker.

De nevnte bestemmelsene i sosialtjenesteloven er videreført i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav b til d. Ordningen med offentlig tannhelsehjelp til rusavhengige i henhold til Stortingets budsjettvedtak og departementets retningslinjer, omfatter ikke hjemmesykepleie etter tidligere kommunehelsetjenesteloven eller helsetjenester i hjemmet etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd bokstav a.

Bakgrunnen for denne avgrensningen var blant annet at det var behov for å operasjonalisere gjennomføringen av ordningen. Dette ble vurdert å kunne gjøres på en mest mulig effektiv måte ved å knyttet tilbudet om tannhelsehjelp opp mot personer som hadde fått et vedtak om tildeling av sosiale tjenester fra kommunen. Personer som kun mottok råd og veiledning etter sosialtjenesteloven § 4-1 eller hjelpetiltak for rusavhengige som beskrevet i sosialtjenesteloven § 6-1, var dermed ikke omfattet av ordningen. Disse bestemmelsene er dels videreført i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 5 om sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering.

I departementets retningslinjer forutsettes det at fylkeskommunene må sørge for at det gis et regelmessig og oppsøkende tannhelsetilbud til målgruppen og at behandlingen følger den standard som fylkeskommunen legger til grunn for de prioriterte gruppene etter tannhelsetjenesteloven § 1-3. Fylkeskommunene tildeles midler gjennom de statlige rammeoverføringene for å ivareta denne oppgaven. I rammefinansieringen inngår også midler for å sikre tannbehandling til personer med rusavhengighet som er innskrevet i et behandlingsopplegg med legemiddelassistert rehabilitering (LAR).

Tilskudd til tannbehandling for personer med rusavhengighet ble fra 2006 tildelt som en overgangsordning til den enkelte fylkeskommune med særskilt fordeling i inntektssystemet til fylkeskommunene (tabell C i Grønt hefte). Fordelingen var basert på antall institusjonsplasser i det enkelte fylke. Praksis i inntektssystemet til kommuner og fylkeskommuner er at slik særskilt fordeling skal være av midlertidig karakter og deretter fordeles på vanlig måte etter objektive kriterier. I kommuneproposisjonen for 2012 (Prop. 115 S (2010-2011)) går det frem at fra 2012 fordeles tilskuddet etter kostnadsnøkkelen i utgiftsutjevningen. I 2011 utgjorde beløpet 19,6 mill. kroner. Dette er en liten andel av det samlede utgiftsbehovet for fylkeskommunen og kostnadsnøkkelen for fylkeskommunene ble derfor ikke endret som følge av denne omleggingen.

Det fylkeskommunale tannhelsetilbudet til rusavhengige er forankret i Stortingets bevilgningsmyndighet og (årlige) budsjettvedtak og ikke i tannhelsetjenesteloven. For å sikre at Stortingets vedtak blir fulgt opp, har departementet i Rundskriv I-2/2006 oppfordret fylkeskommunene til å vurdere behovet for et lokalt vedtak om å innlemme denne persongruppen i "andre grupper" i tannhelsetjenesteloven § 1-3 første ledd bokstav e. Flere fylkeskommuner har gjort dette. I den grad den enkelte fylkeskommune har truffet slikt vedtak, vil personer som omfattes av vedtaket ha lovfestede rettigheter til nødvendig tannhelsehjelp etter tannhelsetjenesteloven § 1-3 første ledd bokstav e.

Voksne personer som verken er omfattet av noen av gruppene som er listet opp i tannhelsetjenesteloven § 1-3 første ledd eller omfattet av Stortingets budsjettvedtak, vil for øvrig kunne ha rett til stønad fra folketrygden til dekning av utgifter til tannbehandling hos tannlege ved sykdom, jf. forskrift til folketrygdloven §§ 5-6 og 5-6a. Det følger blant annet av forskriften § 1 nr. 14 at det ytes stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling når det foreligger sterkt nedsatt evne til egenomsorg hos personer som har varig sykdom eller varig nedsatt funksjonsevne. Dette kan være særlig aktuelt for personer som har vært alvorlig rusavhengige over lang tid. Stønad ytes fortrinnsvis til konserverende tannbehandling for påførte kariesskader. Dersom tenner går tapt kan også utgifter til protetisk behandling dekkes.

5.9.9.2 Departementets vurdering og forslag

Departementet viser til at rusavhengige ofte har høy forekomst av sykdom i tenner og munnhule, med smerter og ubehag ved tygging. Bedre tannhelsestatus er et sentralt element i medisinsk, sosial og arbeidsrettet rehabilitering. Dårlig tannstatus kan i seg selv være et hinder for å delta i samfunnet på vanlig måte. God tannhelse er av vesentlig betydning for sosial fungering og selvfølelse, samt for evnen til å innta et variert kosthold og sikre tilstrekkelig ernæring. Jevnt over har voksne rusavhengige som gruppe utvilsomt et relativt større behov for tannbehandling enn de fleste andre i den voksne delen av befolkningen.

Ved vurderingen av om det er behov for å lovfeste kommunens ansvar for tannhelsetjenester til personer med rusavhengighet, legger departementet til grunn at rettskildet på dette området fremstår som fragmentert og uoversiktlig, særlig når det gjelder spørsmål om tannhelsetjenester til rusavhengige utenfor institusjon. Dette kan skape uklarheter om hvem som har rett til (vederlagsfrie) tannhelsetjenester fra fylkeskommunen. Det er behov for å skape større klarhet rundt rettighetene til denne persongruppen.

Det offentlige tannhelsetilbudet til rusavhengige personer har siden 2005 i hovedsak vært basert på Stortingets bevilgninger gjennom det statlige rammetilskuddet til fylkeskommunene og øremerkede tilskudd til lavterskeltilbud i enkelte kommuner. Rene finansieringsløsninger fulgt opp av retningslinjer fra departementet kan være en mer hensiktsmessig løsning fremfor lovregulering, såfremt de som skal gis tilbud utgjør et beskjedent antall og er vanskelig å definere presist som gruppe. Dette gjelder særlig i en fase med oppbygging av tilbud eller forsøk i geografisk avgrensede områder. Dersom det er forutsatt at bestemte grupper skal få tilgang på et offentlig tjenestetilbud på mer

permanent basis, bør dette fortrinnsvis lovreguleres for å sikre pasientenes rettssikkerhet og forutsigbarhet. De vil dermed også få formell klagerett. Lovfesting av rettigheter til tannhelsetjenester for personer med rusproblemer vil også kunne motvirke faren for vilkårlig forskjellsbehandling.

Departementet foreslår å knytte kommunens ansvar for å gi et regelmessig og oppsøkende tannhelsetilbud for personer med rusavhengighet, til mottak av helse- og omsorgstjenester fra kommunen eller fra spesialisthelsetjenesten. Dette vil være en form for avledede vilkår som er i samsvar med gjeldende kriterier for dagens fylkeskommunale tilbud basert på Stortingets budsjettvedtak. For å sikre at initiert tannbehandling følges opp, er det av betydning at pasienten har løpende og stabil kontakt med den kommunale tannhelsetjenesten. Dette anses nødvendig for at vedkommende skal kunne nyttiggjøre seg tilbudet.

Departementet foreslår på denne bakgrunn at følgende personer med rusavhengighet gis lovfestet rett til nødvendig tannhelsehjelp fra kommunen:

- Personer som på grunn av rusavhengighet mottar helse- og omsorgstjenester som nevnt i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav b til d
- Personer som mottar legemiddelassistert rehabilitering
- Personer som mottar annen tverrfaglig spesialisert behandling for rusavhengighet.

En lovfesting av fylkeskommunens ansvar for tannhelsetilbudet til rusavhengige vil i all hovedsak innebære en klargjøring og videreføring av gjeldende rett. Forslaget til lovfesting er basert på at rusavhengige personer mottar visse tjenester som tidligere var forankret i sosialtjenesteloven kapittel 4, men som nå fremgår av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2. Forslaget omfatter derfor ikke hjemmesykepleie/helsetjenester i hjemmet. Dersom den rusavhengige mottar slike tjenester, vil imidlertid vedkommende omfattes av den generelle bestemmelsen i forslaget til ny § 3-2 første ledd bokstav 4. Se nærmere under punkt 5.9.6.4.

Det kan reises spørsmål om hvem som kan defineres som "rusavhengig" og hvor grensen mot "rusfri" går. Med forslagene over er utgangspunktet at personer med rusavhengighet vil ha rettigheter til tannhelsehjelp mens de er under aktiv rusbehandling. Videre vil de ha rettigheter både i forkant og i etterkant av behandlingen, såfremt de da mottar (andre) helse- og omsorgstjenester fra kommunen. Det forutsettes derfor at tannbehandling som er påbegynt mens vedkommende er til avrusing, blir fullført til tross for at selve rusbehandlingen er avsluttet. Det er av sentral betydning for opprettholdelse av en persons tannhelsestatus at vedkommende følges opp og får et tannhelsetilbud også etter at vedkommende ikke lenger mottar rusbehandling. Under avrusing kan de dessuten være lite mottakelige for rehabiliterende tannbehandling. Det kan derfor i enkelte tilfeller være mest hensiktsmessig at behov for tannbehandling som er diagnostisert og vurdert under avrusing/behandling, igangsettes først etter at avrusingen/behandlingen er gjennomført. Da kan pasienten være mest motivert for tannbehandling. Forutsetningen er som nevnt at pasienten mottar helse- og omsorgstjenester fra kommunen som nevnt i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav b til d, basert på tildelingsvedtak.

Tannhelsetjenestens kompetansesenter Øst (TKØ) har på oppdrag fra Helsedirektoratet undersøkt effekten av tannbehandlingstilbudet til personer med rusproblemer. Av de som deltok i undersøkelsen oppga om lag 95 prosent av rusavhengige som har tilbud om vederlagsfri tannbehandling, at tilbudet har stor eller veldig stor betydning for dem. I et fåtall av fylkeskommunene er det etablert systematisk oppfølging etter utført behandling. Dette anses som særskilt viktig for personer som er i en rehabiliteringsfase, for eksempel etter opphold på institusjon. I samarbeid med Helsedirektoratet vurderer departementet hvordan dette kan følges opp.

Det vises til departementets forslag til ny § 3-2 b første ledd nr. 5 bokstav a til c i helse- og omsorgstjenesteloven under punkt 5.9.12.

5.9.10 Tannhelsetjenester til innsatte i fengsler i kriminalomsorgen

5.9.10.1 Gjeldende rett

Helse- og omsorgstjenesteloven

Helsetjenester for innsatte i kriminalomsorgen ble lovfestet i 1995. Lovfesting ble den gang ansett nødvendig for å fjerne tvil om rekkevidden av kommunenes rettslige ansvar, ved å slå fast i kommunehelsetjenesteloven at kommunen på vanlig måte har ansvar for å gi nødvendig helsehjelp til innsatte.

Helse- og omsorgstjenester for innsatte faller samtidig inn under kommunens generelle sørge for ansvar for de personer som til enhver tid oppholder seg i kommunen etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1. I forarbeidene til loven, jf. Prop. 91 L (2010-2011) punkt 15.5.11.3 side 194, uttalte departementet derfor at dette talte mot å videreføre dette som en særskilt lovpålagt oppgave overfor visse persongrupper. Det ble vist til at de kommunene som har fengsler mottar øremerkede midler fra staten til dette formålet, og at dette i mindre grad gjør det påkrevd med lovregulering.

For å tydeliggjøre kommunens ansvar kom departementet likevel til at denne tjenesten bør komme til uttrykk i en egen lovbestemmelse som viderefører gjeldende rett. Det følger dermed av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-9 at i de kommunene hvor det ligger fengsler i kriminalomsorgen, skal kommunen ha tilbud om helse- og omsorgstjenester for de innsatte.

Videre fremgår det av helse- og omsorgstjenesteloven § 11-5 første ledd at staten yter årlig et særskilt tilskudd til fengselshelsetjenesten til berørte kommuner (vertskommuner). Dette øremerkede tilskuddet kommer i tillegg til det statlige rammetilskuddet. Tilskuddet skal sikre et like godt helsetjenestetilbud for innsatte som for befolkningen for øvrig i de kommunene der det er etablert fengsler.

Fylkeskommunens ansvar for innsatte i fengsel etter tannhelsetjenesteloven

Innsatte i fengsler i kriminalomsorgen som gruppe er ikke særskilt nevnt i tannhelsetjenesteloven § 1-3. Tannhelsetjenesteloven har ingen bestemmelse som eksplisitt pålegger fylkeskommunen et særskilt ansvar for tannhelsetilbudet til innsatte i

fengsler. De fleste innsatte vil være voksne personer som ikke omfattes av fylkeskommunens ansvar for de gruppene som er listet opp i tannhelsetjenesteloven § 1-3. Noen innsatte kan omfattes av aldersgruppene 15 til 18 år og 19 til 20 år. Andre vil før og etter soning komme inn under fylkeskommunens ansvar for tannhelsetilbud til rusavhengige personer.

Fylkeskommunens ansvar for innsatte i fengsel i henhold til Stortingets budsjettvedtak og departementets retningslinjer

I likhet med vertskommunene for aktuelle fengsler, mottar også vertsfylkeskommunen et øremerket tilskudd fra staten til dekning av utgifter til organisering av et tilbud om tannbehandling for innsatte i fengsel.

Ansvar for helsetjenesten i fengsler ble overført fra Justisdepartementet til Sosialdepartementet i 1988. Det var forutsatt at tjenesten skal drives som en integrert del av den kommunale helsetjenesten og den fylkeskommunale tannhelsetjenesten. Innholdet og omfanget av tannhelsetilbudet til innsatte i fengsler fremgår av Rundskriv IK-28/89 fra Helsedirektoratet. Det er fylkeskommunen som har ansvar for å organisere tannhelsetilbudet for de innsatte slik den selv finner det hensiktsmessig, for eksempel gjennom avtaler direkte mellom fylkeskommunen og institusjoner i kriminalomsorgen. Tannhelsetjenester kan gis enten i tannklinikker i fengselet eller ved fremstilling utenfor fengselet. Helsedirektoratet har i januar 2013 gitt ut Veileder IS-1971 for helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsel. I rundskrivet og veilederen fremkommer det at tannhelsetjenester i kriminalomsorgen bør omfatte:

- Nødvendig akuttbehandling ved behov, uavhengig av oppholdets varighet
- Forebyggende tiltak med sikte på at den innsatte skal unngå forverring av tannstatus mens vedkommende soner og som et ledd i rehabilitering til et liv i frihet
- Tilbud om tannhelseundersøkelse og tannbehandling ved opphold lenger enn tre måneder.

5.9.10.2 Departementets vurdering og forslag

Tannhelseproblemer blant innsatte er større enn blant befolkningen for øvrig. Dette skyldes blant annet manglende munnstell og tannbehandling over lengre perioder samt bruk av rusmidler. Tannhelseproblemer blant innsatte kan også være en følge av legemiddelbruk ved psykiske sykdommer. Levekårsundersøkelser viser at rundt 60 prosent av innsatte i norske fengsler har rusproblemer. Mange innsatte opplever å få tannverk når de kommer inn til soning, siden den kamufleringen av smerter som rusen kan gi, forsvinner når tilgangen på rusmidler opphører.

Bestemmelsen i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-9 pålegger som nevnt kommunen et særskilt ansvar for helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsler i kriminalomsorgen. Tannhelsetjenester kan også omfattes av ordlyden i bestemmelsen. § 3-9 bygger imidlertid på at kommunen har et universelt ansvar for å tilby helse- og omsorgstjenester til alle som oppholder seg i kommunen, herunder innsatte i fengsler. Kommunens ansvar for tannhelsetjenester vil derimot bli begrenset til å gjelde nærmere definerte grupper av befolkningen. Innsatte i fengsler vil dermed kunne utgjøre andre grupper enn de som

kommunen i utgangspunktet har ansvar for. Departementet foreslår derfor at det tas inn en bestemmelse i forslaget til helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 b som uttrykkelig lovfester kommunens ansvar for tannhelsetjenester til personer som er innsatte i fengsel i kriminalomsorgen. På den måten vil den nye bestemmelsen i § 3-2 b gi en mest mulig fullstendig oversikt over hvilke grupper kommunen har et lovpålagt tannhelseansvar for. Samtidig vil de innsatte få lovfestede rettigheter til nødvendig tannhelsehjelp fra kommunen og formell klageadgang over manglende hjelp etter pasient- og brukerrettighetsloven.

Det vises til departementets forslag til ny § 3-2 b første ledd nr. 6 i helse- og omsorgstjenesteloven under punkt 5.9.12.

5.9.11 Prioriteringsbestemmelser

I tannhelsetjenesteloven benyttes gjennomgående betegnelsene "prioriterte oppgaver" og "prioriterte grupper" om persongruppene som fylkeskommunens har ansvar for å gi et regelmessig og oppsøkende tilbud til, jf. tannhelsetjenesteloven §§ 1-3 og 4-2. Det fremgår av § 1-3 andre ledd første punktum at gruppene i bokstav a til e er listet opp i "prioritert rekkefølge". Dersom ressursene ikke er tilstrekkelige for å gi et tilbud til alle gruppene, skal denne prioriteringen følges, jf. § 1-3 andre ledd andre punktum. Videre fremgår det av § 1-3 andre ledd tredje punktum at forebyggende tiltak skal prioriteres foran behandling.

Slik bestemmelsene i tannhelsetjenesteloven § 1-3 andre ledd er formulert, kan de leses som at fylkeskommunen selv kan avgjøre om den har budsjettmessig handlingsrom til å gi et tannhelsetilbud til alle de prioriterte gruppene. I Sosial- og helsedepartementets Rundskriv I-16/2000 er det imidlertid presisert at denne bestemmelsen må leses i lys av forholdene i fylkeskommunene ved ikraftsettingen av tannhelsetjenesteloven i 1984. Bestemmelsen i § 1-3 andre ledd første punktum om prioriteringsrekkefølgen ble i hovedsak tatt inn i lovteksten som følge av store fylkesvise forskjeller i tannhelsetilbudet. Av Ot.prp. nr. 49 (1982-1983) fremgår at Sosialdepartementet forutsatte en gradvis iverksetting av tilbudet som var omfattet av lovforslaget. På dette tidspunktet hadde syv fylkeskommuner etablert folketannrøkt fullt ut, åtte andre var i ferd med slik etablering, mens fire fylker kun hadde etablert kommunal skoletannpleie. Tannhelsetiltak for grupper av eldre, uføre og langtidssyke i hjemmesykepleie og institusjon var iverksatt i samtlige fylker med folketannrøkt og i ti av fylkene var psykisk utviklingshemmede innlemmet i gruppene som fikk fri tannpleie.

Av lovforarbeidene fremgår videre at fylkeskommunen etter en overgangsperiode skulle overta alle kommunale utgifter forbundet med skoletannpleie og folketannrøkt. Det ble tatt hensyn til dette gjennom omfordelingen av statlige midler til kommuner og fylkeskommuner og gjennom overgangsordninger. Det ble også forutsatt at det skulle gjennomføres tiltak som ville frigjøre ressurser til å løse oppgavene, i form av mer effektive innkallingsrutiner som følge av bedring av tannhelsen hos barn og unge, fordeling av oppgaver til tannpleiere, samt opplæringsvirksomhet og forbyggende tiltak.

Bestemmelsen i § 1-3 andre ledd andre punktum om at tannhelsetilbudet kan avpasses i forhold til tilgjengelige ressurser, var dermed en nødvendig forutsetning for iverksettelse av loven i en overgangsperiode inntil alle fylkeskommunene hadde fått bygd ut et tilstrekkelig tjenestetilbud. Bestemmelsen må forstås slik at den gir hjemmel for å gi et ufullstendig tilbud til de prioriterte gruppene i en overgangsperiode etter lovens ikrafttredelse, og ikke som en hjemmel som gir adgang til å innskrenke det lovpålagte tjenestetilbudet under henvisning til manglende ressurser. Det vises i denne sammenheng til Høyesteretts prinsippavgjørelse inntatt i Norsk Retstidende 1990 side 874 (Fusadommen), hvor retten slo fast at "nødvendig helsehjelp" er en minstestandard som kommunen ikke kan fravike med henvisning til dårlig økonomi.

Bestemmelsen i § 1-3 andre ledd tredje punktum som slår fast at forebyggende tiltak skal prioriteres foran behandling, er også et utslag av at det i en overgangsperiode ble tatt høyde for oppbygging av et landsdekkende offentlig tannhelsetilbud i alle fylker. Etter departementets vurdering bør det være opp til kommunen selv å vurdere relevante tiltak, uten at det legges statlige føringer for oppgaveløsningen i lovverket. Det vises til at de forebyggende tannhelsetiltakene rettet mot hele befolkningen vil inngå som en del av kommunens ansvar for helsefremmende og forebyggende arbeid etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-3.

Begrepene "prioriterte oppgaver" og "prioriterte grupper" er heller ikke lenger hensiktsmessige å videreføre i lov og bør etter departementets vurdering utgå.

Departementet finner etter dette at prioriteringsbestemmelsene i tannhelsetjenesteloven § 1-3 andre ledd ikke bør videreføres i helse- og omsorgstjenesteloven.

5.9.12 Forslag til lovregulering

Forslaget til ny § 3-2 b må ses i sammenheng med forslaget til endring i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 7, som beskrevet under punkt 5.8.3.1.

Departementet foreslår at det tas inn en ny bestemmelse § 3-2 b i helse- og omsorgstjenesteloven som lyder som følger:

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

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

1. Barn og ungdom til og med det året de fyller 20 år
2. Personer med psykisk utviklingshemming
3. Personer som mottar helsehjelp i institusjon, herunder helseinstitusjon i spesialisthelsetjenesten
4. Personer som mottar helsetjenester i hjemmet i form av sykepleie
5. Personer som på grunn av rusavhengighet mottar ett av følgende tilbud:
 - a. tjenester som nevnt i § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav b til d
 - b. legemiddelassistert rehabilitering

c. annen tverrfaglig spesialisert behandling for rusavhengighet

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

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

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

Det vises i sin helhet til lovforslagene under punkt 10.

5.9.13 Økonomiske og administrative konsekvenser

Forslaget til en egen bestemmelse i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 b om kommunens ansvar for tannhelsetjenester til bestemte grupper i befolkningen, innebærer i hovedsak en rettskildemessig og språklig opprydding, forenkling og klargjøring i forhold til dagens situasjon.

Det er ikke hensiktsmessig å videreføre den uklare betegnelsen "grupper av eldre, langtidssyke og uføre". Denne betegnelsen foreslås erstattet av begrepet "personer" som er gjennomgående benyttet i helse- og omsorgstjenesteloven. Selv om endret begrepsbruk kan tilsi en utvidelse av personkretsen som har rettigheter til tannhelsehjelp, vil rettighetene fortsatt være begrenset ved at pasienten i tillegg må motta andre bestemte helse- og omsorgstjenester. Forslaget medfører dermed i seg selv ingen nevneverdig endring i gjeldende rett.

Endringen av vilkåret om "hjemmesykepleie" til "helsetjenester i hjemmet i form av sykepleie" innebærer i sin helhet en videreføring av gjeldende rett og har ikke økonomiske konsekvenser. Forslaget om å lovfeste ansvaret for å gi et tannhelsetilbud til personer med rusavhengighet, er i hovedsak en kodifisering og klargjøring av gjeldende rett som i dag fremgår dels av lov, budsjettvedtak og rundskriv. Det samme gjelder forslaget om å spesifisere ansvaret for å sørge for et tannhelsetilbud til innsatte i fengsler i kriminalomsorgen. Det følger altså av gjeldende rett at fylkeskommunen også i dag har et ansvar for å sørge for tannhelsetilbud til disse gruppene. Finansieringen av tannhelsetjenester til innsatte gjennom egne tilskuddsmidler foreslås videreført. Siden vilkårene for rett til tannhelsehjelp for rusavhengige i gjeldende rundskriv må fastsettes på nytt ved lovfesting, slik at de er i tråd med begrepsbruken i helselovgivningen om tjenester og rusbehandlingsformer, vil forslaget kunne medføre en utvidelse av rettighetene for denne gruppen. Hvis påbegynt tannbehandling skal fullføres etter avsluttet rusbehandling, kan dette tenkes å føre til merutgifter for kommunen. Samtidig er forutsetningen for å ha rett til fortsatt tannbehandling at pasienten mottar andre kommunale helse- og omsorgstjenester, slik at pasienten uansett ville ha rett til tannbehandling på det grunnlaget.

Det må skilles mellom retten til tannhelsehjelp på den ene siden og retten til helt eller delvis vederlagsfri tannhelsehjelp (spørsmålet om egenandel) på den andre siden. I punkt 5.9 er det kun retten til selve tannhelsehjelpen (kommunens ansvar for tannhelsetjenester

til bestemte grupper) som er drøftet. Departementet tar imidlertid sikte på å utarbeide et høringsnotat med forslag til nærmere regulering av kommunens adgang til å kreve vederlag for tannhelsetjenester i forskrift. Dette forutsetter at lovforslaget i dette høringsnotatet er vedtatt av Stortinget. Det vises også til omtale under punkt 5.19.2.

5.10 Helsefremmende og forebyggende tannhelsearbeid

5.10.1 Om den fylkeskommunale tannhelsetjenestens folkehelsearbeid

Med folkehelsearbeid menes samfunnets innsats for å påvirke faktorer som direkte eller indirekte fremmer befolkningens helse og trivsel, forebygger psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, eller som beskytter mot helsetrusler, samt arbeid for en jevnere sosial fordeling av faktorer som direkte eller indirekte påvirker helsen, jf. § 3 i lov 24. juni 2011 nr. 29 om folkehelsearbeid (folkehelseloven).

Sentrale forebyggingsarenaer på kommunalt nivå er blant annet helsestasjons- og skolehelsetjenesten, frisklivsentralene og de fylkeskommunale tannklinikene. Fylkeskommunens primærforebyggende arbeid når det gjelder karies, foregår blant annet på helsestasjon, overfor ansatte i barnehager, i form av undervisning i skoleklasser og opplæring av ansatte helse- og omsorgsarbeidere i sykehjem og ellers i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Primærforebyggende innsats med hensyn til tannhelse forutsetter dermed ofte medvirkning og involvering av personell i andre deler av helse- og omsorgstjenesten og i andre sektorer i kommunen. Andre primærforebyggende tiltak er individuell informasjon og veiledning i munnstell i forbindelse med regelmessige tannhelseundersøkelser, herunder oppfordring til regelmessig beskyttelse av tennene med fluor i ulike former og kostholdsveiledning.

Når det gjelder sekundærforebyggende arbeid vil screening i form av regelmessige tannhelseundersøkelser av barn og unge til og med 20 år være sentrale tiltak, samt tidlig intervensjon ved for eksempel karies (tanncaries) i initialfase og ved blødende tannkjøtt. Sekundærforebyggende arbeid vil også omhandle innsats i klinisk symptomgivende fase for å hindre tilbakefall av sykdom. Et eksempel på dette er individuell opplæring i munnhygiene for å forhindre at periodontitt eller karies gjenoppstår etter avsluttet behandling. Tertiærforebyggende arbeid tar sikte på å hindre forverring av sykdom og funksjonsnedsettelse som medfører ytterligere plager for de det gjelder, og å bidra til å sikre best mulig liv med helsesvikt. Eksempler her er erstatning av skadet tannvev for eksempel ved tannfyllinger, samt rotfylling av tenner.

I løpet av de siste tiårene har den fylkeskommunale tannhelsetjenesten i økende grad engasjert seg i det generelle folkehelsearbeidet, i samarbeid med kommunale etater. Engasjementet har som mål å fremme tannhelse som del av den generelle helsen gjennom påvirkning av strukturelle forhold. Aktuelle tiltak i den sammenheng har også effekt på øvrige helseforhold, særlig når det gjelder livsstilssykdommer. Innsatsen er trappet opp etter at flere fylkeskommuner har ansatt folkehelsekoordinatorer. I flere fylker har kompetansen til tannpleiere utgjort en viktig del av fylkeskommunens ressurser for å ivareta oppgavene med å fremme folkehelse.

5.10.2 Gjeldende rett

5.10.2.1 Helse- og omsorgstjenesteloven

Helse- og omsorgstjenesteloven pålegger kommunen en plikt til å drive helsefremmende og forebyggende helsearbeid. Det følger av loven § 3-3 første ledd at kommunen ved ytelse av helse- og omsorgstjenester skal fremme helse og søke å forebygge sykdom, skade og sosiale problemer. Dette skal blant annet skje ved opplysning, råd og veiledning. Se også omtale av forslaget til tydeliggjøring av kommunens ansvar for pasient-, bruker- og pårørendeopplæring under punkt 3.5. Av § 3-3 andre ledd følger at helse- og omsorgstjenestene skal bidra i kommunens folkehelsearbeid, herunder til oversikten over helsetilstand og påvirkningsfaktorer etter folkehelseloven § 5. Helse- og omsorgstjenesten skal arbeide for at det blir satt i verk velferds- og aktivitetstiltak for barn, eldre og funksjonshemmede og andre som har behov for det, jf. § 3-3 tredje ledd.

5.10.2.2 Tannhelsetjenesteloven

Helsefremmende og forebyggende arbeid står sentralt i tannhelsetjenesteloven. Etter tannhelsetjenesteloven har fylkeskommunen et ansvar for folkehelsearbeid både overfor befolkningen generelt (befolkningsansvaret) og overfor enkeltpersoner (gruppeansvaret). Det følger av tannhelsetjenesteloven § 1-2 at "fylkeskommunen skal fremme tannhelsen i befolkningen og ved sin tannhelsetjeneste sørge for nødvendig forebyggelse og behandling". Videre skal fylkeskommunen spre opplysning om og øke interessen for hva den enkelte selv og allmennheten kan gjøre for å fremme tannhelsen. Av merknadene til bestemmelsen, jf. Ot.prp. nr. 49 (1982-1983), går det frem at i tillegg til å forebygge og behandle tannsykdom eller skade, har fylkeskommunens tannhelsetjeneste også som oppgave å påvirke forhold i nærmiljø og samfunn for derved å fremme tannhelsen. Etter tannhelsetjenesteloven § 1-3 første ledd første punktum skal den offentlige tannhelsetjenesten organisere forebyggende tiltak for hele befolkningen. I tillegg skal den gi et regelmessig og oppsøkende tilbud til bestemte grupper i befolkningen, jf. § 1-3 første ledd andre punktum bokstav a til e. I § 1-3 andre ledd presiseres det at forebyggende tiltak skal prioriteres foran behandling.

5.10.2.3 Folkehelseloven

Reglene i folkehelseloven kapittel 2 og kapittel 4 pålegger både kommunen og fylkeskommunen et generelt ansvar for folkehelsearbeid.

Av folkehelseloven § 4 fremgår at kommunen skal fremme befolkningens helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold og bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, bidra til utjevning av sosiale helseforskjeller og bidra til å beskytte befolkningen mot faktorer som kan ha negativ innvirkning på helsen.

Kommunen skal fremme folkehelse innen de oppgaver og med de virkemidler kommunen er tillagt, herunder tjenesteyting. Kommunen har plikt til å ha nødvendig oversikt over helsetilstanden i kommunen og de positive og negative faktorer som kan virke inn på denne, jf. folkehelseloven § 5.

Det følger av folkehelseloven § 20 at fylkeskommunen skal fremme folkehelse innen de oppgaver og med de virkemidler som fylkeskommunen er tillagt. Dette skal skje gjennom regional utvikling og planlegging, forvaltning og tjenesteyting og tiltak som kan møte

fylkets folkehelseutfordringer. Fylkeskommunen skal understøtte folkehelsearbeidet i kommunene, blant annet ved å gjøre tilgjengelig opplysninger i henhold til folkehelseloven § 21. Fylkeskommunen skal ha nødvendig oversikt over helsetilstanden i fylket på populasjonsnivå og de positive og negative faktorer som kan virke inn på denne, jf. § 21 første ledd. Oversikten skal blant annet baseres på relevant kunnskap fra kommunene og tannhelsetjenesten.

I praksis vil det ikke alltid gå et klart skille mellom tiltak som følger av folkehelseloven på den ene siden og henholdsvis tannhelsetjenesteloven og helse- og omsorgstjenesteloven på den andre siden. De lovpålagte pliktene er dels overlappende, blant annet for å sikre at viktige helseutfordringer møtes i nødvendig grad av den kommunale helse- og omsorgstjenesten og den fylkeskommunale tannhelsetjenesten. Kommunens ansvar for miljørettet helsevern er imidlertid i sin helhet regulert i folkehelseloven. Forholdet mellom helse- og omsorgstjenesteloven og folkehelseloven er nærmere beskrevet i Prop. 90 L (2010-2011) *Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven)* punkt 11.3.2 side 75 og i Prop. 91 L (2010-2011) *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)* punkt 17.6.2 side 227-228.

5.10.3 Departementets vurdering og forslag

Overføringen av det offentlige ansvar for tannhelsetjenester fra fylkeskommunen til større og mer robuste kommuner medfører at fylkeskommunen ikke lenger vil ha de samme virkemidlene for å drive folkehelsearbeid etter folkehelseloven § 20.

Oppgaveoverføringen innebærer imidlertid ikke at fylkeskommunens folkehelseansvar tømmes for innhold. Det vises til at folkehelseloven er sektorovergripende og bygd på prinsippet om "helse i alt vi gjør". Det innebærer at plikten til å fremme folkehelsen vil gjelde innenfor de samfunnssektorer som fylkeskommunen fortsatt vil ha ansvar for, som for eksempel samferdsel og videregående opplæring. Dessuten vil fylkeskommunen fremdeles ha plikt til å understøtte kommunenes folkehelsearbeid samt holde oversikt over helsetilstanden blant befolkningen i fylket, blant annet basert på årlige folkehelseprofiler utarbeidet av Folkehelseinstituttet. Fylkeskommunen vil ikke lenger selv besitte informasjon om tannhelse i samme grad som før, men må innhente slik informasjon fra kommunen, jf. folkehelseloven § 21.

Oppgaveoverføringen innebærer at kommunen får et noe utvidet ansvar for folkehelsearbeid etter folkehelseloven. Samtidig får kommunen større mulighet til å se utviklingstrekk i befolkningens tannhelse i sammenheng med andre helse- og sykdomsforhold og dermed få et samlet bilde av innbyggernes helse- og sykdomstilstand samt faktorer som kan påvirke denne. De oppgaver som fylkeskommunen i dag er pålagt etter folkehelseloven §§ 20 og 21 vil derfor bli ivaretatt av kommunen etter §§ 4 og 5.

Oppgaveoverføringen innebærer også en endring av pliktsubjektet og dermed en sterkere forankring av ansvaret for helsefremmende og forebyggende arbeid på tannhelseområdet hos kommunen som sådan. I motsetning til det som følger av tannhelsetjenesteloven § 1-3 første ledd første punktum og § 1-2 første punktum, vil dette ansvaret ikke lenger tilligge

den offentlige tannhelsetjenesten alene og vil heller ikke være begrenset av virkemidler som kun finnes innenfor kommunens tannhelsetjeneste.

Når det gjelder kommunens fremtidige ansvar for helsefremmende og forebyggende tannhelsearbeid, vil bestemmelsene i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-3 og folkehelseloven § 4 slik de lyder i hovedsak være dekkende for det befolkningsrettede arbeidet på tannhelsefeltet. Dagens ansvar for å organisere forebyggende tannhelsetiltak for hele befolkningen gjennom opplysning, råd og veiledning mv., vil ligge innbakt i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-3 første ledd.

Ansvar for folkehelsearbeid på individ-/gruppenivå vil bli videreført ved at dagens bestemmelse i tannhelsetjenesteloven § 1-3 første ledd andre punktum bokstav a til e tas inn i ny § 3-2 b i helse- og omsorgstjenesteloven. Det foreslås ikke å videreføre bestemmelsen i tannhelsetjenesteloven § 1-3 andre ledd tredje punktum om at forebygging skal prioriteres før behandling. Det vises til departementets vurdering og forslag når det gjelder ulike prioriteringsbestemmelser under punkt 5.9.11.

Det foreslås at henvisningen til begrepet "tannhelsetjenesten" i folkehelseloven § 21 tas ut som følge av at tannhelsetjenester ikke lenger vil være en del av fylkeskommunens lovpålagte oppgaver. Se forslaget til lovendring under punkt 10.3.1.

5.10.4 Økonomiske og administrative vurderinger

Forslaget innebærer i hovedsak en videreføring av gjeldende rett og pålegger kommunen tilsvarende plikter som fylkeskommunen har i dag etter folkehelseloven. Forslaget vil ikke innebære økonomiske eller administrative konsekvenser utover det som følger av oppgaveoverføringen og virksomhetsoverdragelsen. Det er grunn til å anta at forslaget kan innebære administrative forenklinger ettersom tannhelsepersonell som er involvert i helsefremmende og forebyggende arbeid, får samme arbeidsgiver som øvrig kommunalt personell. Forslaget vil kunne gi synergieffekt for det samlede kommunale folkehelsearbeid.

5.11 Forholdet til privat tannhelsevirksomhet

Under dette punktet drøftes behovet for å videreføre gjeldende lovbestemmelser om kommunens adgang til å inngå avtaler med privatpraktiserende tannhelsepersonell om pasientbehandling, jf. punkt 5.11.1. Videre drøftes behovet for at departementet gjennom forskrift skal ha adgang til å stille krav til private ytere av tannhelsetjenester som ikke har avtale med kommunen, jf. punkt 5.11.2.

5.11.1 Avtaler med private tjenesteytere

5.11.1.1 Gjeldende rett

Helse- og omsorgstjenesteloven

Bestemmelsene i helse- og omsorgstjenesteloven gjelder også for private tjenesteytere som har avtale med kommunen om å yte tjenester på vegne av kommunen. Dette følger av

virkeområdebestemmelsen i helse- og omsorgstjenesteloven § 1-2 første ledd, hvor det fremgår at "loven gjelder for helse- og omsorgstjenester som tilbys eller ytes i riket av kommunen og private som har avtale med kommunen, når ikke annet følger av loven her".

Videre fremgår det av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 femte ledd første punktum at kommunens ansvar for å sørge for tilgjengelige helse- og omsorgstjenester, kan ivaretas enten ved at kommunen selv yter tjenestene eller ved at kommunen inngår avtale med andre offentlige eller private tjenesteytere. Det betyr at det er kommunen som har det overordnede ansvaret for å sørge for et nødvendig og forsvarlig tilbud, selv om tjenestene ytes av andre etter avtale. Kommunen kan med andre ord ikke organisere seg bort fra dette ansvaret. Loven § 3-1 femte ledd andre punktum inneholder et forbud mot overdragelse av slike avtaler.

Utgifter til privat praksis som drives etter avtale med kommunen, skal helt eller delvis dekkes av kommunen etter nærmere avtale mellom den privatpraktiserende og kommunen, jf. loven § 11-1 tredje ledd.

Av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 fjerde ledd fremgår at departementet i forskrift kan gi nærmere bestemmelser om privat helse- og omsorgsvirksomhet i kommunen, herunder om kvalitets- og funksjonskrav. Dette gjelder også private tjenesteytere som ikke har avtale med kommunen. Bestemmelsen er nærmere kommentert under punkt 5.11.2.

Tannhelsetjenesteloven

Det følger av tannhelsetjenesteloven § 1-1 tredje ledd at den offentlige tannhelsetjenesten omfatter tannhelsetjeneste som utføres på gruppene som er nevnt i loven § 1-3 enten av fylkeskommunens ansatte eller av privatpraktiserende tannleger som har inngått avtale med fylkeskommunen etter loven § 4-1. Av bestemmelsen i § 4-1 første ledd fremgår at dersom pasientens utgifter til tannpleie helt eller delvis skal kunne godtgjøres av fylkeskommunen, jf. § 5-1 andre ledd, må den privatpraktiserende tannlegen ha skriftlig avtale med fylkeskommunen. Det følger av § 5-1 andre ledd at pasientens utgifter til behandling som er utført i privat praksis etter avtale med fylkeskommunen, helt eller delvis skal dekkes av fylkeskommunen på samme måte som om tilbudet hadde vært gitt av fylkeskommunens ansatte tannleger. Bestemmelsen i § 4-1 andre ledd slår fast at slike avtaler ikke kan overdras. Tannhelsetjenesteloven § 4-2 inneholder bestemmelser om krav til kunngjøring av ledig avtale, krav til faglig skikkethet mv. Bestemmelsen i § 4-2 andre ledd inneholder en hjemmel for at departementet kan gi forskrifter om privat virksomhet innen den offentlige tannhelsetjenesten, om kunngjøring, om fremgangsmåte ved valg blant søkere og om avtalevilkår. Slik forskrift er ikke gitt.

5.11.1.2 Departementets vurdering og forslag

Mens helse- og omsorgstjenesteloven gjelder avtaler med "private tjenesteytere" generelt, er tannhelsetjenesteloven begrenset til å gjelde avtaler med "privatpraktiserende tannlege". Fylkeskommunen er dermed i praksis forhindret fra å inngå avtaler med for eksempel privatpraktiserende tannpleier for å oppfylle sitt lovpålagte ansvar for å sørge

for et regelmessig og oppsøkende tilbud og nødvendig tannhelsehjelp til bestemte grupper i befolkningen. Det vises her til at det følger forutsetningsvis av loven at fylkeskommunens ansvar for å dekke utgifter til tannbehandling er begrenset til behandling som er utført i privat tannlegepraksis. Videre må det være inngått avtale med privatpraktiserende tannlege for at pasientens utgifter til tannbehandling skal kunne godtgjøres av fylkeskommunen. Av hensyn til harmonisering med helse- og omsorgstjenesteloven bestemmelser, er det etter departementets vurdering ikke lenger naturlig eller hensiktsmessig å videreføre en slik lovfestet begrensning i den kommunale organisasjonsfriheten.

Etter departementets vurdering tilsier utviklingen på dette området at det for å oppfylle lovpålagte oppgaver også vil kunne være aktuelt for kommunen å inngå avtale om tannhelsetjenester for pasienter med annet privatpraktiserende helsepersonell enn tannleger. Fylkeskommunens ansatte tannpleiere ivaretar i dag langt på vei de regelmessige tannhelseundersøkelsene av barn og unge samt det oppsøkende tilbudet til beboere i institusjon og overfor de som mottar hjemmesykepleie. Gjennom innføring av stønad fra folketrygden til undersøkelse og behandling hos privatpraktiserende tannpleier, er det forutsatt at tannpleiere har fått et mer selvstendig behandlingsansvar, særlig ved behandling av periodontitt. Per i dag er det på landsbasis om lag 40 til 50 tannpleiere som er selvstendig næringsdrivende.

Når det gjelder bestemmelsen i tannhelsetjenesteloven § 4-1 første ledd, jf. § 5-1 andre ledd, om krav til avtale med privatpraktiserende tannlege for godtgjøring av pasientens behandlingsutgifter, ble de tilsvarende bestemmelsene i kommunehelsetjenesteloven av 1982 ikke videreført i helse- og omsorgstjenesteloven. I Prop. 91 L (2010-2011) punkt 14.4.3.2 side 164 uttaler departementet at, uavhengig av om det er et krav i loven eller ikke, så vil en kommune måtte inngå avtale med en selvstendig næringsdrivende eller et selskap dersom kommunen ønsker at disse skal yte helse- og omsorgstjenester for kommunen. Departementet viser i lovforarbeidene til at det derfor ikke er nødvendig med en lovregulering av at det skal inngås avtale og at en videreføring ikke vil bringe større klarhet i forventningene til de private tjenesteyterne. Videre vises det til at folketrygdloven kapittel 5 regulerer hvilke tjenesteytere som kan kreve refusjon, og at også av denne grunn er et krav om avtale i den nye loven overflødig.

Departementet understreker at til forskjell fra kommunale helsetjenester som for eksempel ytes av fastlege og fysioterapeut, finansieres fylkeskommunale tannhelsetjenester i liten grad av refusjoner fra folketrygden. Folketrygdloven §§ 5-6 og 5-6a oppstiller heller ikke krav om at fylkeskommunen må ha inngått avtale om driftstilskudd med private tannpleiere eller tannleger for at pasienten skal ha rett til stønad til dekning av utgifter til tannhelsehjelp. Mens helse- og omsorgstjenesteloven § 11-1 tredje ledd omhandler "utgifter til privat praksis", gjelder tannhelsetjenesteloven §§ 4-1 og 5-1 "pasientenes utgifter til behandling". Denne forskjellen i uttrykksmåte er tilsiktet og har sammenheng med at avtaler etter helse- og omsorgstjenesteloven i hovedsak dreier seg om at kommunen yter *driftstilskudd* til privat helsevirksomhet basert på tildeling av avtalehjemler og at pasienten vanligvis har rett til stønad til dekning av utgifter til

helsetjenester fra folketrygden. Avtaler med private tannleger bærer preg av å være ordinære avtaler om *kjøp av tjenester*, og hvor pasienten som regel ikke har rett til stønad fra folketrygden til tannbehandlingen. Slike avtaler kan sammenlignes med kommunens avtaler med private om kjøp av sykehjemsplasser. Siden dette er en forskjell av reell betydning, mener departementet at bestemmelsen i tannhelsetjenesteloven § 4-1 første ledd bør videreføres, ved at den tas inn i kapittel 11 om finansiering i helse- og omsorgstjenesteloven. Se forslag til endringer i helse- og omsorgstjenesteloven § 11-1 tredje ledd under punkt 5.19.1.

Med hensyn til forbudet mot å overdra avtaler i tannhelsetjenesteloven § 4-1 andre ledd, uttaler departementet i Prop. 91 L (2010-2011) at avtaler om å yte tjenester for det offentlige mot kompensasjon ikke skal omsettes i det private markedet. Selv om forbudet mot å overdra avtaler om å yte helse- og omsorgstjenester for kommunen kunne vært regulert i de enkelte avtalene, har departementet lagt til grunn at prinsippet er så vidt viktig at det bør lovfestes. Departementet foreslår derfor å videreføre bestemmelsen i tannhelsetjenesteloven § 4-1 andre ledd uendret gjennom helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 femte ledd.

Når det gjelder vilkår for tildeling av avtale i form av kunngjøring, faglig skikkethet mv., har departementet vurdert dette spørsmålet i Prop. 91 L (2010-2011), hvor det legges til grunn at kommunen uavhengig av bestemmelsene i ny helse- og omsorgstjenestelov, vil måtte følge de alminnelige reglene for ansettelser og avtaleinngåelse. Ifølge det ulovfestede kvalifikasjonsprinsippet er hovedregelen krav om utlysning av offentlige stillinger og at den best kvalifiserte søkeren skal få stillingen. Disse kravene gjelder enhver yrkesgruppe i kommunal sektor, uavhengig av en lovfesting. I lovforarbeidene har derfor departementet lagt til grunn at det heller ikke er naturlig å lovfeste slike allmenngyldige forvaltnings- og kontraktsrettslige prinsipper i ny lov om helse- og omsorgstjenester. Departementet foreslår på denne bakgrunn ikke å videreføre bestemmelsen i tannhelsetjenesteloven § 4-2 første ledd i helse- og omsorgstjenesteloven.

For så vidt gjelder bestemmelsen i tannhelsetjenesteloven 4-2 andre ledd som gir hjemmel for i forskrift å regulere privat virksomhet, kunngjøring av ledig avtale, om fremgangsmåte ved valg av søkere og om avtalevilkår, finner departementet at det ikke er behov for å videreføre denne hjemmelen med eksisterende ordlyd. Den tilsvarende bestemmelsen i kommunehelsetjenesteloven § 4-2 andre ledd ble videreført i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 fjerde ledd, som har en mer generell ordlyd. Det betyr at den adgangen fylkeskommunen i dag har til å gi forskrifter om privat tannhelsevirksomhet som har avtale med fylkeskommunen, foreslås videreført uten at det er behov for endringer i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 fjerde ledd. Se punkt 5.11.2, hvor behovet for regulering av privat tannhelsevirksomhet med og uten avtale er omtalt.

5.11.2 Private tjenesteytere uten avtale med kommunen

5.11.2.1 Gjeldende rett

Helse- og omsorgstjenesteloven

Det vises innledningsvis til omtalen av det saklige virkeområdet for helse- og omsorgstjenesteloven under punkt 5.6.2. Det følger av helse- og omsorgstjenesteloven § 1-2 første ledd at loven gjelder for tjenester som tilbys eller ytes av kommunen eller private som har avtale med kommunen, "når ikke annet følger av loven her". Utgangspunktet er dermed at loven ikke gjelder direkte for private tjenesteytere uten avtale med kommunen, med mindre dette følger særskilt av de enkelte bestemmelsene i loven. Dette vil derfor bero på en tolkning av den enkelte lovbestemmelse. Det må kreves klare holdepunkter i loven eller forarbeidene for å pålegge private tjenesteytere plikter.

En slik klar hjemmel finnes i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 fjerde ledd, hvor det fremgår at departementet har adgang til å gi nærmere bestemmelser om privat helse- og omsorgsvirksomhet i kommunen, herunder om kvalitets- og funksjonskrav. Dette gjelder også private tjenesteytere som ikke har avtale med kommunen. Dette er en videreføring av kommunehelsetjenesteloven § 4-2 andre ledd, jf. departementets uttalelser i Prop. 91 L (2010-2011) side 490. Kommunehelsetjenesteloven § 4-2 andre ledd ga departementet hjemmel til å gi nærmere forskrifter om "privat virksomhet innen helsetjenesten i kommunene". Presiseringene i helse- og omsorgstjenesteloven begrunnes med at kravene til tjenester utført av virksomheter uten avtale med kommunen, i all hovedsak bør være de samme som til de virksomhetene som yter tjenester på vegne av kommunen, jf. Prop. 91 L (2010-2011) punkt 14.4.3.1 side 164. Hjemmelen er videre presisert slik at det tydelig går frem av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 fjerde ledd at det kan stilles kvalitets- og funksjonskrav. Denne presiseringen er ny, men innebærer ingen endret rettstilstand. Det samme gjelder presiseringen av at forskriftene vil kunne regulere private tjenesteytere som ikke har avtale med kommunen.

Tannhelsetjenesteloven

Tannhelsetjenesteloven § 1-1 andre ledd slår fast at fylkeskommunen har ansvar for Den offentlige tannhelsetjenesten. Begrepet "Den offentlige tannhelsetjenesten" er avgrenset i § 1-1 tredje ledd, hvor det fremgår at Den offentlige tannhelsetjenesten blant annet omfatter tannhelsetjenester utført av privatpraktiserende tannleger som har avtale med fylkeskommunen etter § 4-1, for å gi et tilbud til gruppene nevnt i § 1-3. Det er derfor på det rene at tannhelsetjenesteloven gjelder for private tannleger som utfører behandling etter avtale med fylkeskommunen. Loven gjelder kun for det offentliges ansvar for tannhelsetjenester. Privatpraktiserende tannleger uten avtale med fylkeskommunen kan ikke pålegges forpliktelser etter loven. Privatpraktiserende tannleger vil bare bli berørt direkte ved at den offentlige tannhelsetjenesten inngår avtale med dem om utføring av tjenester overfor de prioriterte gruppene.

I likhet med helse- og omsorgstjenesteloven er utgangspunktet at tannhelsetjenesteloven som sådan ikke gjelder direkte for private tjenesteytere uten avtale med kommunen, med

mindre dette følger særskilt av de enkelte bestemmelsene i loven. Dette vil derfor bero på en tolkning av den enkelte lovbestemmelse. Det må imidlertid kreves klare holdepunkter i loven eller forarbeidene for å pålegge private plikter. Tannhelsetjenesteloven § 4-2 andre ledd åpner for at departementet kan gi forskrifter om "privat tannhelsevirksomhet innen Den offentlige tannhelsetjenesten". Bestemmelsen er bygget over samme lest som den tidligere bestemmelsen i kommunehelsetjenesteloven § 4-2 andre ledd, og må forstås på samme måte med den begrensningen som ligger i begrepet "Den offentlige tannhelsetjenesten". Det vil si at forskriftshjemmelen er begrenset til å omfatte regulering av virksomheten til private tannleger som har avtale med fylkeskommunen, og ikke private tannleger uten slik avtale.

5.11.2.2 Departementets vurdering og forslag

Departementet finner det hensiktsmessig at forskriftshjemmelen i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 fjerde ledd andre punktum også kan gis anvendelse for tannhelsetjenester som utføres av private som ikke har avtale med kommunen, på samme måte som for private ytere av andre helse- og omsorgstjenester.

Spørsmålet er hvilket behov det vil være for å ha en hjemmel for regulering av privat tannhelsevirksomhet med og uten avtale. Hittil er det kun gitt forskriftsbestemmelser om kvalitets- og funksjonskrav i fastlegeordningen, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 tredje ledd. Kapittel 4 i forskrift 29. august 2012 nr. 842 om fastlegeordningen i kommunene inneholder bestemmelser om funksjons- og kvalitetskrav. Her stilles blant annet krav om tilgjengelighet innenfor åpningstid (svartid på telefon, mulighet for elektronisk timebestilling etc.), hjemmebesøk, bruk av tolk, rapportering av data til styrings- og kvalitetsformål mv. I motsetning til privat tannhelsepersonell, har fastlegene avtale med kommunen. Kommunen har derfor i utgangspunktet bedre mulighet for styring av privat allmennlegevirksomhet.

Private tannleger uten avtale med fylkeskommunen utgjør i dag hoveddelen (om lag 70 prosent) av tannleger i klinisk praksis. Størrelsesforholdet mellom den fylkeskommunale tannhelsetjenesten og privat sektor er et helt annet enn størrelsesforholdet mellom kommunen og private tjenesteytere uten avtale med kommunen. Dette faktum kan trekke i begge retninger. Behovet for å regulere privat tannhelsevirksomhet er i første rekke knyttet til privatpraktiserende tannpleiere og tannleger som praktiserer med trygderefusjon. Slik regulering må forankres i annet lovverk enn i helse- og omsorgstjenesteloven, for eksempel i folketrygdloven. En rekke krav til privat tannhelsevirksomhet vil allerede følge av internkontrollforskriften. På den andre siden vil kommunen få overført det særskilte ansvaret for å samordne den offentlige tannhelsetjenesten og privat sektor, slik at de samlede ressursene kan brukes best mulig. Kommunen vil også få ansvar for å sørge for at tannhelsetjenester er tilgjengelige for befolkningen. På denne bakgrunn kan det være aktuelt å stille krav til privat tannhelsevirksomhet om for eksempel særskilte kvalifikasjoner, kapasitet, deltagelse i folkehelsearbeid, opplysninger om tannhelsetilstanden til voksne (ikke individdata) for planformål og andre opplysninger som er relevante i samordningsammenheng.

5.11.3 Økonomiske og administrative konsekvenser

Forslaget om at hjemmelen for å forskriftsfeste krav til privat helse- og omsorgsvirksomhet som ikke har avtale med kommunen også skal gis anvendelse for privat tannhelsevirksomhet, innebærer en utvidelse i forhold til gjeldende rett etter tannhelsetjenesteloven. Hjemmelen vil kunne gjøre det enklere for kommunen å innhente data til bruk i planleggings-, styrings- og samordningsøyemed. Økonomiske og administrative konsekvenser for private tjenesteytere uten avtale vil bero på hvorvidt departementet benytter denne adgangen til å gi slike forskrifter, og vil bli vurdert i den sammenheng. Hjemmelen er hittil ikke benyttet overfor private ytere av andre helse- og omsorgstjenester.

5.12 Kommunens plikt til samhandling og samarbeid

5.12.1 Gjeldende rett

Helse- og omsorgstjenesteloven

I helse- og omsorgstjenesteloven § 3-4 første ledd er det presisert at kommunens overordnede ansvar for nødvendige helse- og omsorgstjenester etter loven § 3-1 første ledd innebærer en plikt til å legge til rette for samhandling mellom ulike deltjenester innad i kommunen og med andre tjenesteytere, der dette er nødvendig for å tilby tjenester som er omfattet av loven. Videre følger det av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-4 andre ledd at kommunen er pålagt å samarbeide med fylkeskommune, regionalt helseforetak og stat, slik at helse- og omsorgstjenesten i landet best mulig kan virke som en enhet. I de generelle merknadene i Prop. 91 L (2010-2011) punkt 12.6.5 side 142 uttaler departementet at samarbeid mellom ulike deltjenester og tjenestenivå er påkrevd for at man skal være i stand til å gi den enkelte og befolkningen generelt best mulig helse- og omsorgstjeneste.

De regionale helseforetakene har plikt til å legge til rette for samarbeid mellom ulike helseforetak innad i det regionale helseforetaket, med andre regionale helseforetak, fylkeskommuner, kommuner eller andre tjenesteytere, jf. lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. § 2-1e første ledd. Bestemmelsen svarer til helse- og omsorgstjenesteloven § 3-4 andre ledd og er tatt inn i loven for å sikre likeverdig og gjensidig forpliktende samarbeid mellom kommuner og helseforetak.

Kapittel 6 i helse- og omsorgstjenesteloven inneholder bestemmelser som stiller krav til samarbeid mellom kommuner og regionale helseforetak mv. Alle kommuner har plikt til å inngå samarbeidsavtale med foretak i helseregionen, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 6-1 første ledd. Bestemmelsen har som målsetting å fremme samhandling mellom kommuner og helseforetak. Tilsvarende plikt er derfor pålagt de regionale helseforetakene etter spesialisthelsetjenesteloven § 2-1e andre ledd. Helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2 stiller minimumskrav til innholdet i samarbeidsavtalen.

Helse- og omsorgstjenesteloven § 6-6 åpner for at departementet ved forskrift eller enkeltvedtak kan pålegge kommuner å samarbeide når det anses påkrevd av hensyn til en forsvarlig løsning av oppgaver innen kommunens helse- og omsorgstjeneste. Departementet kan gi bestemmelser om hvilke oppgaver det skal samarbeides om, og om fordelingen av utgifter.

Tannhelsetjenesteloven

Tannhelsetjenesteloven § 6-3 åpner for at fylkeskommuner kan inngå avtaler med hverandre om samarbeid om lovpålagte oppgaver. Dette følger også av den alminnelige friheten fylkeskommuner har til å organisere tjenesteytingen slik den selv finner mest hensiktsmessig. Et eksempel på slikt interkommunalt samarbeid er samarbeid om etablering og drift av odontologiske spesialisthelsetjenester, forskning, råd/veiledning og etter- og videreutdanning ved de regionale odontologiske kompetansesentrene. For øvrig finnes det ingen bestemmelser i tannhelsetjenesteloven som regulerer samarbeid eller samhandling med andre forvaltningsnivå. I motsetning til helse- og omsorgstjenesteloven, inneholder ikke tannhelsetjenesteloven hjemmel for å påby interkommunalt samarbeid mellom flere fylkeskommuner.

5.12.2 Departementets vurdering og forslag

Oppgaveoverføringen vil medføre at ansatte i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten får samme arbeidsgiver og ledelse. Dette vil kunne gjøre det lettere å samarbeide internt i kommunen mellom ulike fagmiljøer, deltjenester eller kommunale etater. Videre vil bestemmelsene om samhandling og samarbeid i helse- og omsorgstjenesteloven også få anvendelse på kommunens tannhelsetjeneste. Tannhelsepersonell samarbeider med personell ved helsestasjon, skolehelsetjeneste, barnehage, grunnskole og i kommunens barnevernstjeneste. Regelmessige tannhelseundersøkelser for barn og unge gir mulighet for at tannhelsepersonell kan gjenkjenne symptomer i munnhulen som kan gi mistanke om omsorgssvikt, spiseforstyrrelser og i enkelte tilfelle seksuelle overgrep. For å kunne gi et regelmessig og oppsøkende tilbud til psykisk utviklingshemmede og til grupper av eldre og uføre i institusjon og i hjemmesykepleie, samarbeider tannhelsepersonell med den kommunale omsorgstjenesten. Når tannhelsetjenesten blir et kommunalt ansvar vil mulige forvaltningsmessige barrierer ikke lenger være til hinder for samhandling og samarbeid mellom tannhelsepersonell og øvrige kommunale tjenester.

På enkelte områder samarbeider tannhelsepersonell med spesialisthelsetjenesten om tannhelsetilbudet til pasienter som den fylkeskommunale tannhelsetjenesten henviser for utredning og behandling i spesialisthelsetjenesten, og til pasienter som er innlagt i helseinstitusjon over tid. Dette kan for eksempel gjelde koordinert oppfølging av barn og unge som oppholder seg på sykehus over kortere eller lengre tid og personer med rusavhengighet som mottar tverrfaglig spesialisert rusbehandling eller legemiddelassistert rusbehandling (LAR). Det kan også være aktuelt for kommunen og de regionale odontologiske kompetansesentrene å samarbeide med de regionale helseforetakene om

tilbudet om spesialisttannhelsetjenester til befolkningen generelt og de prioriterte gruppene spesielt, og om forskning, fagutvikling og etterutdanning. Et slikt samarbeid kan inngå som en del av den lovpålagte samarbeidsavtalen mellom kommune og regionalt helseforetak.

Bestemmelsen i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-4 andre ledd foreslås videreført uendret siden det fortsatt kan være aktuelt for kommunen å samarbeide med fylkeskommunen, selv om fylkeskommunen ikke lenger skal ha ansvar for tannhelsetjenester. Det vises blant annet til de plikter knyttet til forebyggende helsearbeid som fylkeskommunen fortsatt vil være pålagt etter folkehelseloven.

Bestemmelsen i helse- og omsorgstjenesteloven § 6-6 som gir departementet hjemmel for å påby interkommunalt samarbeid mellom kommuner om helse- og omsorgstjenester, vil med oppgaveoverføringen også kunne få anvendelse for tannhelsetjenester. Dette vil være nytt i forhold til gjeldende rett. Det avgjørende er at tannhelsetjenester er tilgjengelige for hele befolkningen i kommunen og at pasienter med rettigheter til tannhelsehjelp får tilbud om gode og forsvarlige tjenester. Særlig i små kommuner uten egen tannklinik kan samarbeid med nabokommuner derfor være nødvendig. Departementet er av den oppfatning at samarbeid mellom kommuner i utgangspunktet bør inngås på frivillig basis. Mulige aktuelle samarbeidsmodeller er beskrevet under punkt 5.22.4. I tilfeller hvor fraværet av samarbeid utgjør en risiko for at pasientene ikke får de tannhelsetjenester de har krav på, må departementet ha mulighet til å påby slikt samarbeid. Departementet antar imidlertid at det ikke vil være særlig aktuelt å pålegge interkommunalt samarbeid, fordi kommunene selv ser egeninteressen av å inngå slikt samarbeid. Bestemmelsen i § 6-6 må anses som en snever unntaksregel, hvor det skal svært mye til for å gi slikt pålegg.

Det vises for øvrig til at Kommunal- og moderniseringsdepartementet i Oppgavemeldingen, jf. Meld. St. 14 (2014-2015) punkt 3.4 side 24, har varslet at departementet utreder en generell hjemmel til å pålegge interkommunalt samarbeid som vil kunne erstatte særbestemmelser om dette. Dette er også omtalt i Kommuneproposisjonen 2017, jf. Prop. 123 S (2015-2016).

Departementet ser ikke grunn til å videreføre en bestemmelse om at kommuner kan inngå samarbeidsavtaler om oppgaveløsningen på tannhelsefeltet. Bestemmelsen i tannhelsetjenesteloven § 6-3 anses overflødig da det ikke er nødvendig å lovregulere adgangen til frivillig å inngå denne type samarbeid.

5.12.3 Økonomiske og administrative konsekvenser

Bestemmelsene i helse- og omsorgstjenesteloven som stiller krav til samhandling og samarbeid med andre deltjenester i kommunen og med andre tjenesteytere er nye, sett i forhold til hva fylkeskommunen er pålagt i dag. Selv om tannhelsetjenesteloven ikke inneholder krav til samarbeid med kommunen eller spesialisthelsetjenesten, foregår det i dag omfattende samarbeid mellom den fylkeskommunale tannhelsetjenesten og ulike kommunale tjenester og i begrenset grad med spesialisthelsetjenesten. Bestemmelsene i helse- og omsorgstjenesteloven legger ingen føringer for hvordan samarbeidet innad i kommunen eller med andre skal foregå. Det er det samarbeidet som til enhver tid faktisk

pågår som eventuelt vil ha økonomiske og administrative konsekvenser. Det legges til grunn at fjerning av eventuelle forvaltningsmessige barrierer for samarbeid som følge av forankring av tannhelsetjenester som et kommunalt ansvar, kan innebære enklere administrative forhold. Samarbeid med spesialisthelsetjenesten på tannhelsefeltet vil kunne inngå i samarbeidsavtaler som kommunen har inngått med det regionale helseforetaket som ledd i samhandlingsreformen. Adgangen for departementet til å pålegge interkommunalt samarbeid er ny i forhold til tannhelsetjenester. Eventuelle konsekvenser vil imidlertid avhenge av i hvilken grad hjemmelen faktisk blir benyttet.

5.12.4 Ansvar for samordning av offentlige og private tannhelsetjenester

5.12.4.1 Gjeldende rett

Etter tannhelsetjenesteloven § 1-4 har fylkeskommunen ansvar for samordning av den offentlige tannhelsetjenesten og privat sektor. Formålet med samordningen er å sikre at det er tilgjengelige tannhelsetjenester for hele befolkningen i fylket, jf.

tannhelsetjenesteloven § 1-1 første ledd. På landsbasis er privat sektor dominerende når det gjelder å yte tannhelsetjenester. Verken loven eller dens forarbeider kaster lys over hva som ligger i begrepet "samordning". Bestemmelsen sier heller ingenting om hvilke virkemidler fylkeskommunen har for å samordne virksomheten med privat sektor.

Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 inneholder i dag ingen tilsvarende bestemmelse om samordning av den kommunale helse- og omsorgstjenesten og privat sektor. Dette har blant annet sammenheng med at innslaget av helprivate tjenester (uten avtale med kommunen) på disse områdene er marginalt.

5.12.4.2 Departementets vurdering og forslag

Samordningsansvaret innebærer ansvar for at de samlede tannhelseressursene i fylket utnyttes best mulig. Samordningen skal sikre at hele befolkningen har tilstrekkelig tilgang på tannhelsetjenester, inkludert spesialisttannhelsetjenester. I den forbindelse er planlegging viktig. Det vises til fylkeskommunens spesifikke planleggings- og tilretteleggingsplikt på tannhelseområdet som følger av tannhelsetjenesteloven § 1-3a. Bestemmelsen er nærmere omtalt under punkt 5.8.3 og 5.15.2. En lignende bestemmelse om kommunens plikt til å planlegge virksomhet som den har ansvar for, følger av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 tredje ledd. Kommunen har et i tillegg et generelt ansvar for å fremme folkehelse innenfor sine sektorområder, blant annet gjennom planlegging. Oversikt over folkehelseutfordringer i kommunen skal inngå som grunnlag for arbeidet med kommunens planstrategi, jf. folkehelseloven § 6.

I tillegg gir tannhelsetjenesteloven § 1-5 hjemmel for at fylkeskommunen kan pålegge "helsepersonell som arbeider innenfor rammen av denne lov" å gi opplysninger til bruk for planlegging, styring og utvikling av tannhelsetjenesten i fylkeskommunen. Bestemmelsen omfatter ikke bare tannhelsepersonell som er ansatt i fylkeskommunen, men også private tjenesteytere som har avtale om utføring av tannbehandling på vegne av fylkeskommunen. Bestemmelsen er nærmere omtalt i punkt 5.16.7. Tilsvarende bestemmelse er gitt i helse- og omsorgstjenesteloven § 5-8. En annen aktuell bestemmelse i styrings- og samordningsøyemed er tannhelsetjenesteloven § 1-3b som pålegger

fylkeskommunen plikt til å ta imot og registrere meldinger om helsepersonell i fylkeskommunen og i tannhelsetjenesten. Formålet er å gi myndighetene oversikt over helsepersonelldekningen som grunnlag for å kunne ivareta tilgjengelighetsansvaret og for å kunne iverksette styringstiltak ved behov. Bestemmelsen er nærmere omtalt i punkt 5.16.6. En tilsvarende bestemmelse finnes i helse- og omsorgstjenesteloven § 5-7.

Grunnlaget for planlegging er innhenting og analyse av nødvendige data. For å kunne samordne offentlige og private tannhelsetjenester må kommunen ha tilgang til nødvendige data angående den private sektor for planformål. Kommunen vil kunne hente slike data fra flere kilder. KOSTRA-statistikken til SSB vil gi oversikt over antall årsverk av tannhelsesekretærer, tannpleiere, allmenntannleger og tannlegespesialister i så vel offentlig som privat tannhelsetjeneste. Dermed kan kommunen vurdere de samlede tilgjengelige tannhelseressursene i egen kommune (i dag har statistikken fylke som enhet) og i nabokommuner/fylket/regionen. Ut fra disse dataene vil kommunen kunne vurdere hvorvidt den samlede kapasiteten anses tilstrekkelig. Vurderingene av tilgjengeligheten til spesialisttjenester må imidlertid vurderes særskilt. Kommunen vil også kunne innhente nærmere opplysninger om praksissted mv. for den private sektor ved hjelp av "gule sider" og ved å samarbeide med lokal tannlegeforening og tannpleierforening.

Når det gjelder ytterligere muligheter til å innhente nødvendig informasjon om privat sektor til planleggings- og samordningsformål, etablerte Forbrukerrådet i 2013 etter oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet en nettbasert prisportal for tannhelsetjenester (www.hvakostertannlegen.no). Alle tilbydere av tannhelsetjenester, inkludert private, er fra 1. januar 2013 pålagt å registrere sine priser i portalen, jf. forskrift 14. november 2012 nr. 1066 om prisopplysning for varer og tjenester § 14. Formålet med den nettbaserte løsningen er å styrke forbrukerrettigheter knyttet til tannbehandling.

I tillegg vil prisportalen kunne være en kilde til informasjon om privat sektor i fylket og hvor formålet er samordning. Prisportalen inneholder blant annet opplysninger om den geografiske plasseringen av private tannklinikker i kommunen/fylket, tilgjengelighet (åpningstid, ventetid, fysisk tilgjengelighet), kompetanse/spesialitet, pris mv. Etter departementets vurdering er de opplysningene som vil bli offentlig tilgjengelige via prisportalen, sammenholdt med de opplysninger som kan skaffes tilveie på annen måte, langt på vei dekkende for kommunens planleggings- og samordningsbehov. Prisportalen vil bli utviklet videre.

Departementet finner på denne bakgrunn at behovet for virkemidler knyttet til kommunens samordningsansvar kan ivaretas gjennom gjeldende bestemmelser i helse- og omsorgstjenesteloven som stiller krav til planlegging samt meldinger om etablering mv. av privat praksis. Innholdet i de aktuelle bestemmelsene i tannhelsetjenesteloven §§ 1-3a, 1-3b og 1-5 foreslås i hovedsak videreført ved innpasning i helse- og omsorgstjenesteloven. Når det gjelder behovet for innhenting av informasjon om privat sektor i samordningsøyemed, vises det også til mulighetene som ligger i prisportalen.

Departementet ser behov for å videreføre innholdet i bestemmelsen i tannhelsetjenesteloven § 1-4 som innebærer at kommunen får ansvar for å samordne den

offentlige tannhelsetjenesten og privat sektor. Som beskrevet innledningsvis, er det primære formålet med samordning å sørge for at offentlige og private tannhelsetjenester, inkludert spesialisttannhelsetjenester, samlet sett er tilgjengelige for hele befolkningen. Til sammenligning kan kommunen i større grad bruke driftsavtalene med andre private tjenesteytere (for eksempel fastleger og fysioterapeuter) som styrings- og samordningsinstrument.

5.12.4.3 Forslag til lovregulering

Departementet foreslår at det tas inn en bestemmelse som et nytt andre ledd i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-4 med følgende ordlyd (endringer i kursiv):

"Kommunen har ansvar for å samordne kommunal og privat tannhelsevirksomhet."

Det vises i sin helhet til lovforslaget under punkt 10.

5.12.4.4 Økonomiske og administrative konsekvenser

Forslaget innebærer i sin helhet en videreføring av gjeldende rett og pålegger dermed ikke kommunen nye plikter i forhold til hva fylkeskommunen har i dag. Forslaget har ikke økonomiske og administrative konsekvenser.

5.13 Kommunens ansvar for akutt tannhelsehjelp

5.13.1 Gjeldende rett

5.13.1.1 Helse- og omsorgstjenesteloven

Kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1. For å oppfylle dette ansvaret skal kommunen tilby hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner, herunder legevakt, heldøgns akuttmedisinsk beredskap og medisinsk nødmeldetjeneste. Dette følger av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 3 bokstav a, b og c.

Kommunens ansvar for å tilby øyeblikkelig hjelp er eksplisitt nedfelt i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-5. Kommunen skal straks tilby eller yte helse- og omsorgstjenester til den enkelte når det må antas at den hjelp kommunen kan gi er påtrengende nødvendig, jf. § 3-5 første ledd. Kommunens ansvar for øyeblikkelig hjelp er begrenset til å gjelde undersøkelse, behandling eller annen hjelp som det er forsvarlig at kommunen yter.

Plikten til å yte øyeblikkelig hjelp inntreffer ikke dersom kommunen vet at nødvendig hjelp vil bli gitt av andre som etter forholdene er nærmere til å gi den i tide, jf. § 3-5 andre ledd. Med "andre" tas særlig sikte på spesialisthelsetjenesten, men det kan også tenkes andre tjenesteytere, som for eksempel tannlege, jf. Prop. 91 L (2010-2011) side 492. Plikten medfører at det kreves raske avklaringer av hvorvidt pasienten kan få et tilbud i kommunen eller om vedkommende må oppsøke spesialisthelsetjenesten.

Bestemmelsene i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-5 er en presisering og videreføring av gjeldende rett. Det har også vært ønskelig å speile spesialisthelsetjenestens ansvar for øyeblikkelig hjelp med en tilsvarende uttrykkelig lovregulering av kommunens ansvar i

ny helse- og omsorgstjenestelov, jf. Prop. 91 L (2010-2011) punkt 16.6.1 side 212. Øyeblikkelig hjelp-plikten etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-1 første ledd pålegger sykehus og fødestuer å straks motta pasienter som trenger somatisk helsehjelp når det etter de foreliggende opplysninger må antas at den hjelp institusjonen eller avdelingen kan gi er påtrengende nødvendig.

Kommunens plikt til å tilby øyeblikkelig hjelp etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-5 korresponderer med bestemmelsen i pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 a som gir pasient og bruker rett til øyeblikkelig hjelp fra kommunen.

Fra 1. januar 2016 trådte helse- og omsorgstjenesteloven § 3-5 tredje ledd i kraft. Bestemmelsen pålegger kommunene å sørge for tilbud om døgnopphold for helse- og omsorgstjenester til pasienter og brukere med behov for øyeblikkelig hjelp. Plikten gjelder kun for de pasienter og brukere som kommunen har mulighet til å utrede, behandle eller yte omsorg til. Bestemmelsen må ses i sammenheng med samhandlingsreformen som innebærer at en større del av pasientforløpene skal overføres fra spesialisthelsetjenesten til den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Kommunens plikt til å sørge for døgnopphold ved behov for øyeblikkelig hjelp gjelder kun for pasienter med somatisk sykdom og ikke for pasienter med rusavhengighet og psykisk sykdom, jf. forskrift 13. november 2015 nr. 1287 som er gitt med hjemmel i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-5 fjerde ledd.

5.13.1.2 Tannhelsetjenesteloven

Tannhelsetjenesteloven har ingen bestemmelser som uttrykkelig slår fast fylkeskommunens ansvar for å tilby eller yte akutt tannhelsehjelp. Pasienter innenfor de prioriterte gruppene vil ha rett til nødvendig tannhelsehjelp. Det er sikker rett at begrepet "nødvendig helsehjelp" også omfatter øyeblikkelig hjelp. Betegnelsen "nødvendig helsehjelp" er en rettslig minstestandard som innholdsmessig må tillegges samme betydning når det er tale om tannhelsetjenester. Det betyr at pasienter innenfor de prioriterte gruppene har rett til tannhelsehjelp ved akutt behov.

Fylkeskommunen har også ansvar for at tannbehandling ved akutt behov er tilgjengelig for den øvrige delen av befolkningen som ikke har rettigheter etter tannhelsetjenesteloven. Dette ligger implisitt i det generelle uttrykket "tannhelsetjenester" i tannhelsetjenesteloven § 1-1 første ledd. I retningslinjer fra Helsedirektoratet fra 1987 (IK-2608) er det dessuten presisert at et minstekrav til tilgjengelighet må være at akutte behov for tannhelsehjelp blir tilfredsstilt uten hensyn til ventelister og prioriteringer for alle som bor eller midlertidig oppholder seg i fylket. Fylkeskommunen må dermed anses ansvarlig for å sørge for at det er tilgang på akutt tannhelsehjelp også for personer utenfor de prioriterte gruppene og for personer som midlertidig oppholder seg i fylket, selv om de er bosatt i et annet fylke.

I tillegg vil det enkelte helsepersonell ha plikt til å yte øyeblikkelig hjelp etter helsepersonelloven § 7. Plikten etter denne bestemmelsen omfatter "den helsehjelp de evner når det må antas at hjelpen er påtrengende nødvendig".

I motsetning til kommunen, har fylkeskommunen ikke lovpålagt plikt til å organisere tilbudet om akutt tannhelsehjelp i form av tannlegevakt utover ordinær kontortid. Organisering av tannlegevakt inngår ikke i den akuttmedisinske kjeden av tjenester utenfor sykehus som er regulert i forskrift 30. mars 2015 nr. 231 om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv. (akuttmedisinforskriften).

5.13.2 Departementets vurdering og forslag

5.13.2.1 Lovfesting av ansvar for akutt tannhelsehjelp

I den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten er begrepet "øyeblikkelig hjelp" som regel knyttet til fare for liv eller permanent tap eller reduksjon av helse. En alvorlig smertetilstand kan også omfattes av plikten til å yte øyeblikkelig hjelp.

Når det gjelder tannhelsetjenester vil det i mindre grad kunne oppstå akutte situasjoner som er av en slik karakter at de må karakteriseres som en øyeblikkelig hjelp situasjon. I tilfeller der skader eller sykdom i munn, kjeve eller tenner er av en slik karakter at de innebærer fare for liv eller permanent tap/reduksjon av helse, vil pasienten som regel uansett bli innlagt på sykehus. Skade på kjeve/tenner vil ofte være en del av et større skadebilde med for eksempel hjernerystelse og andre omfattende skader som forutsetter sykehusbehandling. Det samme vil være tilfelle for infeksjonstilstander. Selv om tilstander i munnhule/kjeve/tenner kan opptre akutt, med for eksempel smerte, infeksjon, feber og ubehag, må som regel ikke behandlingen gjennomføres umiddelbart eller innen kort tid.

Det kan være behov for behandling som ikke bør vente til tannlegens åpningstid neste dag, men hvor det likevel er tilstrekkelig at behandlingen utføres i løpet av noen timer. Dette gjelder for eksempel barn som får slått ut fortenner. Alminnelig tannverk vil alternativt kunne lindres med smertestillende, eventuelt på legevakt, for å dempe de verste smertene frem til en tannlege kan gi relevant behandling. Omfattende tannbyll (abscess) med store hevelser og høy feber bør antakelig behandles samme dag. For de fleste voksne vil et akutt problem kunne dreie seg om tannpine, å miste en fylling, deler av en tann knekker, en krone eller bro løsner eller en løstsittende protese (gebiss) ødelegges. Dette kan innebære ubehag og redusert funksjon i en periode. Ut fra hensynet til forsvarlighet kan behandling likevel vanligvis vente til førstkommende virkedag innenfor klinikkens ordinære åpningstid.

De aller fleste pasienter med akutte tannbehandlingsbehov tas direkte under behandling hos tannlege. Fylkeskommunen/privat tannlege henviser videre til fastlege, kommunal legevaktlege eller spesialisthelsetjenesten ved behov, men behovet for slik henvisning er vanligvis begrenset. Når pasienten kommer direkte til akuttbehandling i spesialisthelsetjenesten er det ofte som følge av andre og mer omfattende skader som involverer ansikt, kjeve og munn, og som hverken fylkeskommunens ansatte eller private tannlegespesialister har mulighet eller faglig forutsetning for å behandle.

Som følge av oppgaveoverføringen vil kommunen få ansvar både for allmenntannhelsetjenester og odontologiske spesialisttjenester. Dette i motsetning til andre helse- og omsorgstjenester, hvor ansvaret i dag er fordelt på kommunalt og statlig nivå. Det er derfor ikke tilsvarende hensyn til samhandling og oppgavedeling mellom forvaltningsnivåene som alene tilsier at det er nødvendig med en eksplisitt lovregulering av kommunens akuttansvar for tannhelsetjenester.

Innpasning av tannhelsetjenester i helse- og omsorgstjenesteloven innebærer at bestemmelsene om øyeblikkelig hjelp i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-5 første, andre og fjerde ledd også vil komme til anvendelse på tannhelsetjenester. Departementet finner at bestemmelsene kan gis anvendelse for tannhelsetjenester slik de står, uten at det er behov for lovendring. Det betyr at begrepet "øyeblikkelig hjelp" vil omfatte tilfeller med behov for akutt tannhelsehjelp. Lovfesting av kommunens ansvar for å tilby akutt tannhelsehjelp overfor bestemte persongrupper og ansvar for at akutt tannhelsehjelp er tilgjengelig for befolkningen for øvrig, innebærer en klargjøring av gjeldende rett med hensyn til det ansvaret fylkeskommunen i dag har etter tannhelsetjenesteloven. Som følge av at behovet for akutt tannhelsehjelp vanligvis vil være av begrenset hastekarakter og betydning for øvrige kroppsfunksjoner, legger departementet til grunn at bestemmelsene i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-5 i praksis vil ha mindre betydning for tannhelsetjenester. Det vises til formuleringene om at kommunen "straks" skal tilby hjelp når det er "påtrengende nødvendig". Ved omfattende tann-, kjeve- og hodeskader som krever behandling i sykehus, vil kommunens ansvar uansett være begrenset til tannhelsehjelp som det er forsvarlig at kommunen gir.

Retten til nødvendig tannhelsehjelp for personer i de prioriterte gruppene omfatter også rett til akutt tannhelsehjelp. Det vises til departementets vurderinger og forslag under punkt 5.21.2.

5.13.2.2 Bør det lovfestes krav om organisering av kommunal tannlegevakt?

Med tannlegevakt menes i denne sammenheng en kommunalt organisert virksomhet som utenom klinikkenes ordinære åpningstider skal vurdere henvendelser om akutt hjelp, herunder foreta behandling mv. som anses nødvendig og ved behov henviser til andre instanser med annen kompetanse.

Departementet foretok sommeren 2011 en kartlegging av fylkeskommunenes organisering av akutttilbudet når det gjelder tannhelsetjenester. Tannlegevakt er et typisk sentralisert behandlingstilbud, særlig i de større byene. Kartleggingen viser at det i byer og større befolkningsområder i de enkelte fylkene er organisert tannhelsehjelp for å ta høyde for akutte situasjoner utenom vanlig kontortid, det vil si om ettermiddag/kveld eller på avgrensede tidspunkter i helger/på helligdager. I de fleste tilfeller organiseres tilbudet som tannlegevakt med ekstra åpningstid fra en til to timer, enten ved fylkeskommunens egne ansatte eller ved samarbeid med privatpraktiserende tannleger. Dette tyder på at fylkeskommunene har en felles oppfatning av at tilgjengelighetsansvaret også omfatter akuttjenester utenom ordinær kontortid. Vektleggingen av hensynet til en kostnadseffektiv tjeneste i forhold til vurdert behov har medført at måten å organisere tilgjengelighet til akutthjelp på, blant annet antallet tannlegevakter, varierer noe mellom

fylkene. Tilbakemeldingen tyder likevel på at alle fylkeskommunene har etablert systemer for å ivareta henvendelser vedrørende behov for rådgivning og akutt behandling av tannskader hos barn og unge utenom klinikkenes åpningstider. Dette ansvaret er løst på ulike måter og er tilpasset lokale forhold, avhengig av geografi, reiseavstander, befolkningstetthet mv.

SSBs Rapport 29/2010 er basert på resultater fra levekårsundersøkelsen i 2008. Rapporten beskriver blant annet befolkningens tilfredshet med tilgangen til akutt tannhelsehjelp. Levekårsundersøkelsen gir ikke svar på hvorvidt behov for akutt hjelp oppstod på dagtid eller utenom ordinær arbeidstid. I rapporten til SSB konkluderes det med at når det gjelder tilgjengeligheten, tyder tallene på at tjenestetilbudet er godt når et akutt problem melder seg. Etter departementets vurdering kan det fremstå som at ulikhetene i behovet for akutt tannhelsehjelp og befolkningens tilfredshet med tilgangen på slik hjelp, i hovedsak har sammenheng med den generelle tannlegedekningen i den aktuelle regionen. Da levekårsundersøkelsen ble utført i 2008, var det mange ubesatte tannlegestillinger i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten i mange fylker, særlig i områder uten private tannleger.

Spørsmålet er om det er tungtveiende grunner som tilsier at det er behov for nærmere regulering av hvordan kommunen skal organisere tilbudet om akuttjenester for å oppfylle ansvaret for tilgjengelige tannhelsetjenester for hele befolkningen. De vaktordninger som finnes er i prinsippet basert på frivillighet. I Oppgavemeldingen legger regjeringen til grunn at større kommuner vil kunne redusere behovet for statlig detaljstyring, jf. Meld. St. 14 (2014-2015) punkt 7.1 side 70. I meldingen legges hovedprinsippet om juridisk rammestyring til grunn for overføring av nye oppgaver til større kommuner. Av Kommunal- og moderniseringsdepartementets retningslinjer for utforming av statlig regelverk rettet mot kommunene, fremgår blant annet at kommunene ikke bør pålegges bestemte organisatoriske løsninger når det gjelder måter å løse en oppgave på. De sentrale føringene som er nevnt her, tilsier at man i utgangspunktet bør være tilbakeholden med å stille krav til hvordan kommunen løser sine oppgaver på.

Overføringen av det offentlige ansvaret for tannhelsetjenester betyr at kommunen må sørge for at hele befolkningen har tilgang på akuttilbud, enten tilbudet gis av kommunen selv, i samarbeid med nabokommuner eller av private. Videre må personer innenfor de prioriterte gruppene sikres tilbud om tannhelsehjelp i akutte situasjoner. Det betyr at kommunen må ha etablert systemer og rutiner for ivaretagelse av behovet for akutt hjelp til personer i de prioriterte gruppene utenom klinikkenes ordinære åpningstider, i ferier, helger, på helligdager mv. Foruten barn og unge gjelder dette også personer med utviklingshemming, personer på institusjon og personer som mottar helsetjenester i hjemmet fra kommunen i form av sykepleie. Rekkevidden av kommunens ansvar for akutt tannhelsehjelp vil til enhver tid være avgrenset av forsvarlighetskravet, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-5.

Det er et overordnet mål at befolkningen skal ha lik tilgang til helse- og omsorgstjenester, inkludert akutt tannhelsehjelp. Tilgjengeligheten må likevel veies opp mot behovets omfang, alvorlighetsgrad, hastekarakter og risiko for liv og helse. For kommunen må

dette også vurderes opp mot hensynet til en kostnadseffektiv organisering. De sykdommer, skader og tilstander som kan avhjelpest ved behandling hos tannlege i akutte situasjoner er som regel heller ikke av en slik karakter at liv, helse eller vitale funksjoner hos pasienten er truet. Det er et begrenset antall situasjoner som krever behandling innen 1-2 timer. For voksne pasienter er hastekarakteren av akuttbehandling ved tannskader vanligvis av mindre betydning enn for barn, hvor behandling av utslåtte fortenner bør behandles innen kort tid slik at tilheling kan skje. Mange akutte situasjoner vil verken medføre smerte eller risiko for forverring ved å vente med behandling til neste dag.

Etterspørselen etter tilgang på akutt tannhelsehjelp utenom ordinær åpningstid varierer også fra fylke til fylke, avhengig av geografi, reiseavstander, kommunikasjonsforhold, befolkningskonsentrasjon mv. Etter departementets vurdering tilsier dette at det bør være opp til den enkelte kommune å avgjøre nivå og omfang av organiseringen av tilgangen på akutt hjelp. Kommunen bør i den sammenheng vurdere virkemidler som samarbeid med private tannleger om vaktordninger og interkommunalt samarbeid med andre kommuner.

Departementet finner på denne bakgrunn at det ikke foreligger tilstrekkelig tungtveiende nasjonale hensyn for å lovfeste et krav om at den enkelte kommune må organisere tilbudet om akutt tannhelsehjelp utenfor ordinær kontortid i form av tannlegevakt, på linje med legevakt.

5.13.3 Økonomiske og administrative konsekvenser

Forslaget om at øyeblikkelig hjelp-bestemmelsene i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-5 første, andre og fjerde ledd gis anvendelse på tannhelsetjenester, er i hovedsak en presisering og videreføring av gjeldende rett som følger indirekte av tannhelsetjenesteloven. Samtidig er bestemmelsene i § 3-5 så vidt utformet at de kan innebære en reell utvidelse i forhold til det ansvar fylkeskommunen har i dag for å sørge for at akutt tannbehandling er tilgjengelig for befolkningen i fylket. Forslaget pålegger ikke kommunen plikt til å organisere tilbud om akutt tannhelsehjelp som døgnåpen tannlegevakt. Med et fortsatt stort antall mindre kommuner vil ivaretagelsen av ansvaret for at akutt tilbud er tilgjengelig for befolkningen i kommunen, kreve interkommunalt samarbeid og/eller samarbeid med private tjenesteytere for disse kommunene. Forslaget kan dermed innebære visse administrative konsekvenser, avhengig av kommunestørrelse.

5.14 Pasient- og brukervedvirkning mv.

5.14.1 Gjeldende rett

5.14.1.1 Helse- og omsorgstjenesteloven

Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-10 skal sikre pasienters og brukeres innflytelse innenfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten og er bygd opp etter modell av en ordning som først ble tatt i bruk i spesialisthelsetjenesteloven, jf. lov 15. juni 2001 nr. 93 om helseforetak (helseforetaksloven) § 35. Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-10 er ny i forhold til kommunehelsetjenesteloven av 1982, men en videreføring av sosialtjenesteloven av 1991.

Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-10 første ledd slår fast prinsippet om at kommunen skal sørge for at representanter for pasienter og brukere blir hørt ved utformingen av kommunens helse- og omsorgstjeneste. Videre skal kommunen sørge for at virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester som er omfattet av loven, etablerer systemer for innhenting av pasienters og brukeres erfaringer og synspunkter, jf. § 3-10 andre ledd. Disse bestemmelsene skal sikre pasient- og brukermedvirkning på systemnivå innenfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten, men regulerer ikke nærmere hvordan dette skal skje. Det vil være opp til den enkelte kommune selv å avgjøre hvordan arbeidet skal organiseres for å sikre innhenting av erfaringer og synspunkter fra pasienter og brukere.

Av § 3-10 tredje ledd følger at helse- og omsorgstjenesten skal legge til rette for samarbeid med brukergruppenes organisasjoner og med frivillige organisasjoner som arbeider med de samme oppgavene som helse- og omsorgstjenesten. Hva det skal samarbeides om og på hvilken måte, må avklares av den enkelte kommune. I praksis vil det ofte være aktuelt å samarbeide om forebyggende tiltak eller grupperettede tiltak, men samarbeidet kan også dreie seg om tiltak for enkeltpersoner.

I § 3-10 fjerde ledd presiseres det at kommuner innenfor forvaltningsområdet for samisk språk i tillegg skal sørge for at samiske pasienters eller brukeres behov for tilrettelagte tjenester blir vektlagt ved utforming av tjenesten. Et godt tjenestetilbud tar utgangspunkt i den enkelte pasients og brukers behov. For samiske pasienter innebærer et godt tjenestetilbud en erkjennelse av at de har en annen språklig og kulturell bakgrunn enn majoritetsbefolkningen og de fleste tjenesteytere. I mange tilfeller vil det være mangel på kunnskap om samisk språk og kultur blant personell i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Gjennom henvisningen til sameloven § 3-5 presiseres det at det i disse forvaltningsområdene allerede er fastsatt særskilte språkrettigheter for samiske pasienter og brukere.

5.14.1.2 Tannhelsetjenesteloven

Tannhelsetjenesteloven inneholder ingen tilsvarende generell bestemmelse om pasient- og brukermedvirkning på systemnivå som blant annet vektlegger hensynet til samiske pasienters behov for tilrettelagte tjenester.

5.14.2 Departementets vurdering og forslag

Departementet legger til grunn at kravene til pasient- og brukerinnflytelse og samarbeid med brukerorganisasjoner også bør få anvendelse ved kommunens planlegging og utforming av tannhelsetilbudet. Disse kravene er nye i forhold til de plikter fylkeskommunene har etter tannhelsetjenesteloven. Kravet til tilrettelagte tjenester for samiske pasienter består i hovedsak av språklig tilrettelegging. Dette kravet følger i dag allerede av samelovens generelle bestemmelser og gjelder både for kommuner og fylkeskommuner.

5.14.3 Økonomiske og administrative konsekvenser

Forslaget medfører noe utvidede plikter for kommunen, sammenlignet med fylkeskommunens plikter etter tannhelsetjenesteloven. Det antas likevel at kravene til

pasient- og brukermedvirkning på tannhelsefeltet ikke vil medføre økonomiske og administrative konsekvenser av betydning, ettersom tannhelsetjenester vil utgjøre en liten del av de samlede velferdsytelsene som kommunen har ansvar for. Inkludering av tannhelse i kommunens etablerte samarbeid med pasient- og/eller frivillige organisasjoner vil ikke medføre særskilt merarbeid. Det forutsettes også at kommunene allerede har etablert systemer for innhenting av pasienters og brukers erfaringer og synspunkter.

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

5.15 Krav til forsvarlighet, pasientsikkerhet og kvalitet

Kapittel 4 i helse- og omsorgstjenesteloven inneholder bestemmelser som stiller krav til forsvarlighet, pasientsikkerhet og kvalitet i kommunens tjenesteyting.

5.15.1 Om kvalitet, pasientsikkerhet og forsvarlighet i tannhelsetjenesten

Begrepene kvalitet, forsvarlighet og pasientsikkerhet henger nøye sammen. Kvalitet i tjenesteytingen er en forutsetning for at tjenestene skal anses forsvarlige. Kvalitet og forsvarlighet er igjen forutsetninger for pasientsikkerhet, det vil si at pasienter og brukere skal beskyttes mot unødige skader eller hendelser i forbindelse med tjenesteytingen.

5.15.1.1 Kvalitet

Regjeringen la høsten 2014 frem den første årlige stortingsmeldingen om kvalitet og pasientsikkerhet, jf. Meld. St. 11 (2014-2015) *Kvalitet og pasientsikkerhet 2013*. I meldingen heter det blant annet i kapittel 1:

"For regjeringen er det viktig å rette inn kvalitetsarbeidet på følgende tre områder: Å etablere en mer balansert og kvalitetsorientert ledelse, etablere systemer som skal bidra til bedre kvalitet, og å etablere en sikkerhetsfokusert og lærende kultur i hele tjenesten. Alle disse tre grepene skal understøtte arbeidet med å skape en mer pasient- og brukerrettet helsetjeneste. Regjeringen ønsker en helsetjeneste som setter pasienten i sentrum og tilpasser organisering og systemer for å kunne gi rask, trygg og god hjelp når behovet oppstår. Pasienter, brukere og pårørende skal ivaretas bedre."

Videre heter det blant annet:

"En viktig forutsetning for å sikre kvalitet i praksis og for å kunne gjennomføre godt utviklingsarbeid, er tilgang på nødvendige pasientopplysninger, registerdata og klinisk informasjon. Dagens systemer legger ikke godt nok til rette for dette. Det påvirker både evnen til å styre ut fra kvalitet på ledernivå, og personellets mulighet til å gi best mulig behandling til pasientene de møter. Å få et godt kunnskapsgrunnlag med gode, pålitelige, relevante og oppdaterte data, er viktig for kvalitetsarbeidet."

Utfordringene på tannhelsefeltet når det gjelder kvalitet i tjenestene, er beskrevet i Meld. St. 10 (2012-2013) punkt 2.5.2 side 30-31. Det er fastsatt syv nasjonale kvalitetsindikatorer for den fylkeskommunale tannhelsetjenesten som er gjenstand for rapportering på fylkesnivå til SSB. Indikatorene gjelder i hovedsak tannhelsesdata hos barn og unge og personellressurser. For den fylkeskommunale tannhelsetjenesten er det ikke utviklet kvalitetsindikatorer for registrering og rapportering som angår prosedyrer/prosesser i tjenesteutøvelsen eller resultater eller effekter av tjenesten. Det finnes ikke sentrale registre som kan si noe om hvordan det står til med befolkningens tannhelse, omfanget av ulike diagnoser, hvilke behandlinger som er utført, levetiden på og eventuelle bivirkninger/skader knyttet til ulike behandlinger mv., utover rapporteringen på enkelte tannhelsesdata som omfatter kun 5,- 12- og 18-åringer.

Systematisk kvalitetsforbedring og pasientsikkerhetsarbeid i tannhelsetjenesten forutsetter et standardisert kodeverk for diagnostikk og behandling i elektroniske pasientjournalssystemer. Implementering av et standardisert kodeverk vil muliggjøre elektronisk kommunikasjon samt aggregering og systematisk innhenting av data. Videre vil en standardisering kunne gjøre det mulig for praksiser og klinikker å sammenligne hverandres virksomhet som ledd i systematisk kvalitetsforbedring. Direktoratet for e-helse har fått i oppdrag å legge til rette for et standardisert kodeverk for tannhelsetjenester. Et kodeverk skal prøves ut i forbindelse med HUNT-undersøkelsen i Midt-Norge i 2017.

Helsedirektoratet utga i 2011 veilederen *God klinisk praksis i tannhelsetjenesten – en veileder i bruk av faglig skjønn ved nødvendig tannbehandling* (IS-1589). Veilederen angir hvordan tannleger på en systematisk måte skal utøve skjønn i planleggingen og gjennomføringen av det som kan anses som nødvendig tannbehandling. Veilederen er i hovedsak rettet inn mot undersøkelse, diagnostikk og behandling av den voksne befolkningen. Utgangspunktet for veilederen er det som anses som god klinisk praksis ved lærestedene i Norge. For å kunne drive systematisk kvalitetsforbedring og pasientsikkerhetsarbeid må det utarbeides standarder som kan innarbeides i elektronisk pasientjournal, jf. ovennevnte oppdrag til Direktoratet for e-helse. På den måten vil veilederen kunne danne grunnlag for systematisk kvalitetsforbedring i tannhelsetjenesten overfor voksenbefolkningen. Tilsvarende veileder er under utarbeiding når det gjelder tannhelsetjenester overfor barn og unge. Det tas sikte på at denne skal ferdigstilles i 2016.

5.15.1.2 Pasientsikkerhet

Systematisk pasientsikkerhetsarbeid omfatter alle systematiske tiltak som iverksettes for å opprettholde og vedlikeholde vern mot unødig skade. Det er gitt en nærmere beskrivelse av sentrale elementer som bør være tilstede i virksomhetenes systematiske arbeid med pasientsikkerhet i Prop. 91 L (2010-2011) punkt 21.3.5.2 side 276.

Departementet har ikke kunnskap om omfanget av lokal registrering av uønskede hendelser i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten. I likhet med andre kommunale helse- og omsorgstjenester er det heller ikke etablert systemer for innsending av meldinger om uønskede hendelser til en nasjonal enhet på samme måte som for spesialisthelsetjenesten. Registrering av uønskede hendelser ved ytelse av

tannhelsetjenester vil likevel inngå som grunnlag for systematisk kvalitetsforbedring i virksomheten. Med uønskede hendelser menes her andre forhold enn bivirkninger ved bruk av legemidler eller tannbehandlingsmaterialer. For begge disse situasjonene er det etablert meldeordninger og utarbeidet standardisert skjema for innsending av meldinger til henholdsvis Bivirkningsgruppen for legemidler og Bivirkningsgruppen for odontologiske biomaterialer. De ulike klageordningene for tannhelsetjenester som omfatter både lovfestede og bransjeetablerte klagenemnder, har alle et pasientsikkerhetsaspekt i seg. Det vises til omtalen av disse ordningene under punkt 5.21.7.

Flertallet i et offentlig utvalg har i NOU 2015:11 *Med åpne kort* foreslått at plikten til å melde fra om uønskede hendelser og varsle om alvorlige hendelser også skal gjelde for kommuner og ikke bare for spesialisthelsetjenesten. Utvalgets innstilling har vært på alminnelig høring og departementet arbeider nå med oppfølging av utvalgets anbefalinger.

5.15.1.3 Forsvarlighet

Det er gitt en fyldig beskrivelse av hva som ligger i kravet om forsvarlighet i Prop. 91 L (2010-2011) under punkt 20.5 side 263-265. I merknadene til helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 er det gitt en kortere omtale av begrepet, hvor det blant annet heter (side 494):

"Kravet om forsvarlighet er en rettslig standard. Det innebærer at innholdet i kravet bestemmes av normer utenfor selve loven. Forsvarlighetskravet har en dobbel funksjon. Det er en rettesnor for helse- og omsorgstjenesten og viser til normer som beskriver hvordan tjenestene bør være. Samtidig følger det av forsvarlighetskravet at tjenestene må holde tilfredsstillende kvalitet, ytes til rett tid og i tilstrekkelig omfang.

Plikten til å sørge for forsvarlige tjenester innebærer at virksomheten må planlegge og iverksette nødvendige tiltak for å sikre at tjenestene som ytes til enhver tid er forsvarlige. Virksomheten skal også påse at tiltakene fungerer og er tilstrekkelige. Det er i stor grad sammenfall mellom kravene til forsvarlig virksomhetsstyring og kravene til internkontroll."

5.15.2 Gjeldende rett

Helse- og omsorgstjenesteloven

De grunnleggende kravene til styring av kommunal virksomhet er nedfelt i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 tredje ledd. Bestemmelsen slår fast at kommunens overordnede ansvar for helse- og omsorgstjenester innebærer plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten, slik at tjenestenes omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift. Kongen kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om pliktens innhold. Slik forskrift er gitt, jf. forskrift 20. desember 2002 nr. 1731 om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten. Forskriften er fastsatt med hjemmel blant annet i helsetilsynsloven. Etter helsetilsynsloven § 3 har enhver som yter helse- og omsorgstjenester plikt til å etablere et internkontrollsystem for virksomheten.

Helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 fastsetter som et generelt prinsipp at helse- og omsorgstjenester som tilbys eller ytes etter loven skal være forsvarlige. Plikten til forsvarlighet er nærmere spesifisert i bestemmelsen. Kravet om forsvarlighet retter seg mot systemnivå og omfatter både kommunen som sådan, den enkelte deltjeneste i kommunen og den enkelte virksomhet, for eksempel sykehjem eller private tjenesteytere som yter tjenester etter avtale med kommunen. Lovens krav til forsvarlighet, pasientsikkerhet og kvalitet gjelder også for private tjenesteytere som har avtale med kommunen, jf. Prop. 91 L (2010-2011) punkt 14.4.3 side 164. En motsvarende bestemmelse til helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 om forsvarlighet, finnes i spesialisthelsetjenesteloven § 2-2.

Et av delmålene med helse- og omsorgstjenesteloven er å sikre kvalitet på tjenestetilbudet, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 1-1 nr. 4. En tilsvarende bestemmelse finnes i spesialisthelsetjenesteloven § 1-1 nr. 2. Videre følger det av helse- og omsorgstjenesteloven § 4-2 første ledd at enhver som yter helse- og omsorgstjenester etter loven her skal sørge for at virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet. Tilsvarende bestemmelse finnes i spesialisthelsetjenesteloven § 3-4a. Pliktsubjektet "enhver" tilsvarende pliktsubjektet i helsetilsynsloven § 3. Det innebærer at kravet om systematisk arbeid med kvalitetsforbedring omfatter både tilfeller der kommunen yter tjenestene selv og der tjenestene ytes av private på vegne av kommunen. Det er i § 4-2 andre ledd inntatt en hjemmel for at departementet i forskrift kan gi nærmere bestemmelser om plikten, herunder krav til politisk behandling av kvalitetskrav i kommunestyret eller annet folkevalgt organ.

Helse- og omsorgstjenesteloven § 12-5 lovfester Helsedirektoratets ansvar for å utvikle, formidle og vedlikeholde nasjonale faglige retningslinjer, veiledere og kvalitetsindikatorer som understøtter de mål som er satt for helse- og omsorgstjenesten. En likelydende bestemmelse finnes i spesialisthelsetjenesteloven § 7-3.

Helse- og omsorgstjenesteloven § 4-2 a inneholder en bestemmelse som pålegger kommunen å sørge for at det gis slik informasjon som pasient og bruker har rett til å motta etter pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2. Etter pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2 fjerde ledd skal pasienten eller brukeren informeres dersom de blir påført skade eller alvorlige komplikasjoner i forbindelse med ytelse av helse- og omsorgstjenester. Samtidig skal det informeres om adgangen til å søke erstatning hos Norsk Pasientskadeerstatning, til å henvende seg til pasient- og brukerombudet samt om adgangen til å anmode tilsynsmyndigheten om vurdering av eventuelt pliktbrudd etter pasient- og brukerrettighetsloven § 7-4. Videre fremgår det av helse- og omsorgstjenesteloven § 4-2 a at kommunen har tilsvarende plikt til å gi informasjon til pasientens og brukerens nærmeste pårørende etter pasient- og brukerrettighetsloven § 3-3 tredje ledd. Bestemmelsen i helse- og omsorgstjenesteloven § 4-2 a ble tatt inn i helse- og omsorgstjenesteloven ved en lovendring i 2013 og trådte i kraft 1. januar 2014. Tilsvarende informasjonsplikt er inntatt i spesialisthelsetjenesteloven § 3-11, men ikke i tannhelsetjenesteloven.

Tannhelsetjenesteloven

Det finnes ingen bestemmelse i tannhelsetjenesteloven som uttrykkelig pålegger fylkeskommunen en plikt til å tilby eller yte forsvarlige tannhelsetjenester. Kravet til forsvarlighet på systemnivå fremgår implisitt av tannhelsetjenesteloven § 1-3a som pålegger fylkeskommunen plikt til å planlegge, organisere og legge til rette for at fylkeskommunen, tannhelsetjenesten og helsepersonell kan oppfylle krav fastsatt i eller i medhold av lov eller forskrift. Denne bestemmelsen tilsvare langt på vei bestemmelsen i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 tredje ledd. Forutsetningen om forsvarlighet gjenspeiles videre i tannhelsetjenesteloven § 6-2, hvor det heter at Statens helsetilsyn skal føre tilsyn med at fylkeskommunene fremmer tannhelsetjenestens formål på en forsvarlig og hensiktsmessig måte. Internkontrollforskriften gjelder også for både fylkeskommunal og privat tannhelsevirksomhet.

5.15.3 Departementets vurdering og forslag

I Prop. 91 L (2010-2011) punkt 21.3.5.2 side 276, fremgår det at Helsedirektoratet i forbindelse med høringen av forslag til ny kommunal helse- og omsorgstjenestelov tok opp at det også bør tas inn bestemmelser om systematisk kvalitetsforbedrings- og pasientsikkerhetsarbeid i tannhelsetjenesteloven. I lovforarbeidene viste departementet til at det pågikk et arbeid med revisjon av tannhelsetjenesteloven og at dette spørsmålet ville bli vurdert i forbindelse med dette lovarbeidet.

Departementet finner det formålstjenlig at bestemmelsene i helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 4 også gis anvendelse når kommunen eller private tjenesteytere som har avtale med kommunen yter tannhelsetjenester. Departementet legger til grunn at selv om risikoen for alvorlig skade og skadepotensialet generelt antas å være mindre når det gjelder tannbehandling, sammenlignet med for eksempel sykehusbehandling, bør det i prinsippet stilles de samme krav til systematisk kvalitetsforbedrings- og pasientsikkerhetsarbeid for den kommunale tannhelsetjenesten og privat virksomhet som har avtale med kommunen, som for øvrige helse- og omsorgstjenester. Kravene til forsvarlige tjenester og kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid når det gjelder tannhelsetjenester følger allerede av gjeldende rett, blant annet gjennom internkontrollforskriften.

Når det gjelder kommunens informasjonsplikt etter helse- og omsorgstjenesteloven § 4-2 a om forhold som pasienten eller brukeren har rett til å bli informert om etter pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2 fjerde ledd, finnes ikke tilsvarende bestemmelser for den fylkeskommunale tannhelsetjenesten i dag. De fleste sakene hos Norsk Pasientskadeerstatning (NPE) som gjelder krav om erstatning i forbindelse med tannbehandling, kommer fra privat sektor uten noen form for tilknytning til fylkeskommunen. Samtidig foreslår departementet i dette høringsnotatet at kommunale tannhelsetjenester skal bli omfattet av pasient- og brukerombudsordningen, jf. punkt 5.21.8. Pasienten eller brukeren vil derfor kunne ha behov for informasjon fra kommunen om denne ordningen. Departementet anser det dermed hensiktsmessig at informasjonsplikten også bør gjelde for kommunale tannhelsetjenester.

5.15.4 Økonomiske og administrative konsekvenser

Forslagene innebærer ikke at det stilles nye krav til virksomheter som yter tannhelsetjenester, utover det som allerede følger av det ulovfestede forsvarlighetskravet og dagens regelverk om internkontroll. Arbeid med systematisk kvalitetsforbedringsarbeid og pasientsikkerhet antas på sikt å kunne gi en gevinst i form av reduserte kostnader, ved at denne type arbeid vil redusere omfanget av uønskede hendelser og skader som det krever mye ressurser å rette opp. Informasjonsplikten etter helse- og omsorgstjenesteloven § 4-2 a om ulike ordninger ved pasientskade mv. vil være ny for den kommunale tannhelsetjenesten. Informasjonsplikten vil omfatte pasient- og brukerombudsordningen og adgangen til å be om vurdering av pliktbrudd, som begge er nye ordninger for så vidt gjelder offentlige tannhelsetjenester. Dette er informasjonsvirksomhet som kan integreres i den generelle informasjonen som personer med rettigheter til tannhelsehjelp forutsettes å få fra kommunen. Det antas ikke å medføre merarbeid for kommunen da det også er grunn til å anta at antall saker vil være begrenset.

5.16 Særlige plikter og oppgaver

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

5.16.1 Transport av behandlingspersonell

5.16.1.1 Gjeldende rett

Helse- og omsorgstjenesteloven

Det følger av helse- og omsorgstjenesteloven § 5-1 at for å oppfylle sitt overordnede ansvar for å sørge for helse- og omsorgstjenester etter § 3-1 første ledd, skal kommunen sørge for transport av behandlingspersonell som reiser til pasienter som på grunn av sin helsetilstand ikke kan møte frem på behandlingsstedet. Transport av behandlingspersonell kan være aktuelt der pasienten på grunn av sin helsetilstand ikke kan møte frem på ordinært behandlingssted, men i stedet må gis ambulansetjeneste, enten på et annet behandlingssted eller i hjemmet.

Tilsvarende bestemmelse er fastsatt i spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a første ledd nr. 7 for så vidt gjelder de regionale helseforetakenes ansvar for å tilby transport av behandlingspersonell i spesialisthelsetjenesten. Med hjemmel i spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a er det gitt særskilte regler om Helse Nord RHF sitt ansvar for å dekke utgifter til reise og opphold for kjeveortoped ved reise til og fra faste behandlingssteder (ambulant kjeveortopedtjeneste) i Helseregion Nord, herunder Svalbard, jf. forskrift 19. desember 2003 nr. 1755 om dekning av reise- og oppholdsutgifter ved ambulant kjeveortopedtjeneste i Nord-Norge.

Kommunens ansvar for å dekke reiseutgifter for behandlingsspersonell, er nedfelt i helse- og omsorgstjenesteloven § 11-1 fjerde og femte ledd. Det følger av § 11-1 fjerde ledd at kommunen skal dekke reiseutgifter for behandlingsspersonell som gir helsetjenester etter folketrygdloven kapittel 5. Det samme gjelder for kommunalt ansatt helsepersonell eller helsepersonell som har avtale med kommunen om å yte helsehjelp, herunder helsepersonell ansatt ved familievernkontor. Det er et vilkår at pasienten på grunn av sin helsetilstand ikke kan møte frem på behandlingsstedet. Departementet kan gi forskrifter om dekning av reiseutgifter og skyssgodtgjørelse for behandlingsspersonell, jf. § 11-1 femte ledd. Slik forskrift er gitt, jf. forskrift 19. mars 2003 nr. 1728 om dekning av utgifter til transport av helsepersonell m.m. i forbindelse med reise for å foreta undersøkelse og behandling. Forskriften omfatter blant annet kommunens dekning av utgifter til transport dersom behandling gis av ansatt i kommunens helse- og omsorgstjeneste. Bestemmelsen i helse- og omsorgstjenesteloven § 11-1 fjerde ledd innebærer at kommunen dekker reiseutgifter dersom private tannpleiere og tannleger reiser ut for å yte tannbehandling som er stønadsberettiget etter folketrygdloven §§ 5-6 og 5-6 a.

Tannhelsetjenesteloven

Tannhelsetjenesteloven har ikke bestemmelser som pålegger fylkeskommunen ansvar for å sørge for transport av tannhelsepersonell hjem til pasienter med rettigheter etter loven som av helsemessige årsaker er forhindret fra å møte opp på behandlingsstedet. Tannhelsetjenesteloven inneholder heller ingen bestemmelser som eksplisitt regulerer dekning av personelletts reiseutgifter.

5.16.1.2 Departementets vurdering og forslag

Det vises til omtalen av hva som ligger i begrepet "et oppsøkende og regelmessig tilbud" i punkt 5.9.2. Etter departementets vurdering ligger det implisitt i kommunens ansvar for å gi et oppsøkende tannhelsetilbud at dersom pasientens tilstand er til hinder for fysisk oppmøte på offentlig tannklinikk eller privat tannklinikk som kommunen har avtale med, kan det være nødvendig med ambulante tjenester. Dette vil særlig kunne være aktuelt for pasienter som bor på sykehjem eller som mottar kommunale helsetjenester i hjemmet i form av sykepleie. Siden tannbehandling vanligvis er relativt utstyrskreven, kan behandlingstilbudet naturlig nok bli noe begrenset i slike situasjoner. Tannhelsehjelp på institusjon eller i pasientens eget hjem vil derfor som regel begrenses til en første undersøkelse for å kartlegge behandlingsbehovet og eventuelt enklere behandling, som for eksempel enkle reparasjoner og tanntrekking. Videre utredning og behandling vil vanligvis forutsette at pasienten transporteres til tannklinikken. I stedet for ambulante tjenester, kan det for enkelte pasienter være behov for spesiell tilrettelegging av transport med assistanse, for eksempel i form av rullestol eller seng, slik at pasienten kan komme til tannklinikken. Så langt departementet kjenner til, er det vanlig praksis i fylkeskommunene at personelletts reiseutgifter til institusjon eller pasientens hjem dekkes av fylkeskommunen, ettersom dette er å anse som en tjenestereise.

Departementet legger etter dette til grunn at behovet for å få utført kommunale tannhelsetjenester utenfor ordinært behandlingssted jevnt over vil være noe mindre enn for andre kommunale helse- og omsorgstjenester, i forbindelse med for eksempel fastlegers sykebesøk, legevakt samt helsetjenester og praktisk bistand i hjemmet. Hensynet til harmonisering av gjeldende rett og hensynet til mest mulig like regler for alle kommunale helse- og omsorgstjenester, taler imidlertid for at bestemmelsen om transport av behandlingsspersonell i helse- og omsorgstjenesteloven § 5-1 også gis anvendelse for tannhelsetjenester som ytes av kommunen eller av private tjenesteytere på vegne av kommunen.

Det finansielle ansvarsprinsipp tilsier at det er den instans som har ansvar for å sørge for et tjenestetilbud, som også har det finansielle ansvaret for tjenesten. Fylkeskommunen har i dag et generelt ansvar for å dekke utgifter i forbindelse med tannhelsetjenester til bestemte grupper, jf. tannhelsetjenesteloven § 5-1 første ledd. Ansvaret antas å omfatte alle utgifter som påløper i forbindelse med oppfyllelse av fylkeskommunens plikt til å gi et oppsøkende tilbud til disse gruppene, også når dette må gis utenfor ordinært behandlingssted ved at tannhelsepersonell reiser ut til pasienten. Departementet foreslår at dette ansvaret videreføres gjennom bestemmelsene i helse- og omsorgstjenesteloven § 11-1 fjerde og femte ledd, uten at det er nødvendig med lovendringer. Se omtale under punkt 5.19.1 om kommunens ansvar for finansiering.

Dekning av utgifter til transport av kommunalt ansatt tannhelsepersonell vil falle inn under gjeldende forskrift. Forskriften er imidlertid begrenset til å omfatte personell ansatt i kommunens helse- og omsorgstjeneste og privat helsepersonell i den utstrekning de må reise til pasienten for å foreta undersøkelse eller behandling som det gis stønad til etter folketrygdloven kapittel 5. Departementet vil vurdere å utvide forskriften til å omfatte privat tannhelsepersonell som utfører tannbehandling etter avtale med kommunen, uavhengig av om behandlingen er refusjonsberettiget eller ikke.

5.16.1.3 Økonomiske og administrative konsekvenser

Forslaget om å lovfeste kommunens ansvar for å sørge for transport av behandlingsspersonell og finansiering av transporten i forbindelse med tannhelsetjenester som den har ansvar for å tilby, er i hovedsak en kodifisering av gjeldende rett når det gjelder omfanget av det oppsøkende ansvaret overfor bestemte pasientgrupper. Transportansvaret omfatter også private som yter tannhelsetjenester på vegne av kommunen. Samtidig er transportansvaret begrenset til å omfatte pasienter innenfor de persongruppene som kommunen har et oppsøkende ansvar for. I hvilken grad det blir merkostnader for kommunene vil langt på vei være avhengig av fylkeskommunens praksis ved tidspunktet for oppgaveoverføringen. Kommunens utgiftsdekning i forbindelse med transport av tannhelsepersonell vil bli nærmere regulert i forskrift. Eventuelle økonomiske og administrative konsekvenser må vurderes i den forbindelse.

5.16.2 Beredskapsarbeid

5.16.2.1 Gjeldende rett

Helseberedskapsloven omfatter blant annet kommunale helse- og omsorgstjenester og tannhelsetjenester og inneholder krav til beredskapsplan for disse tjenestene.

Helse- og omsorgstjenesteloven § 5-2 slår fast at kommunen har plikt til å utarbeide en beredskapsplan for sin helse- og omsorgstjeneste i samsvar med helseberedskapsloven. Planen skal samordnes med kommunens øvrige beredskapsplaner. En lignende bestemmelse finnes i spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 b.

Tannhelsetjenesteloven inneholder ingen egen bestemmelse som pålegger fylkeskommunen planplikt i beredskapsøyemed.

5.16.2.2 Departementets vurdering og forslag

Departementet legger til grunn at de generelle kravene til beredskapsarbeid og krav til beredskapsplan som følger av helseberedskapsloven gjelder for den fylkeskommunale tannhelsetjenesten i dag. Overføringen av ansvaret for tannhelsetjenester til kommunen innebærer at planplikten i helse- og omsorgstjenesteloven også vil få anvendelse for den kommunale tannhelsetjenesten. Bestemmelsen om beredskapsplan i helse- og omsorgstjenesteloven må ses i sammenheng med oppgavebeskrivelsen for kommunen i helse- og omsorgstjenesteloven og den oversikten over helsetilstand og påvirkningsfaktorer som kommunen er pålagt å ha. Departementet viser til kommunens ansvar for forebyggende og helsefremmende tannhelsearbeid og legger derfor til grunn at planplikten også bør omfatte tannhelsetjenester.

5.16.2.3 Økonomiske og administrative konsekvenser

Forslaget innebærer at kravet til beredskapsplan for kommunale helse- og omsorgstjenester også omfatter tannhelsetjenester. Denne plikten følger allerede av helseberedskapsloven i dag når det gjelder fylkeskommunale tannhelsetjenester, og medfører ingen endringer i gjeldende rett. Forslaget har dermed ingen økonomiske eller administrative konsekvenser.

5.16.3 Plikt til bistand ved ulykker og andre akutte situasjoner

5.16.3.1 Gjeldende rett

Helse- og omsorgstjenesteloven § 5-3 første ledd gir kommunen adgang til å pålegge personell som utfører oppgaver etter loven å utføre nærmere tilvist arbeid ved ulykker og andre akutte situasjoner som forårsaker ekstraordinær pågang av pasienter. Tilsvarende beordringsplikt følger av lov 23. juni 2000 nr. 56 om helsemessig og sosial beredskap (helseberedskapsloven) § 4-1. Eksempler på ulykker eller kriser hvor det kan være aktuelt med bistand er tog- og flyulykker, flom, snøskred, omfattende epidemier mv.

Bestemmelsen i helse- og omsorgstjenesteloven § 5-3 andre ledd pålegger kommunen å yte bistand til andre kommuner ved ulykker og nødsituasjoner, dersom forholdene tilsier det. Forhold som kan nødvendiggjøre bistand kan være at det foreligger behov for personell, materiell eller lokaler som en kommune ikke har tilgjengelig. Den kommunen som yter bistand skal som hovedregel ha kompensasjon for utgiftene fra den kommunen

som får bistand, jf. § 5-3 tredje ledd. Kommunene står imidlertid fritt til å inngå avtale om en annen løsning.

Tannhelsetjenesteloven inneholder ingen tilsvarende bestemmelse om beordring av personell.

5.16.3.2 *Departementets vurdering og forslag*

Departementet legger til grunn at bestemmelsene i helse- og omsorgstjenesteloven § 5-3 bør få anvendelse på personell i den kommunale tannhelsetjenesten. Kommunen vil på den måten kunne disponere en større personellgruppe og sikre bred fagkompetanse ved behov. Det vil være opp til den enkelte kommune i hvilket omfang og ved hvilke ulykker og akutte situasjoner det vil være aktuelt å benytte kompetansen til tannhelsepersonell.

5.16.3.3 *Økonomiske og administrative konsekvenser*

Forslaget vil ikke medføre nye plikter for kommunen utover det som allerede følger av beordringsplikten etter helseberedskapsloven som også gjelder for fylkeskommunen. Forslaget vil gi kommunen større tilgang på helsepersonell som kan disponeres ved behov. Forslaget antas ikke å medføre økonomiske og administrative konsekvenser.

5.16.4 Politiattest

5.16.4.1 *Gjeldende rett*

Helsepersonelloven § 20 a pålegger helsepersonell som skal yte helse- og omsorgstjenester til barn å fremlegge politiattest ved tilbud om stilling, ved inngåelse av avtale etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 femte ledd, tannhelsetjenesteloven § 4-2 første ledd og spesialisthelsetjenesteloven § 3-1 femte ledd, samt ved melding om åpning, overtakelse og inntreden i privat virksomhet. Også helsepersonell som skal yte helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming plikter å legge frem politiattest dersom de er siktet, tiltalt, ilagt forelegg eller dømt for nærmere angitte forhold etter bestemmelser i straffeloven. Plikten til å fremlegge politiattest omfatter ikke personell som bare sporadisk yter slike tjenester og som i alminnelighet ikke vil være alene med barn eller personer med utviklingshemming.

Helse- og omsorgstjenesteloven § 5-4 første ledd viser til helsepersonelloven § 20a og slår fast at kommunen eller annen arbeidsgiver som yter tjenester etter loven, ved tilbud om stilling eller oppdrag skal kreve politiattest fra personell som skal yte helse- og omsorgstjenester til barn eller personer med utviklingshemming. Plikten omfatter ikke personell som bare sporadisk yter slike tjenester og som i alminnelighet ikke vil være alene med barn eller personer med utviklingshemming.

Tannhelsetjenesteloven § 3-1 pålegger fylkeskommunen en plikt til å innhente politiattest fra helsepersonell i samsvar med helsepersonelloven § 20 a. Kravet til innhenting og fremleggelse av politiattest omfatter både personell ansatt i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten og privat tannhelsevirksomhet som utføres etter avtale med fylkeskommunen. Bestemmelsen tilsvarende den tidligere bestemmelsen i kommunehelsetjenesteloven § 3-1 som er videreført i helse- og omsorgstjenesteloven § 5-

4. En likelydende bestemmelse om krav til politiattest er også inntatt i spesialisthelsetjenesteloven § 3-17.

Regjeringen har den 15. april 2016 fremmet lovforslag om en innskjerping av reglene om fremlegging av politiattest for personell som skal yte tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven, jf. Prop. 94 L (2015-2016) *Endringer i helse- og omsorgstjenesteloven og helsepersonelloven (politiattest i den kommunale helse- og omsorgstjenesten)*. Det foreslås endringer i helse- og omsorgstjenesteloven § 5-4. Lovforslaget innebærer at kommunen får plikt til å kreve politiattest uavhengig av hvilke pasient- eller brukergrupper personellet skal yte tjenester til. Alt personell som skal yte kommunale helse- og omsorgstjenester skal fremlegge samme type attest. Videre foreslås det en ny § 5-4 a i helse- og omsorgstjenesteloven om konsekvenser av anmerkninger på en politiattest. Personer med anmerkninger på en politiattest som viser at vedkommende har vedtatt forelegg eller er dømt for overtredelser etter nærmere angitte bestemmelser i straffeloven, er utelukket fra å yte helse- og omsorgstjenester til barn eller personer med utviklingshemming. Det fremgår av forslaget til helsepersonelloven § 20 a sjette ledd at helsepersonell som yter tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven skal fremlegge politiattest som nevnt i helse- og omsorgstjenesteloven § 5-4. Dette betyr at dagens krav om politiattest som er begrenset til personer som skal yte tjenester til barn og personer med utviklingshemming etter helsepersonelloven § 20 a, etter lovendringen bare vil gjelde for spesialisthelsetjenesten og den fylkeskommunale tannhelsetjenesten.

5.16.4.2 Departementets vurdering og forslag

Barn og personer med psykisk utviklingshemming er blant de gruppene som har krav på et regelmessig, oppsøkende og gratis tannhelsetilbud fra det offentlige. Departementet ser det som viktig at barn og deres pårørende har tillit til utøvende personell. Det innebærer at barn og foreldre bør føle seg trygge på at barna ikke møter tannhelsepersonell som er siktet, tiltalt, ilagt forelegg eller dømt for seksuelle overgrep. Det samme gjelder personer med utviklingshemming og deres pårørende. Den plikten som fylkeskommunen i dag har til å innhente politiattest for personell som skal yte tannhelsetjenester til barn eller personer med utviklingshemming, bør derfor videreføres i forbindelse med oppgaveoverføringen.

Departementet viser i tillegg til at de foreslåtte lovendringene som fremgår av Prop. 94 L (2015-2016) vil innebære at helsepersonell som skal yte tannhelsetjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven vil bli pålagt et krav om fremleggelse av politiattest som er strengere enn det som fremgår av helsepersonelloven § 20 a. Det skjerpede kravet til politiattest etter helse- og omsorgstjenesteloven vil omfatte både kommunalt ansatt tannhelsepersonell og privatpraktiserende tannhelsepersonell som har avtale med kommunen om å yte tjenester på vegne av kommunen.

5.16.4.3 Økonomiske og administrative konsekvenser

Dagens krav til innhenting av politiattest for personell som yter tannhelsetjenester til barn og personer med utviklingshemming som ansatt i eller på vegne av fylkeskommunen, videreføres uendret, jf. forslaget i Prop. 94 L (2015-2016) til endringer i helsepersonelloven § 20a. Ved tidspunktet for overføringen av ansvaret for

tannhelsetjenester til kommunen vil plikten til å fremlegge politiattest følge av helse- og omsorgstjenesteloven § 5-4. Forslaget i Prop. 94 L (2015-2016) innebærer en utvidelse av kommunens plikt etter § 5-4 til å kreve fremlagt politiattest for alle som skal yte tjenester etter loven, uavhengig av hvem de skal yte tjenester til. Siden barn og personer med utviklingshemming utgjør to av kjernegruppene for det offentlige tannhelsetilbudet, er det grunn til å anta at fylkeskommunen i de fleste tilfeller allerede har innhentet politiattest som også kan legges til grunn når tannhelsepersonell skal behandle andre (voksne) persongrupper som ansatt i eller på vegne av kommunen. Oppgaveoverføringen antas derfor ikke å føre til vesentlig merarbeid for kommunen når det gjelder innhenting av politiattester.

5.16.5 Registrering av meldinger

5.16.5.1 Gjeldende rett

Etter helsepersonelloven § 18 har helsepersonell med autorisasjon eller lisens i privat virksomhet en plikt til å gi kommune eller regionalt helseforetak melding når de åpner, overtar eller trer inn i virksomhet som er omfattet av helsepersonelloven. Melding skal også gis ved opphør av slik virksomhet. Meldeplikten er ment å være et hjelpemiddel i myndighetenes planlegging og organisering av helsetjenestene, slik at myndighetene på den måten vil kunne få oversikt over helsepersonelldekningen på landsbasis med muligheter for eventuelt å iverksette styringstiltak. Bestemmelsen gjør det også mulig for kommunen å ha oversikt over helsepersonell i kommunen i en beredskapssituasjon. I tilfeller der det enkelte helsepersonell har driftsavtale eller fastlegeavtale med kommunen, vil kommunen på en enkel måte kunne få nødvendig oversikt over personellsituasjonen i kommunen.

Rekkevidden av helsepersonelloven § 18 første ledd er nærmere belyst i Ot.prp. nr. 13 (1998-99) *Om lov om helsepersonell m v (helsepersonelloven)* side 225, hvor det fremgår av spesialmerknadene at bestemmelsen omfatter offentlig ansatte og privatpraktiserende eller privat ansatt helsepersonell når disse påtar seg arbeid som helsepersonell i privat virksomhet. I lovforarbeidene heter det om bestemmelsen at "den er for eksempel aktuell når en fysioterapeut, kiropraktor eller tannlege starter selvstendig virksomhet i en kommune". Verken tannleger eller kiropraktorer har vanligvis avtale med kommune, fylkeskommune eller regionalt helseforetak mv. om ytelse av tjenester. Før det ble innført en generell meldeplikt for alt helsepersonell med hjemmel i helsepersonelloven, var de enkelte yrkesgruppene pålagt særskilte meldeplikter etter lovverket som regulerte de enkelte profesjonene, som for eksempel tannlegeloven av 1980, lov om fysioterapeuter og mensendiecksykegymnaster av 1956 og forskrift om godkjenning av kiropraktorer gitt med hjemmel i lov om godkjenning av helsepersonell mv. fra 1974. Meldeplikten etter disse lovene omfattet alle tannleger, fysioterapeuter og kiropraktorer uavhengig av om de var offentlig ansatt eller privatpraktiserende. Meldeplikten som er videreført i en mer generell form i helsepersonelloven § 18, bør derfor forstås på samme måte. Det vil si at meldeplikten også omfatter helsepersonell som driver privat praksis uten avtale med kommune, fylkeskommune eller regionalt helseforetak.

Helse- og omsorgstjenesteloven § 5-7 pålegger kommunen en korresponderende plikt til å registrere meldinger om "helsepersonell i kommunen". Bestemmelsen er en videreføring av kommunehelsetjenesteloven § 1-3b, som påla kommunen plikt til å registrere meldinger om "helsepersonell i kommunen og i kommunehelsetjenesten". Det er naturlig å forstå formuleringen i kommunehelsetjenesteloven slik at den både omfatter kommunalt ansatt helsepersonell og helsepersonell som har etablert privat praksis innenfor kommunen som geografisk og forvaltningsmessig avgrenset enhet. Det finnes ikke holdepunkter i forarbeidene for at det har vært lovgivers hensikt å snevre inn personkretsen som har meldeplikt etter helse- og omsorgstjenesteloven § 5-7, hvor formuleringen "i kommunehelsetjenesten" er sløyfet. Snarere er denne endringen et resultat av forenkling og presisering av at det er kommunen som sådan som er pliktsubjekt etter helse- og omsorgstjenesteloven. Rekkevidden av kommunens registreringsplikt bør på denne bakgrunn være den samme som helsepersonells meldeplikt etter helsepersonelloven § 18. Det betyr at kommunens registreringsplikt også omfatter meldinger fra privatpraktiserende helsepersonell uten avtale med kommunen.

En tilsvarende bestemmelse om registreringsplikt finnes i tannhelsetjenesteloven § 1-3b, hvor det fremgår at fylkeskommunen skal motta og registrere meldinger om "helsepersonell i fylkeskommunen og i tannhelsetjenesten". Bestemmelsen i tannhelsetjenesteloven § 1-3b har tilsvarende ordlyd som kommunehelsetjenesteloven § 1-3b, som er videreført i helse- og omsorgstjenesteloven § 5-7. Bestemmelsen må forstås på samme måte. Det vil si at registreringsplikten omfatter meldinger både fra private tannleger med og uten avtale med fylkeskommunen.

5.16.5.2 Departementets vurdering og forslag

Helsepersonelloven § 18 pålegger helsepersonell meldeplikt til kommune og regionalt helseforetak, men ikke til fylkeskommunen. Opprinnelig omfattet bestemmelsen melding til kommuner og fylkeskommuner. Som følge av sykehusreformen, hvor ansvaret for spesialisthelsetjenesten ble overført fra fylkeskommunen til staten, ble bestemmelsen endret. Av de spesielle merknadene til § 18 i Ot.prp. nr. 66 (2000-2001) *Om lov om helseforetak m.m.* punkt 8.15 side 171, fremgår det at bestemmelsen i § 18 første ledd første punktum er endret slik at helsepersonells melding skal gis til kommune/fylkeskommune eller regionalt helseforetak. Dette gjenspeiles ikke i lovteksten, hvor ordet "fylkeskommune" er tatt ut og erstattet med "regionalt helseforetak". En utilsiktet konsekvens av lovendringen var at helsepersonells meldeplikt til den fylkeskommunale tannhelsetjenesten formelt sett bortfalt med virkning fra 1. januar 2002.

Departementet legger imidlertid til grunn at overføringen av ansvaret for tannhelsetjenester til kommunene vil føre til at man får en klar hjemmel i helse- og omsorgstjenesteloven § 5-7 for å pålegge helsepersonell en plikt til å sende meldinger om privat tannhelsevirksomhet til kommunen. Dermed gjenopprettes rettstilstanden slik den var før 2002. Kommunens registreringsplikt må særlig ses i sammenheng med kommunens plikt til å sørge for at tannhelsetjenester er tilgjengelige for befolkningen i kommunen og kommunens ansvar for å samordne offentlig og privat tannhelsetjeneste. For å løse disse oppgavene på en hensiktsmessig måte, vil kommunen ha behov for å ha

oversikt over personell i privat praksis. Kommunens plikt til å ta imot og registrere meldinger vil gi et bedre grunnlag for planlegging av kommunens tannhelsetjeneste og samordning av offentlig og privat sektor. Helse- og omsorgstjenesteloven § 5-7 kan gis anvendelse for meldinger om privat tannhelsevirksomhet uten at det er nødvendig med lovendringer.

5.16.5.3 Økonomiske og administrative konsekvenser

Forslaget om at registreringsplikten etter helse- og omsorgstjenesteloven § 5-7 skal omfatte meldinger om helsepersonell i privat tannhelsevirksomhet, er en videreføring av gjeldende rett, slik den var før helsepersonelloven ble endret i 2001. Forslaget medfører ikke økonomiske eller administrative konsekvenser utover at registreringen bidrar til å utfylle det nødvendige plangrunnlaget som kommunen har behov for.

5.16.6 Meldingsplikt til kommuneadministrasjonen

5.16.6.1 Gjeldende rett

Helse- og omsorgstjenesteloven § 5-8 gir kommunen adgang til å pålegge "personell som yter tjenester etter denne lov" å gi opplysninger til bruk for planlegging, styring og utvikling av den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Utlevering av taushetsbelagte opplysninger kan bare skje etter samtykke fra den opplysningene angår, hvis ikke annet er bestemt i eller i medhold av lov. Pålegg etter denne bestemmelsen skal være saklig begrunnet og ikke omfatte flere opplysninger enn det som er nødvendig av hensyn til formålet. Bestemmelsen gjør det mulig for kommunen blant annet å innhente opplysninger som er nødvendige for å utarbeide oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer som nevnt i loven § 3-3 andre ledd om helsefremmende og forebyggende helsearbeid. Bestemmelsen er en videreføring av kommunehelsetjenesteloven § 3-4 som gjaldt for "helsepersonell som arbeider innenfor rammen av denne lov". Den samme avgrensningen er lagt til grunn i forarbeidene til helse- og omsorgstjenesteloven, jf. Prop. 91 L (2010-2011) side 497. Bestemmelsen omfatter både personell som er ansatt i kommunen og private tjenesteytere som yter tjenester på vegne av kommunen etter avtale. Det legges til grunn at bestemmelsen også omfatter privatpraktiserende helsepersonell uten slik avtale. Det vises til at helse- og omsorgstjenesteloven § 5-8 må ses i sammenheng med bestemmelsen i helsepersonelloven § 37 som gir hjemmel for at Kongen kan pålegge "helsepersonell med autorisasjon eller lisens" å gi opplysninger til helseregistre. Begrunnelsen for disse to bestemmelsene er den samme, jf. spesialmerknadene i Ot.prp. nr. 13 (1998-99) side 256. Personkretsen som kan pålegges å gi opplysninger bør derfor også være den samme.

En tilsvarende bestemmelse finnes i tannhelsetjenesteloven § 1-5. Bestemmelsen retter seg mot helsepersonell som arbeider innenfor rammen av denne loven. Bestemmelsen må forstås slik at den ikke bare omfatter fylkeskommunens egne ansatte tannhelsepersonell, men også private tjenesteytere med og uten avtale med fylkeskommunen. Det vises til at bestemmelsen er identisk med den tidligere bestemmelsen i kommunehelsetjenesteloven § 3-4 som er videreført i helse- og omsorgstjenesteloven § 5-8.

5.16.6.2 *Departementets vurdering og forslag*

Etter departementets vurdering er det behov for å gi bestemmelsen i helse- og omsorgstjenesteloven § 5-8 anvendelse på tannhelsetjenester. Bestemmelsen bidrar til å ivareta kommunens behov for innsamling og bearbeiding av informasjon om tannhelsetjenester. Bestemmelsen gjør det blant annet mulig for kommunen å innhente opplysninger fra private tjenesteytere som er nødvendige for å utarbeide oversikt over organisatoriske forhold basert på opplysninger om kapasitet, åpningstid, muligheter til å delta i organisert akuttjeneste og relevante opplysninger om tannhelsetilstand og påvirkningsfaktorer i kommunen i samsvar med folkehelseoven § 5. Bestemmelsen har også betydning for muligheten til å få informasjon fra private tjenesteytere med det formål å samordne offentlig og privat tannhelsetjeneste.

Departementet ser behov for å tydeliggjøre at meldeplikten etter helse- og omsorgstjenesteloven § 5-8 generelt også omfatter private tjenesteytere uten avtale med kommunen. Dette forslaget til presisering omfatter alle private ytere av helse- og omsorgstjenester i kommunen, inkludert tannhelsetjenester.

5.16.6.3 *Forslag til lovregulering*

Departementet foreslår at det gjøres en endring i helse- og omsorgstjenesteloven § 5-8 første ledd, slik at den lyder (endringer i kursiv):

"Kommunen kan pålegge personell som yter tjenester etter denne lov å gi opplysninger til bruk for pålegg, styring og utvikling av den kommunale helse- og omsorgstjenesten. *Dette gjelder også private tjenesteytere som ikke har avtale med kommunen.* Utlevering av taushetsbelagte opplysninger etter første punktum kan bare skje etter samtykke fra den opplysningene angår, hvis ikke annet er bestemt i eller i medhold av lov."

Det vises i sin helhet til lovforslagene i punkt 10.

5.16.6.4 *Økonomiske og administrative konsekvenser*

Forslaget om å la meldepliktbestemmelsen i helse- og omsorgstjenesteloven § 5-8 få anvendelse på tannhelsepersonell, er en videreføring og presisering av gjeldende rett og medfører ingen økonomiske eller administrative konsekvenser.

5.16.7 Opplysningsplikt til Statens helsetilsyn og Fylkesmannen

5.16.7.1 *Gjeldende rett*

Av helsepersonelloven § 30 fremgår at helsepersonell skal gi Statens helsetilsyn og Fylkesmannen adgang til virksomhetens lokaler og gi alle de opplysninger som anses påkrevd for utføringen av tilsyn med helsepersonellens virksomhet. Helsepersonellet skal uavhengig av taushetsplikt utlevere den dokumentasjon som tilsynsmyndighetene krever.

Helse- og omsorgstjenesteloven § 5-9 inneholder en bestemmelse som pålegger "enhver som utfører tjeneste eller arbeid som omfattes av denne loven", plikt til å etterkomme anmodning fra Statens helsetilsyn og Fylkesmannen om å gi opplysninger som tilsynsorganet finner nødvendige for å kunne utføre sine oppgaver i medhold av lov, forskrift eller instruks. Den som er pålagt å gi opplysninger, skal også gi tilsynsmyndighetene adgang til virksomheten. Den som skal gi opplysninger, eller som

ønsker å gi opplysninger til tilsynsmyndighetene av eget tiltak, kan gjøre det uten hinder av taushetsplikt dersom det antas å være nødvendig for å fremme tilsynsorganets oppgaver. Ordlyden i helse- og omsorgstjenesteloven § 5-9 er utformet etter modell fra den tilsvarende bestemmelsen i spesialisthelsetjenesteloven § 6-2. Det fremgår av forarbeidene til spesialisthelsetjenesteloven at også private virksomhetsutøvere utenfor helseinstitusjon vil ha opplysningsplikt overfor tilsynsmyndighetene etter denne bestemmelsen, jf. Ot.prp. nr. 10 (1998-99) *Om lov om spesialisthelsetjenesten m.m.* punkt 7.2.5 side 98.

Bestemmelsene i helse- og omsorgstjenesteloven § 5-9 og spesialisthelsetjenesteloven § 6-2 speiler bestemmelsen i helsepersonelloven § 30 som gjelder for "helsepersonell" generelt. Dette omfatter både ansatte og privatpraktiserende helsepersonell, uavhengig av om de har avtale med kommune eller regionalt helseforetak eller ikke.

Etter tannhelsetjenesteloven § 6-2 andre ledd kan Statens helsetilsyn eller den det gir myndighet "kreve opplysninger om tannhelsetjenesten i fylkeskommunen og dens pasienter" som er påkrevd for oversikt, kontroll og tilsyn. Det foretas inspeksjon og undersøkelser også av journal og oppteget mv. Det fremgår av bestemmelsen at taushetsplikt ikke er til hinder for å gi opplysninger til tilsynsmyndighetene. Det forutsettes imidlertid at utlevering av opplysningene er nødvendig for å fremme tilsynsorganets oppgaver. Bestemmelsen skal sikre at tilsynsmyndighetene gis opplysninger som er nødvendig for at tilsynsorganet kan utføre sine oppgaver. Bestemmelsen i tannhelsetjenesteloven § 6-2 andre ledd tilsvarer den tidligere bestemmelsen i kommunehelsetjenesteloven § 6-3 andre ledd som er videreført med noe endret ordlyd i helse- og omsorgstjenesteloven § 5-9. Siden også tannhelsetjenesteloven speiler bestemmelsen i helsepersonelloven § 30, omfatter opplysningsplikten også private tjenesteytere uten avtale med fylkeskommunen.

5.16.7.2 *Departementets vurdering og forslag*

Etter departementets vurdering er det nødvendig med bestemmelser som sikrer at tilsynsmyndighetene får tilgang til opplysninger som er nødvendige for at tilsynsorganet får utført sine oppgaver når det gjelder tilsyn med kommunale tannhelsetjenester. Det vises til omtalen av statlig tilsyn under punkt 5.20.2. Departementet foreslår derfor at opplysningsplikten i helse- og omsorgstjenesteloven § 5-9 også får anvendelse for alle som utfører tannhelsetjenester eller annet arbeid i tilknytning til den kommunale tannhelsetjenesten. Bestemmelsen kan gis anvendelse uten at det er nødvendig med lovendring.

5.16.7.3 *Økonomiske og administrative konsekvenser*

Forslaget er i hovedsak en videreføring av gjeldende rett og vil derfor ikke ha økonomiske eller administrative konsekvenser.

5.16.8 Journal- og informasjonssystemer

5.16.8.1 *Gjeldende rett*

Helse- og omsorgstjenesteloven § 5-10 inneholder bestemmelser som pålegger "kommunen og virksomhet som har avtale med kommunen om å yte helse- og

omsorgstjenester", en plikt til å sørge for at journal- og informasjonssystemene i virksomheten er forsvarlige. De skal ta hensyn til behovet for effektiv elektronisk samhandling ved anskaffelse og videreutvikling av sine journal- og informasjonssystemer. Bestemmelsen omfatter etter sin ordlyd ikke private tjenesteytere uten avtale med kommunen. En lignende bestemmelse for helseinstitusjoner finnes i spesialisthelsetjenesteloven § 3-2. Bestemmelsene innebærer at virksomhetene må sørge for at pasientopplysninger er tilgjengelige for rett person til rett tid, og at sensitive pasient- og brukerdata har den nødvendige beskyttelse slik at taushetsplikten ivaretas.

Tannhelsetjenesteloven inneholder ingen bestemmelser som stiller tilsvarende krav om journal- og informasjonssystemer overfor fylkeskommunen og private tjenesteytere som har avtale med fylkeskommunen. Lov 20. juni 2014 nr. 43 om helseregistre og behandling av helseopplysninger (helseregisterloven) og lov 14. april 2000 nr. 31 om behandling av personopplysninger (personopplysningsloven) stiller imidlertid i praksis strenge krav til informasjonssystemene i offentlig virksomhet, herunder den offentlige tannhelsetjenesten. Helseregisterloven gjelder for helse- og omsorgstjenesten. Loven regulerer både offentlig og privat virksomhet på samme måte. Dette følger av en alminnelig fortolkning av ordlyden i helseregisterloven § 3 som omhandler det saklige virkeområdet for loven. Virksomheten må ellers innrettes på forsvarlig måte.

Lov 20. juni 2014 nr. 42 om behandling av helseopplysninger ved ytelse av helsehjelp (pasientjournalloven) gjelder all behandling av helseopplysninger som er nødvendig for å yte, administrere eller kvalitetssikre helsehjelp til personer. Med "behandlingsrettede helseregistre" menes pasientjournal- og informasjonssystemer eller annet register, fortegnelse eller lignende, der helseopplysninger er lagret systematisk slik at opplysninger om den enkelte kan finnes igjen og som skal gi grunnlag for helsehjelp eller administrasjon av helsehjelp til enkeltpersoner, jf. loven § 2 bokstav d. Med hjemmel i pasientjournalloven § 7 tredje ledd er det gitt forskrift 1. juli 2015 nr. 853 om IKT-standarder i helse- og omsorgstjenesten. Forskriften gjelder private og offentlige virksomheter innen helse- og omsorgstjenesten som bruker behandlingsrettede helseregistre, jf. § 2. Forskriften § 3 oppstiller krav om at behandlingsrettede helseregistre som hovedregel skal føres elektronisk. Dersom det i enkelttilfeller ikke er mulig å registrere opplysningene elektronisk, kan de dokumenteres på annen måte inntil de kan registreres elektronisk.

5.16.8.2 *Departementets vurdering og forslag*

Departementet anser det viktig at det er mest mulig lik regulering av de overordnede kravene til forsvarlige IKT-systemer i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, uavhengig av hvilke deltjenester i kommunen det er tale om. Elektronisk pasientjournal (EPJ) vil gjøre det mulig å arkivere pasientopplysninger på en systematisk måte og gjøre det lettere å overføre opplysninger til andre behandlere ved behov, etter pasientens samtykke. EPJ gir også mulighet til å standardisere opplysninger på en enkel måte og overføre data elektronisk til andre. Riktig bruk av IKT i kombinasjon med organisasjonsutvikling og samarbeid med andre kan medvirke til å forbedre kvaliteten på tjenestene og effektivisere arbeidet. Også tannhelsetjenesten vil ha egeninteresse av å

legge til rette for en effektiv elektronisk meldingsutveksling. Plikten til å sørge for forsvarlige journal- og informasjonssystemer bør derfor gis anvendelse på den kommunale tannhelsetjenesten og private ytere av tannhelsetjenester som har avtale med kommunen. Bestemmelsen i helse- og omsorgstjenesteloven § 5-10 kan gis anvendelse uten at det er behov for lovendringer.

5.16.8.3 Økonomiske og administrative konsekvenser

Forslaget om å gi helse- og omsorgstjenesteloven § 5-10 anvendelse for kommunale tannhelsetjenester og private med kommunal avtale innebærer en presisering av kravene som allerede følger av personvernlovgivningen, helseregisterloven og pasientjournalloven, forskriften om IKT-standarder og av kravet om faglig forsvarlig tannhelsevirksomhet. Forslaget representerer således en videreføring og en tydeliggjøring av gjeldende rett. Det er innført EPJ på alle de fylkeskommunale tannklinikene i landet og de pasientadministrative systemene kan kommunisere med hverandre. Forslaget forutsetter ikke i seg selv investeringer i nye systemer eller oppgraderinger av eksisterende systemer.

5.17 Individuell plan, koordinator og koordinerende enhet

Kapittel 7 i helse- og omsorgstjenesteloven inneholder bestemmelser som stiller krav til individuell plan, koordinator og koordinerende enhet. Den enkelte pasient og brukers rett til individuell plan er regulert i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 2. Se omtale under punkt 5.21.3.

5.17.1 Gjeldende rett

Etter helse- og omsorgstjenesteloven § 7-1 første ledd skal kommunen utarbeide en individuell plan for pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester etter loven. Kommunen skal samarbeide med andre tjenesteytere om planen for å bidra til et helhetlig tilbud for den enkelte. Med "andre tjenesteytere" menes tjenesteytere utenfor de kommunale tjenestene, enten private tjenesteytere uten avtale med kommunen eller tjenesteytere med tilknytning til andre forvaltningsnivå. Det kan for eksempel være aktuelt for kommunen å samarbeide med den fylkeskommunale tannhelsetjenesten ved utarbeiding av individuell plan i tilfeller der pasienten mottar helse- og omsorgstjenester fra kommunen i form av opphold i institusjon eller sykepleie i hjemmet, og dermed har rett til tannhelsehjelp. Også private tannleger med eller uten avtale med fylkeskommunen vil kunne regnes som "andre tjenesteytere" etter denne bestemmelsen.

Hovedformålet med utarbeiding av individuell plan er å bidra til at pasienten/brukeren får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud. Individuell plan kan også være et verktøy for å styrke samhandlingen mellom tjenesteytere og pasient/bruker og mellom tjenesteytere og etater innen et forvaltningsnivå eller på tvers av forvaltningsnivåene.

Det er kommunen som har hovedansvar for å sørge for at det blir utarbeidet en individuell plan, jf. § 7-1 andre ledd. Dette gjelder også i tilfeller der en person har behov for tjenester både fra kommunen og spesialisthelsetjenesten. Departementet kan i forskrift gi

nærmere bestemmelser om hvilke pasient- og brukergrupper plikten omfatter, og stille krav til planens innhold, jf. § 7-1 tredje ledd.

Kommunen skal tilby koordinator for pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 7-2. Koordinatoren skal sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte pasient eller bruker, samt sikre samordning av tjenestetilbudet og fremdrift i arbeidet med individuell plan. Kommunen skal også ha en koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet, jf. § 7-3. Denne enheten skal ha overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan, og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator.

I følge spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 skal det enkelte helseforetak utarbeide en individuell plan for pasienter med behov for langvarige og koordinerte tilbud. I likhet med kommunen, har helseforetaket ansvar for å oppnevne en koordinator og ha en koordinerende enhet, jf. spesialisthelsetjenesteloven §§ 2-5a og 2-5b. Ansvaret for å utarbeide planen er avgrenset til tjenester innenfor spesialisthelsetjenesten. Lov 2. juli 1999 nr. 62 om psykisk helsevern (psykisk helsevernloven) § 4-1 pålegger institusjonen en særskilt plikt til å utarbeide individuell plan for pasienter med behov for tjenester etter denne loven. Helseforetaket/institusjonen skal samarbeide med andre tjenesteytere om planen for å bidra til et helhetlig tilbud for pasientene. Dersom en person har behov for tjenester både etter spesialisthelsetjenesteloven, psykisk helsevernloven og helse- og omsorgstjenesteloven, skal helseforetaket/institusjonen så snart som mulig varsle kommunen. I slike tilfeller er det kommunen som skal sørge for at arbeidet med planen igangsettes og koordineres. Helseforetaket/institusjonen skal medvirke i kommunens arbeid med individuell plan.

Forutsetningene for at plikten til å utarbeide individuell plan skal utløses, er de samme etter alle disse bestemmelsene. Med behov for "langvarige" tjenester menes at behovet må være av en viss varighet. Det er imidlertid ikke et krav at behovet skal være varig eller strekke seg over et bestemt antall måneder eller år. Med behov for "koordinerte" tjenester menes at behovet må gjelde tjenester fra forskjellige tjenesteytere, og at tjenestene må eller bør ses i sammenheng.

Med hjemmel i de ovennevnte lovbestemmelsene er det gitt forskrift 16. desember 2011 nr. 1256 om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator. Forskriften gir nærmere regler om hva planen skal inneholde, plikten til å tilby koordinator mv. I forbindelse med habiliterings- og rehabiliteringstilbud skal kommunen ved behov samarbeide med andre etater. Forskriften presiserer at kommunen skal tilby koordinator for pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester. Likedan skal det tilbys koordinator i spesialisthelsetjenesten for pasienter med komplekse eller langvarige tjenester. Dette gjelder uavhengig av om pasienten eller brukeren ønsker individuell plan.

Tannhelsetjenesteloven inneholder ingen bestemmelser om individuell plan.

5.17.2 Departementets vurdering og forslag

Utgangspunktet etter gjeldende rett er at fylkeskommunen ikke har plikt til å utarbeide individuell plan for pasienter som har rettigheter til nødvendig tannhelsehjelp etter tannhelsetjenesteloven. På tilsvarende måte har disse pasientene heller ikke rettskrav på individuell plan overfor fylkeskommunen etter pasient- og brukerrettighetsloven.

I NOU 2005:11 *Det offentlige engasjement på tannhelsefeltet – Et godt tilbud til de som trenger det mest*, foreslo utvalget at nødvendige tannhelsetjenester burde inngå som en del av den individuelle planen når det ble utarbeidet slik plan. Utvalget tilrådte at de nødvendige lovmessige tilpasninger for å sikre dette ble foretatt. I utvalgets innstilling ble det blant annet vist til at mange av dem som har krav på individuell plan, også er personer som kan ha særlig behov for tannhelsetjenester.

I Prop. 91 L (2010-2011) *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)* uttaler departementet følgende, jf. punkt 31.7.6 side 368:

"Mange høringsinstanser har bemerket at tannhelsetjenesten i større grad bør tas inn i arbeidet med individuell plan, og at samarbeidet mellom kommunen og fylkeskommunen på dette området bør styrkes. Tannhelse er en del av den enkeltes totale helse som ofte henger sammen med allmenntilstand og omsorgsbehov. Personer med behov for individuell plan har ofte dårlig tannhelse, særlig tyngre rusmiddelavhengige og psykiatriske pasienter. En regulering av individuell plan i forhold til tannhelsetjenester vil kreve lovendringer, både i tannhelsetjenesteloven og pasientrettighetsloven. Departementet arbeider nå med en revisjon av tannhelsetjenesteloven, og en vurdering av regulering av individuell plan vil være en del av dette arbeidet."

Personer som trenger tjenester over lengre tid, som har behov for koordinerte tjenester fra flere etater, deltjenester i kommunen og forvaltningsnivå og som ikke selv er i stand til å ivareta sitt behov for tjenester, trenger særskilt oppmerksomhet fra tjenesteyterne. Mange av disse har redusert tannhelse og stort behov for tannbehandling som også kan strekke seg over lengre tid. Det kan blant annet dreie seg om barn med omfattende behov for tannbehandling, yngre voksne som mottar helse- og omsorgstjenester i hjemmet og som har behov for omfattende pleie, pleietrengende eldre samt rusavhengige og personer med psykiske lidelser. Forslaget om rettslig forankring av kommunens ansvar for tannhelsetjenester i helse- og omsorgstjenesteloven vil medføre at tannhelsetjenester til de som har rettigheter til nødvendig tannhelsehjelp naturlig vil kunne inngå som en del av det helhetlige tilbudet fra kommunen som danner grunnlag for nedfelling i en individuell plan.

Departementet legger likevel til grunn at behovet for tannbehandling vanligvis ikke vil være av et slikt omfang og varighet at det alene gir tilstrekkelig grunnlag for å utløse en plikt for kommunen til å utarbeide individuell plan og tilby koordinator. I tilfeller der pasienter/brukeres tjenestebehov er avgrenset til tannhelsetjenester, vil dette behovet bli ivaretatt av den kommunale tannklinikken, eventuelt i et samarbeid med aktuelle tannlegespesialister. Plikten til å utarbeide individuell plan vil være avgrenset til tilfeller der det er behov for å koordinere behovet for tannhelsetjenester til personer som har rett til slike tjenester, med vedkommendes behov for øvrige helse- og omsorgstjenester i en individuell plan.

5.17.3 Økonomiske og administrative konsekvenser

Forslaget om at reglene om kommunens ansvar for individuell plan i helse- og omsorgstjenesteloven får anvendelse for kommunale tannhelsetjenester, er nytt i forhold til gjeldende rett. Dette må ses i sammenheng med forslaget om rett til individuell plan som også er nytt i forhold til gjeldende rett, jf. punkt 5.21.3. Pasienten og brukerens behov for tannhelsetjenester vil allerede i dag kunne inngå som en del av grunnlaget for utarbeiding av individuell plan. Behovet for tannhelsetjenester vil som hovedregel i seg selv ikke medføre en plikt for kommunen til å utarbeide individuell plan. Forslaget vil derimot bidra til at behovet for tannhelsehjelp for personer med rettigheter til slik hjelp blir vurdert i sammenheng med vedkommendes øvrige behov, og dermed sikre et helhetlig og koordinert tilbud. Kommunens plikter etter loven blir dermed ikke nødvendigvis utvidet som følge av forslaget.

5.18 Undervisning, praktisk opplæring, utdanning og forskning

Kapittel 8 i helse- og omsorgstjenesteloven inneholder regler om undervisning, praktisk opplæring, utdanning og forskning.

5.18.1 Undervisning og praktisk opplæring

5.18.1.1 Gjeldende rett

Helse- og omsorgstjenesteloven § 8-1 første ledd pålegger enhver kommune å medvirke til undervisning og praktisk opplæring av helsepersonell, herunder videre- og etterutdanning. Med hjemmel i § 8-1 andre ledd er det gitt forskrift som regulerer turnustjeneste for fysioterapeuter, veiledet tjeneste for allmennleger og spesialistutdanning og turnusstillinger for leger.

De regionale helseforetakenes ansvar for deltakelse i undervisning og opplæring er beskrevet i spesialisthelsetjenesteloven § 3-5, hvor det fremgår at de regionale helseforetakene skal sørge for at behovet for undervisning og opplæring av helsefaglige elever, lærlinger, studenter, turnuskandidater og spesialister dekkes innen helseregionen. Det følger av spesialisthelsetjenesteloven § 3-8 nr. 2 at utdanning av helsepersonell er en av sykehusenes hovedoppgaver.

Fylkeskommunens ansvar for undervisning og praktisk opplæring er nedfelt i tannhelsetjenesteloven § 6-1 første ledd, hvor det fremgår at enhver fylkeskommune plikter å medvirke til undervisning og praktisk opplæring av tannhelsepersonell, herunder også videre- og etterutdannelse. Bestemmelsen er likelydende med bestemmelsen i helse- og omsorgstjenesteloven § 8-1. Verken betegnelsen "helsepersonell" etter helse- og omsorgstjenesteloven § 8-1 eller "tannhelsepersonell" i tannhelsetjenesteloven § 6-1 er forbeholdt personell som er ferdig utdannet og autorisert. Bestemmelsene kan også omfatte elever og studenter som er under utdanning og som i forbindelse med helsefaglig undervisning, opplæring og praksis utfører handlinger som kan regnes som helsehjelp, jf. definisjonen av helsepersonell i helsepersonelloven § 3 første ledd nr. 3. Bestemmelsene omfatter således både personer som mottar praksisundervisning som del av grunnutdanningen, samt yrkesaktivt personell.

5.18.1.2 *Departementets vurdering og forslag*

Både kommunens og fylkeskommunens plikter når det gjelder undervisning og praktisk opplæring, er begrenset til et medvirkningsansvar. Dette til forskjell fra spesialisthelsetjenesten, hvor undervisning og opplæring er en særlig oppgave som sykehusene skal ivareta. Finansieringen av denne oppgaven inngår i de ordinære budsjetttrammene til de regionale helseforetakene. I forbindelse med høringen av forslaget til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, mente flere høringsinstanser at kommunens ansvar for undervisning og praktisk opplæring måtte tydeliggjøres i større grad, blant annet ved at kommunene burde bli pålagt et tilsvarende sørge for ansvar som spesialisthelsetjenesten, og ikke bare et medvirkningsansvar. I lovforarbeidene ble dette drøftet nærmere, jf. Prop. 91 L (2010-2011) punkt 22.6 side 280. Etter departementets vurdering var et slikt ansvar ikke hensiktsmessig, blant annet grunnet ulike ansvarsforhold. Det ble også pekt på at det var behov for nærmere vurderinger av hvilke konsekvenser en slik endring ville medføre for kommunene.

Departementet legger til grunn at gjeldende medvirkningsansvar anses tilstrekkelig når det gjelder undervisning og praktisk opplæring av kommunalt ansatt tannhelsepersonell, og medfører ikke i seg selv behov for å endre helse- og omsorgstjenesteloven § 8-1. Bestemmelsen kan gis anvendelse for undervisning og praktisk opplæring av tannhelsepersonell, uten at det er behov for lovendringer.

For tannlegestudentene ved Universitetene i Bergen og Oslo foregår store deler av den kliniske praksisen sentralt på universitetsklinikkene. Praksis i fylkeskommunale tannklinikker er avgrenset til 3-5 uker i løpet av studiet. Ved Universitetet i Tromsø – Norges arktiske universitet – er praksisdelen organisert med to lengre praksisperioder i fylkeskommunal tannklinikk, organisert og finansiert som et samarbeid mellom universitetet og fylkeskommunene. Som en oppfølging av Stortingets behandling av Meld. St. 13 (2011-2012) *Utdanning for velferd. Samspill i praksis*, jf. Innst. 320 S (2011-2012), har Kunnskapsdepartementet igangsatt et arbeid med å utrede en betydelig utvidelse av praksis i kommunesektoren for flere helsefagstudier, inkludert tannlege- og tannpleierstudiet. For tannpleierstudentene er praksisperioden om lag tilsvarende som for tannlegestudenter, med unntak av praksis for tannpleierstudenter ved Høgskolen i Hedmark. Ved dette studiet er all praksis organisert av Hedmark fylkeskommune, og kostnadene dekkes av Helse- og omsorgsdepartementet. Tannleger er heller ikke pålagt å utføre turnustjeneste i kommunen. Den største utfordringen når det gjelder organisering av lengre praksisperioder i den offentlige tannhelsetjenesten, er knyttet til klinikkfasiliteter, til klinikkens størrelse og faglig bredde i pasientbehandlingen. Dette er spørsmål som må utredes når det er tatt stilling til aktuell utvidelse av praksisperioden i kommunesektoren.

5.18.1.3 *Økonomiske og administrative konsekvenser*

Forslaget om å la helse- og omsorgstjenesteloven § 8-1 få anvendelse for tannhelsepersonell medfører en videreføring av gjeldende rett og pålegger ikke kommunen nye plikter sett i forhold til hva fylkeskommunen er pålagt i dag. Forslaget vil ikke ha økonomiske og administrative konsekvenser.

5.18.2 Videre- og etterutdanning

5.18.2.1 Gjeldende rett

Kommunens ansvar for videre- og etterutdanning fremgår av helse- og omsorgstjenesteloven § 8-2. Det følger av § 8-2 første ledd at kommunen skal sørge for at egne ansatte som utfører tjeneste eller arbeid etter loven her, får påkrevd videre- og etterutdanning. Videre skal kommunen medvirke til at personell som utfører tjeneste eller arbeid etter loven her i privat virksomhet som har avtale med kommunen, får adgang til nødvendig videre- og etterutdanning, jf. § 8-2 andre ledd. Av § 8-2 tredje ledd følger at personell som utfører tjeneste eller arbeid etter loven her, plikter å ta del i videre- og etterutdanning som er nødvendig for å holde faglige kvalifikasjoner ved like.

Det følger av spesialisthelsetjenesteloven § 3-10 at virksomheter som yter helsetjenester som omfattes av denne loven, skal sørge for at ansatt helsepersonell gis slik opplæring, etterutdanning og videreutdanning som er påkrevd for at den enkelte skal kunne utføre sitt arbeid forsvarlig.

Tannhelsetjenesteloven § 6-1 andre ledd slår fast at fylkeskommunen skal sørge for at dens ansatte tannhelsepersonell får påkrevd videre- og etterutdanning. I merknadene til § 6-1 i forarbeidene til tannhelsetjenesteloven, fremgår at fylkeskommunens plikt er begrenset til egne ansatte, men at den også bør legge til rette for at tannhelsepersonell i privat virksomhet får anledning til undervisning mv. Tannhelsepersonell innen Den offentlige tannhelsetjenesten plikter å ta del i videre- og etterutdanning som blir forskrevet og som er nødvendig for å holde dets kvalifikasjoner ved like, jf. tannhelsetjenesteloven § 6-1 tredje ledd. Ut fra hva som ligger i begrepet "Den offentlige tannhelsetjenesten" i tannhelsetjenesteloven § 1-1 tredje ledd, innebærer dette at bestemmelsen i § 6-1 tredje ledd omfatter både ansatt tannhelsepersonell og private tannleger som har avtale med fylkeskommunen.

5.18.2.2 Departementets vurdering og forslag

Både kommunen, fylkeskommunen og helseforetak har et lovfestet ansvar for å sørge for at egne ansatte får nødvendig videre- og etterutdanning. I motsetning til fylkeskommunen, har kommunen en uttrykkelig plikt til å medvirke til at også private tjenesteytere som har avtale med kommunen får mulighet til videre- og etterutdanning. Departementet viser til at det er behov for at også private ytere av tannhelsetjenester omfattes av kommunens medvirkningsplikt. Privat tannhelsepersonell med avtale med fylkeskommunen plikter i dag uansett å ta del i videre- og etterutdanning, jf. tannhelsetjenesteloven § 6-1 tredje ledd. Mange fylkeskommuner har inngått avtaler med private tannleger om behandling av personer med rusavhengighet. Midlene som tildeles fylkeskommunene til oppbygging av slike behandlingstilbud til rusavhengige, omfatter også nødvendig opplæring av tannhelsepersonell. Gjennom tilskuddsmidler til fylkeskommunene er det under oppbygging tilbud om tannbehandling til personer med stor angst for tannbehandling (odontofobi) og tilbud om tannbehandling til torturofre og overgrepsutsatte. Tilskuddsmidlene omfatter blant annet særskilt opplæring knyttet til angstbehandling og tannbehandling av disse gruppene. For fylkeskommuner som inngår

avtale med private om slik behandling er det derfor av stor betydning at disse også får nødvendig videre- og etterutdanning.

Etter departementets vurdering bør bestemmelsene i helse- og omsorgstjenesteloven § 8-2 gis anvendelse på personell som yter tannhelsetjenester. Det innebærer en lovfesting og klargjøring av kommunens medvirkningsansvar når det gjelder mulighet for videre- og etterutdanning av private ytere av tannhelsetjenester, sett i forhold til det ansvaret fylkeskommunen har i dag.

5.18.2.3 Økonomiske og administrative konsekvenser

Forslaget om å gi bestemmelsene i helse- og omsorgstjenesteloven § 8-2 anvendelse for tannhelsepersonell, er i hovedsak en videreføring av gjeldende rett. Når det gjelder kommunens ansvar for å medvirke til at personell i privat virksomhet som har avtale med kommunen også får adgang til nødvendig videre- og etterutdanning, innebærer dette en utvidelse av kommunens plikter sett i forhold til det fylkeskommunen i dag er pålagt. Som beskrevet over har privat tannhelsepersonell uansett en plikt til å delta i utdanning som anses påkrevd. De økonomiske og administrative konsekvensene av forslaget antas å være ubetydelige, som følge av at det er et fåtall privatpraktiserende tannhelsepersonell som har avtale med fylkeskommunen, og det er allerede praksis at privat tannhelsepersonell inviteres til etter- og videreutdanningstilbud fra fylkeskommunen. Kostnader til slik utdanning eller opplæring inngår blant annet i den statlige rammefinansieringen av tannhelsetilbudet til rusmiddelavhengige.

5.18.3 Forskning

5.18.3.1 Gjeldende rett

I følge helse- og omsorgstjenesteloven § 8-3 skal kommunen medvirke til og tilrettelegge for forskning for den kommunale helse- og omsorgstjenesten. For å oppfylle plikten til å medvirke til forskning må kommunen utvise en aktivitet, men den stilles fritt til å velge på hvilken måte forskningen skal understøttes. Et medvirkningsansvar krever ikke at kommunen selv skal initiere eller finansiere forskning. Eksempler på hvordan medvirkning til forskning kan foregå, kan være tilgjengeliggjøring av data innhentet fra tjenesten til forskningsprosjekter, å synliggjøre aktuelle problemstillinger og forskningsbehov for forskningsinstitusjonene, og å ha oversikt over forskningsaktiviteten i egen kommune. Andre eksempler kan være å legge plan for hvordan kommunen ønsker å fremme forskning og kunnskapsbasert praksis for de ansatte i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, eller å utvikle samarbeid med andre kommuner, forskningsinstitusjoner og helseforetak.

Det følger av spesialisthelsetjenesteloven § 3-8 nr. 3 at forskning er en av sykehusenes hovedoppgaver.

Tannhelsetjenesteloven inneholder ingen bestemmelser som pålegger fylkeskommunen et ansvar for forskning.

5.18.3.2 Departementets vurdering og forslag

I høringsnotat med forslag til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester av 15. oktober 2010 ble det ikke foreslått å lovregulere kommunens ansvar for forskning. Departementet påpekte imidlertid at det ville være viktig med økt medvirkning fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten i den forskningen som gjennomføres i regi av forskningsinstitusjoner. Departementet foreslo i høringsnotatet at samarbeid om forsknings- og utviklingsarbeid bør inngå i den lokale samarbeidsavtalen mellom kommuner og regionale helseforetak. Mange høringsinstanser ønsket en tydelig lovpålagt regulering av kommunenes ansvar for å bidra til forskning. Enkelte høringsinstanser ønsket også at kommunene skulle pålegges et tilsvarende ansvar for forskning som spesialisthelsetjenesten, hvor forskning er en av fire lovpålagte hovedoppgaver.

I Prop. 91 L (2010-2011) uttrykte departementet enighet med de mange høringsinstansene som mente at en regulering av forskning i den kommunale helse- og omsorgssektoren vil bidra til å styrke forskning for den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og også gi en mer helhetlig regulering av forskning mellom forvaltningsnivåene. Departementet foreslo derfor en ny lovbestemmelse som gir kommunen et medvirkningsansvar for forskning. Departementet la til grunn at en slik lovfesting vil sikre at kommunene utviser en viss aktivitet som kan understøtte forskning i, om og for den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Det vil også være et viktig insentiv for å styrke kunnskapsbasert praksis og rekruttering. Videre pekte departementet på at kommunens medvirkning også vil være et virkemiddel for å sikre informasjon om helsetilstanden i befolkningen og de positive og negative faktorer som kan virke inn på denne, jf. lovforslaget § 3-3 andre ledd. Dette vil i sin tur kunne forbedre kunnskapsnivået om og for den kommunale helse- og omsorgssektoren.

Kommunens plikter når det gjelder forskning er i dag begrenset til et medvirkningsansvar. Dette til forskjell fra spesialisthelsetjenesten, hvor forskning er en særlig oppgave som sykehusene skal ivareta. Budsjettmidler til forskning er konkretisert i oppdragsdokumentene til de regionale helseforetakene med spesifiserte krav til rapportering.

Når det gjelder spørsmålet om å pålegge kommunene et selvstendig sørge for ansvar for forskning, det vil si å gå lenger enn et medvirkningsansvar, uttalte departementet blant annet følgende, jf. Prop. 91 L (2010-2011) punkt 23.5 side 284:

"[...] Mange høringsinstanser mener at kommunene bør få samme ansvar for forskning som spesialisthelsetjenesten, der forskning er en av fire lovpålagte oppgaver. Departementet vil i denne sammenheng vise til at mange kommuner i Norge er små, og vil derfor vanskelig kunne sette av eller skaffe til veie nødvendig kompetanse og ressurser til forskning. Dette må hensyntas i reguleringen. Departementet vil derfor ikke pålegge kommunene selv å initiere eller drive forskning som en hovedoppgave eller å bruke ressursene sine på forskning."

Tannhelsetjenesten i de fleste fylkeskommunene deltar i dag i praksisnær forskning i varierende grad. Ansvaret for forskningsprosjektene er forankret i virksomheter med forskningskompetanse, slik som universitetene, NIOM (Nordisk Institutt for Odontologiske Materialer AS) og de regionale odontologiske kompetansesentrene.

Forskningsaktivitetene som er forankret ved kompetansesentrene er under oppbygging og foregår som regel i samarbeid med andre fagmiljøer med forskningskompetanse. De regionale odontologiske kompetansesentrene opplever en økende interesse fra privat tannhelsevirksomhet om deltakelse i forskning, blant annet gjennom å gjøre pasientdata tilgjengelig for forskning. Involvering av privat sektor i forskning og kunnskapsutvikling som er organisatorisk forankret ved kompetansesentrene, vil kunne gi forskningsaktiviteten et større omfang enn det har i dag. Videre trekkes stadig flere tannklinikker inn i forskningsvirksomhet gjennom bidrag med data fra elektronisk pasientjournal (EPJ). I mange av prosjektene analyseres sammenhengen mellom tannhelse og øvrig helse. Forskningen innenfor tannhelsetjenesten finansieres langt på vei som tilskudd over Helse- og omsorgsdepartementets budsjett. I tillegg søker kompetansesentrene forskningsmidler fra andre kilder.

Departementet legger til grunn at medvirknings- og tilretteleggingsansvaret etter helse- og omsorgstjenesteloven § 8-3 er tilstrekkelig for å ivareta den forskningen som skjer innenfor den fylkeskommunale tannhelsetjenesten i dag. Forskningsressursene ved de regionale odontologiske kompetansesentrene vil bli videreført med virksomhetsoverdragelsen til kommunene. Forskning vil være et viktig virkemiddel for å sikre økt kunnskapsproduksjon i den kommunale tannhelsetjenesten.

Departementet anser det ikke hensiktsmessig eller formålstjenlig å lovfeste en plikt for enhver kommune til å bygge opp et forskningsmiljø særskilt på tannhelseområdet som har tilstrekkelig infrastruktur og kompetanse til å utføre selvstendig forskningsvirksomhet med høy kvalitet. Gitt dagens situasjon er det ikke realistisk å tro at den enkelte kommunene vil ha forutsetninger for dette, heller ikke i en situasjon med færre og større kommuner. En lovfesting av et selvstendig ansvar for å sørge for forskning kan tidligst skje når kommunene har bygd opp tilstrekkelig kompetanse på feltet. Departementet foreslår derfor å videreføre medvirkningsansvaret for forskning for alle kommunale helse- og omsorgstjenester.

5.18.3.3 Økonomiske og administrative konsekvenser

Innpasningen av tannhelsetjenester i helse- og omsorgstjenesteloven innebærer at kommunens ansvar for å medvirke til og tilrettelegge for forskning blir utvidet til å omfatte tannhelsetjenester. Dette er nytt i forhold til gjeldende rett. Fylkeskommunen er ikke pålagt dette ansvaret i dag. Innhold, omfang og organisering av medvirknings- og tilretteleggingsansvaret er imidlertid ikke spesifisert i loven. Kommunen står derfor fritt i spørsmålet om hvilke konkrete forskningsprosjekter den skal bidra til.

Det vises til redegjørelsen over hvor det fremgår at det er en økende forskningsaktivitet innenfor tannhelsetjenesten. Ved tidspunktet for overføring av ansvaret for tannhelsetjenester til kommunen vil omfanget av tannklinikkenes involvering i forskningsprosjekter antakelig være betydelig høyere enn det som gjelder for øvrige kommunale helse- og omsorgstjenester. Plikten til å medvirke til forskning vil i praksis ikke ha vesentlige konsekvenser for kommunene, utover at tannklinikkenes involvering i forskningen bidrar til kvalitetsheving av tjenestene. Forskningen skal bidra til mer

kunnskapsbaserte tjenester, som på sikt forutsettes å innebære en mer kostnadseffektiv tjeneste.

5.19 Finansiering og egenbetaling

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

5.19.1 Kommunens ansvar for utgifter til tannhelsetjenester

5.19.1.1 Gjeldende rett

Helse- og omsorgstjenesteloven

Det følger av helse- og omsorgstjenesteloven § 11-1 første ledd at kommunen skal sørge for bevilgninger som er nødvendige for å yte tjenester og sette i verk tiltak kommunen har ansvaret for etter loven. Staten yter årlig rammetilskudd til delvis dekning av kommunens utgifter, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 11-5 første ledd. Tilskuddene fordeles gjennom inntektssystemet for kommunene etter regler gitt av Kongen. Til de berørte kommuner yter dessuten staten årlig et særskilt tilskudd til fengselshelsetjenesten, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-9.

Helse- og omsorgstjenesteloven § 11-1 andre ledd regulerer den økonomiske ansvarsfordelingen mellom kommuner. Bestemmelsen slår fast det finansielle ansvarsprinsippet som innebærer at kostnadene ved de tjenester og tiltak som er nevnt i første ledd, skal dekkes av den kommunen som er ansvarlig for å yte tjenesten eller sette i verk tiltaket. Bestemmelsen bygger på oppholdsprinsippet, og ikke bostedsprinsippet. Oppholdsprinsippet er nedfelt i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 første ledd, hvor det fremgår at det er den kommunen der pasienten eller brukeren til enhver tid oppholder seg som har ansvar for å sørge for tilbud av nødvendige helse- og omsorgstjenester. Bestemmelsen legger til rette for løsninger med et mer fleksibelt tjenestetilbud tilpasset de krav til mobilitet som preger samfunnet i dag, slik at man unngår at pasienter og brukere blir kasteballer mellom kommuner. Samtidig er det en utfordring at oppholdskommunene, som for eksempel typiske ferie- og hyttekommuner, blir sittende med det økonomiske ansvaret for kostnadskrevende tjenester for feriegjester og andre besøkende.

I forskrift 16. desember 2011 nr. 1348 om kommunens dekning av utgifter til helse- og omsorgstjenester, er det derfor gitt nærmere bestemmelser om utgiftsfordelingen mellom to eller flere kommuner der en pasient eller bruker får tjenester i forbindelse med institusjonsopphold i en annen kommune enn der vedkommende har fast bosted eller fast opphold, og om behandling av tvister mellom kommuner om utgiftsfordeling i slike tilfeller.

Av § 11-1 tredje ledd følger at utgifter til privat praksis som drives etter avtale med kommunen, helt eller delvis dekkes skal av kommunen etter nærmere avtale mellom den privatpraktiserende og kommunen.

Kommunens ansvar for å dekke reiseutgifter for behandlingspersonell følger av § 11-1 fjerde og femte ledd. Det vises i sin helhet til omtalen av disse bestemmelsene i punkt 5.16.1.

Det fremgår av § 11-1 sjette ledd at i den utstrekning helsetjenester som omhandlet i § 3-2 gir rett til stønad etter forskrift fastsatt i medhold av folketrygdloven § 5-24 a, skal kommunen dekke utgifter til helsetjenester som personer bosatt i kommunen har mottatt i et annet EØS-land. Departementet har i forskrift 22. november 2010 nr. 1466 gitt nærmere bestemmelser om utgiftsdekningen.

Tannhelsetjenesteloven

Tannhelsetjenesteloven § 5-1 første ledd pålegger fylkeskommunen å dekke utgifter ved den offentlige tannhelsetjenesten. Begrepet "Den offentlige tannhelsetjenesten" er i tannhelsetjenesteloven § 1-1 tredje ledd avgrenset til å omfatte tannhelsetjeneste som utføres på gruppene som er nevnt i loven § 1-3, enten av fylkeskommunens ansatte tannleger eller av private tannleger som har inngått avtale med fylkeskommunen. Av tannhelsetjenesteloven § 5-1 andre ledd går det frem at pasientens utgifter til behandling som er utført i privat praksis etter avtale med fylkeskommunen, helt eller delvis skal dekkes av fylkeskommunen på samme måte som om tilbudet hadde vært gitt av fylkeskommunens ansatte tannleger. Utgifter til tannbehandling av voksne personer som ikke har rettigheter etter loven, forutsettes å bli dekket gjennom pasientens egenbetaling og eventuell stønad fra folketrygden.

Fylkeskommunens ansvar for dekning av pasientens skyssutgifter etter tannhelsetjenesteloven § 5-1 tredje ledd, er nærmere omtalt under punkt 5.19.3 om pasienttransport.

Det fremgår av § 5-1 fjerde ledd at i den utstrekning helsetjenester som omhandlet i § 1-3 gir rett til stønad etter forskrift fastsatt i medhold av folketrygdloven § 5-24 a, skal fylkeskommunen dekke utgifter til tannhelsetjenester som personer bosatt i fylket har mottatt i et annet EØS-land. Bestemmelsen er likelydende med bestemmelsen i helse- og omsorgstjenesteloven § 11-1 sjette ledd. Departementet har i forskrift 22. november 2010 nr. 1466 gitt nærmere bestemmelser om utgiftsdekningen. Av forskriften § 3 fremgår at det ytes stønad til dekning av utgifter til tannbehandling utført i andre EØS-land, når hjelpen gis til personer som omfattes av gruppene i tannhelsetjenesteloven § 1-3 første ledd bokstav a til d. Stønaden utbetales til pasienten og HELFO foretar et etterfølgende oppgjør med fylkeskommunen der vedkommende er bosatt.

Staten yter rammetilskudd til delvis dekning av fylkeskommunens utgifter, jf. tannhelsetjenesteloven § 5-2. Tilskuddet fordeles gjennom inntektssystemet for kommunene og fylkeskommunene etter regler gitt av Kongen. Bestemmelsen tilsvarer i hovedsak helse- og omsorgstjenesteloven § 11-5.

5.19.1.2 Departementets vurdering og forslag

Grunnleggende prinsipper for finansiering

De grunnleggende prinsippene for finansiering av offentlige tannhelsetjenester ligger fast med oppgaveoverføringen fra fylkeskommunene til kommunene, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 11-1 første ledd og § 11-5. Det betyr at det finansielle ansvarsprinsipp og prinsippet om rammefinansiering legges til grunn. Finansieringen vil fortsatt bestå av rammetilskudd fra staten, kommunens egne skatteinntekter og pasientenes betaling av vederlag/egenbetaling i form av mellomlegg. Den delen av det fylkeskommunale rammetilskuddet som i dag går til tannhelsetjenester (om lag 4,6 prosent) vil bli trukket ut fra rammetilskuddet til fylkeskommunene og fordelt på større og mer robuste kommuner etter nye kostnadsnøkler. Dette er imidlertid ikke en direkte følge av lovforslagene i dette høringsnotatet, men vil bli ivaretatt i forbindelse med planleggingen av virksomhetsoverdragelsen som skal skje i løpet av året før oppgaveoverføringen blir iverksatt. Hvordan fordelingen skal skje omtales derfor ikke nærmere her, jf. punkt 8.2.1.

Kommunens ansvar for finansiering av fengselshelsetjeneste

Bestemmelsen i helse- og omsorgstjenesteloven § 11-5 første ledd tredje punktum som lovfester en plikt for staten til å yte årlige tilskudd til kommuner hvor det ligger fengsler og hvor det følgelig er krav om fengselshelsetjeneste, er ny i forhold til tannhelsetjenesteloven. Samtidig kodifiserer og viderefører bestemmelsen det som har vært lagt til grunn når det gjelder fylkeskommunens ansvar for tannhelsetjenester til innsatte i fengsler i kriminalomsorgen. Kostnader til så vel tannhelsetjenester som kommunale helse- og omsorgstjenester finansieres av de respektive fylkeskommuner og kommuner gjennom et særskilt årlig tilskudd over statsbudsjettet. Se nærmere om finansiering av tannhelsetjenester for innsatte i fengsler i kriminalomsorgen under punkt 5.9.10.

Oppholdskommunens finansieringsansvar

I likhet med helse- og omsorgstjenesteloven, bygger tannhelsetjenesteloven på oppholdsprinsippet og ikke bostedsprinsippet, jf. formuleringen "bor eller midlertidig oppholder seg" i tannhelsetjenesteloven §§ 1-1 og 2-1. Det vil bety at det er den kommunen der vedkommende oppholder seg som har ansvar for å sørge for og å dekke utgiftene til nødvendig tannhelsehjelp, herunder akutt tannhelsehjelp, til bestemte grupper i befolkningen. Det kan være aktuelt for eksempel i forbindelse med gjennomreise, ferie, pendling, studier eller institusjonsopphold.

Forskriften til helse- og omsorgstjenesteloven § 11-1 andre ledd som omhandler utgiftfordeling mellom oppholdskommunen og bostedskommunen, er begrenset til å gjelde refusjon for kommunale helse- og omsorgstjenester som ytes i forbindelse med opphold i institusjon. Forskriften slår fast at oppholdskommunen kan kreve refusjon av den kommunen som var oppholdskommunen forut for inntak i institusjonen, for så vidt

gjelder utgifter til plass i visse institusjoner, personlig assistanse mv. Forskriften omfatter ikke andre helsetjenester som ytes utenfor institusjon, som for eksempel utgifter til allmennlegetjenester, herunder kommunal legevakt, for skiturister i hyttekommuner. Forskriften § 2 omfatter blant annet utgifter til plass i institusjon med heldøgns helse- og omsorgstjenester for rusmiddelavhengige. Bestemmelsen må forstås slik at tilleggsutgifter i forbindelse med institusjonsoppholdet, for eksempel til tannbehandling, ikke kan kreves refundert fra hjemkommunen. Videre er det en stor andel personer med rusavhengighet fra andre fylker som mottar tverrfaglig spesialisert rusbehandling i institusjoner som har avtale med regionale helseforetak. Disse har rettigheter til tannhelsehjelp under institusjonsoppholdet. Dette kan være særlig kostnadskrevende behandling som påfører oppholdskommunen merutgifter.

Det finnes i dag ikke hjemmel i tannhelsetjenesteloven for å gi tilsvarende forskrift som pålegger pasientens bostedskommune å refundere utgifter til tannbehandling gitt under opphold i en annen kommune. Departementet legger til grunn at siden 2012 har tilskuddet til tannbehandling for rusavhengige personer blitt fordelt etter kostnadsnøkkelen i utgiftsutjevningen, og at beløpet utgjør en liten del av de samlede utgiftene for fylkeskommunene. Departementet anser det inntil videre ikke aktuelt å innføre en tilsvarende oppgjørsordning mellom kommuner for tannhelsetjenester. Som i dag vil det være opp til den enkelte kommune hvorvidt den vil søke å inngå avtale med pasientens hjemkommune om dekning av utgifter til tannhelsehjelp. Dette vil for eksempel kunne være aktuelt for kommuner hvor det ligger utdanningsinstitusjoner. Disse kommunene vil med oppgaveoverføringen kunne få ekstra utgifter til tannbehandling av 19- og 20-åringer som flytter dit fra andre kommuner for å studere.

Dekning av utgifter til privat praksis

Forholdet til privat tannhelsevirksomhet er nærmere beskrevet og drøftet under punkt 5.11. Mens helse- og omsorgstjenesteloven § 11-1 tredje ledd omhandler kommunens dekning av "utgifter til privat praksis som drives etter avtale med kommunen", gjelder tannhelsetjenesteloven §§ 4-1 og 5-1 "pasientenes utgifter til behandling som er utført i privat praksis".

Denne forskjellen i uttrykksmåte er gjennomtenkt og har sammenheng med at avtalene etter helse- og omsorgstjenesteloven i hovedsak dreier seg om at kommunen yter driftstilskudd til privat helsevirksomhet basert på tildeling av avtalehjemler og at pasienten vanligvis har rett til stønad til helsetjenester fra folketrygden.

Fylkeskommunens avtaler med private tannleger gjelder i hovedsak avtaler om tjenestekjøp, og hvor pasienten som regel ikke har rett til stønad fra folketrygden til tannbehandlingen. Dette kommer klart til uttrykk i tannhelsetjenesteloven § 4-2, som gjelder tilfeller der fylkeskommunen ønsker å inngå "avtale med privatpraktiserende tannlege om behandling av prioriterte grupper [...]."

Etter departementets vurdering er dette en forskjell av reell betydning. Den eksisterende bestemmelsen i helse- og omsorgstjenesteloven § 11-1 tredje ledd vil derfor etter departementets syn ikke være tilstrekkelig dekkende for tannhelsetjenester utført av

private tjenesteytere. Departementet foreslår på denne bakgrunn at bestemmelsen i tannhelsetjenesteloven § 4-1 første ledd videreføres, ved at den tas inn i § 11-1 tredje ledd som et nytt annet punktum.

Kommunens ansvar for dekning av reiseutgifter for behandlingspersonell

Det vises i sin helhet til departementets vurdering og forslag under punkt 5.16.1. Når det gjelder utgiftsdekning, vil forskrift 19. desember 2003 nr. 1728 om transport av behandlingspersonell bli endret slik at den får anvendelse på helsepersonell i den kommunale tannhelsetjenesten.

Kommunens ansvar for dekning av utgifter til pasienttransport

Det vises i sin helhet til departementets vurdering og forslag under punkt 5.19.3.

Kommunens ansvar for å dekke behandlingsutgifter i andre EØS-land

Bestemmelsen i helse- og omsorgstjenesteloven § 11-1 sjette ledd tilsvarer bestemmelsen i tannhelsetjenesteloven § 5-1 fjerde ledd. Bestemmelsen foreslås videreført uendret. Det betyr at bostedskommunen overtar fylkeskommunens ansvar for å dekke utgifter til tannbehandling for bestemte grupper (barn og unge, psykisk utviklingshemmede osv.) mottatt i annet EØS-land. Oppgaveoverføringen innebærer at HELFO utbetaler refusjonsbeløpet til pasienten og deretter foretar oppgjør med kommunen, i stedet for med fylkeskommunen.

5.19.1.3 Forslag til lovregulering

Departementet foreslår at det i helse- og omsorgstjenesteloven § 11-1 tredje ledd tas inn et nytt annet punktum, slik at bestemmelsen lyder (endringer i kursiv):

"Utgifter til privat praksis som drives etter avtale med kommunen, skal helt eller delvis dekkes av kommunen etter nærmere avtale mellom den privatpraktiserende og kommunen. Dersom pasientens utgifter til tannhelsetjenester helt eller delvis skal dekkes av kommunen, må den privatpraktiserende ha avtale med kommunen."

Når det gjelder øvrige forslag til endringer i helse- og omsorgstjenesteloven § 11-1 i forbindelse med kommunens overtakelse av finansieringsansvaret for pasienttransport i tilknytning til tannbehandling, vises det til punkt 5.19.2.

Det vises i sin helhet til lovforslaget under punkt 10.

5.19.1.4 Økonomiske og administrative konsekvenser

De foreslåtte endringene i helse- og omsorgstjenesteloven § 11-1 er i sin helhet en videreføring av gjeldende rett. Lovforslaget utvider i seg selv ikke kommunenes samlede finansieringsansvar i forhold til det finansieringsansvaret fylkeskommunen har i dag. Eventuelle økonomiske og administrative konsekvenser av å lovfeste kommunens ansvar for dekning av utgifter til transport av behandlingspersonell, vil bli vurdert i forbindelse med forskriftsarbeidet etter at lovforslagene i dette høringsnotatet er vedtatt.

5.19.2 Vederlag for tannhelsetjenester

5.19.2.1 Gjeldende rett

Helse- og omsorgstjenesteloven

Helse- og omsorgstjenesteloven § 11-2 første ledd gir kommunen en generell hjemmel til å kreve vederlag av pasient og bruker for hjelp fra kommunens helse- og omsorgstjeneste, når dette følger av lov eller forskrift. Adgangen til å kreve vederlag gjelder også ved hjelp fra privat tjenesteyter som har avtale med kommunen. Bestemmelsen slår fast en plikt for den som mottar helse- og omsorgstjenester fra kommunen til å betale vederlag når det følger av lov eller forskrift. Kommunen er ikke forpliktet til å kreve egenbetaling av pasient eller bruker selv om det er hjemmel for slik innkreving.

Det følger av § 11-2 andre ledd at departementet i forskrift kan gi nærmere bestemmelser om vederlag for helse- og omsorgstjenester og stille krav om at det utstedes spesifisert regning til pasienten. Slik forskrift er fastsatt, jf. forskrift 16. desember 2011 nr. 1349 om egenandel for kommunale helse- og omsorgstjenester. Forskriften gjelder ikke for egenandeler ved helsehjelp fra privatpraktiserende fastleger, fysioterapeuter og jordmødre som har avtale med kommunen. Her gjelder de egenandeler og skjermingsordninger som er fastsatt i forskrifter til folketrygdloven §§ 5-3, 5-4, 5-8 og 5-12.

Tannhelsetjenesteloven

Tannhelsetjenesteloven § 2-2 regulerer adgangen til å kreve vederlag for fylkeskommunale tannhelsetjenester. Forskriften omfatter både tilfeller der fylkeskommunen selv yter tannhelsehjelpen og tilfeller der behandlingen utføres av privat tannlege etter avtale med fylkeskommunen. Det følger av loven § 2-2 første ledd at mottakeren av hjelp i den offentlige tannhelsetjenesten skal betale vederlag når dette følger av forskrift fastsatt av departementet eller fylkeskommunen. Fylkeskommunen fastsetter betalingen for personer som den har vedtatt å gi et tannhelsetilbud til etter tannhelsetjenesteloven § 1-3 første ledd bokstav e.

Det fremgår eksplisitt av tannhelsetjenesteloven § 2-2 andre ledd at det ikke kan kreves vederlag av grupper som nevnt i tannhelsetjenesteloven § 1-3 første ledd bokstav a, b og c. Det betyr at barn og unge opptil 18 år, personer med psykisk utviklingshemming og grupper av eldre, langtidssyke og uføre i institusjon og hjemmesykepleie har rett til gratis tannhelsehjelp fra fylkeskommunen. Det er imidlertid gjort et generelt unntak for kjeveortopedisk behandling (tannregulering). Mesteparten av kjeveortopedisk behandling utføres av privatpraktiserende spesialister i kjeveortopedi uten avtale med fylkeskommunen og det ytes stønad fra folketrygden til dekning av utgifter til behandlingen. Kostnader utover folketrygdens refusjonsbeløp må som regel dekkes av den enkelte pasient eller dennes pårørende. Henvisningen til grupper nevnt i bokstav a, b og c innebærer at 19- og 20-åringer ikke omfattes av det lovfestede fritaket for betaling av vederlag. Se nærmere om dette nedenfor.

Forskrift om vederlag i den offentlige tannhelsetjenesten

Forskrift 24. mai 1984 nr. 1268 gir nærmere regler om adgangen til å kreve vederlag for tannhelsetjenester i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten. Her gis det kun en orientering om innholdet i forskriften av pedagogiske hensyn. Etter at forslagene til lovendringer i dette høringsnotatet er vedtatt av Stortinget, vil departementet sende på høring forslag til en ny forskrift om regulering av kommunens adgang til å kreve vederlag for tannhelsetjenester fra kommunen.

Det følger av forskriften § 1 at personer som ikke går under tannhelsetjenesteloven § 1-3 første ledd bokstav a til e, skal betale fullt vederlag etter departementets fastsatte takster inkludert eventuelle utgifter til tanntekniske arbeider. Voksne som ikke omfattes av noen av disse gruppene og som tilbys tannbehandling av fylkeskommunen, må dermed dekke utgiftene selv.

Forskriften § 2 innsnevrer retten til vederlagsfri tannbehandling som ellers følger av tannhelsetjenesteloven § 2-2 andre ledd. Det fremgår av § 2 første ledd at når grupper av eldre, langtidssyke og uføre i institusjon og hjemmesykepleie har hatt institusjonsopphold eller pleie av hjemmesykepleien i sammenhengende 3 måneder eller mer, skal disse gis vederlagsfrie tannhelsetjenester, inkludert eventuelle utgifter til tanntekniske arbeider, så lenge oppholdet eller pleien vedvarer. Departementet har i merknader til forskriften presisert at for at kravet til sammenhengende pleie av hjemmesykepleien skal være tilfredsstillt, må pleien ha skjedd minst en gang pr. uke over tre måneder eller mer.

Dersom institusjonsoppholdet eller omsorgen ikke forventes å vare over 3 måneder, kan fylkeskommunen kreve vederlag for tannhelsetjenester som ytes i denne perioden, jf. forskriften § 2 andre ledd. Et unntak fra denne regelen følger av forskriften § 2 tredje ledd, hvor det fremgår at tannbehandling som har sammenheng med eller påvirker den sykdom pasienten er innlagt for eller får pleie for, skal ytes vederlagsfritt selv om institusjonsoppholdet eller pleien ikke har vart i 3 måneder.

Selve retten til nødvendig tannhelsehjelp gjelder uavhengig av oppholdets lengde eller pleiens varighet. Hvorvidt en person har rett til vederlagsfri tannhelsehjelp eller ikke, beror imidlertid på om vilkårene i forskriften § 2 er oppfylt.

Det vises til departementets vurdering av hva som ligger i vilkårene "grupper av eldre, langtidssyke og uføre", "institusjon" og "hjemmesykepleie" under punkt 5.9.6.

Ungdom som fyller 19 eller 20 år i kalenderåret omfattes av tannhelsetjenesteloven § 1-3 første ledd bokstav d, og har dermed ikke rett til gratis tannbehandling etter tannhelsetjenesteloven § 2-2 andre ledd. De har likevel rett til tannbehandling mot redusert vederlag. Det fremgår av forskriften § 3 at de ikke skal betale større vederlag enn 25 prosent av departementets fastsatte takster inkludert eventuelle utgifter til tanntekniske arbeider. For behandling som folketrygden gir hel eller delvis refusjon for, kan det kreves vederlag som under § 1.

Når det gjelder andre grupper som fylkeskommunen har vedtatt å prioritere etter tannhelsetjenesteloven § 1-3 første ledd bokstav e, følger det av forskriften § 4 at fylkeskommunen fastsetter vederlagets størrelse som andel av departementets fastsatte

takster. Denne bestemmelsen praktiseres imidlertid slik at fylkeskommunen står fritt til å fastsette størrelsen på vederlaget.

Av forskriften § 5 følger det at for kjeveortopedisk behandling og utgifter til kjeveortopedisk apparatur mv., kan det kreves vederlag som under § 1 av alle grupper av befolkningen.

Vederlag for tannhelsetjenester i henhold til Stortingets budsjettvedtak og departementets retningslinjer

I Kommunal- og regionaldepartementets Rundskriv H-16/05 er det presisert at pasienter i helseinstitusjoner som er finansiert direkte over offentlige budsjetter, har rett til vederlagsfrie tannhelsetjenester forutsatt at oppholdet i institusjonen har en varighet på minst tre måneder. Helse- og omsorgsdepartementet forutsetter i Rundskriv I-12/2005 om økte midler til tannbehandling for rusmiddelmisbrukere, at retten til vederlagsfrie tannhelsetjenester ved institusjonsopphold på minst tre måneder følger direkte av forskriften.

I den grad personer med rusavhengighet omfattes av bestemmelsen i tannhelsetjenesteloven § 1-3 første ledd bokstav c, vil de ha rettigheter til vederlagsfri tannbehandling. Forutsetningen er at varigheten på institusjonsoppholdet eller omfanget av hjemmesykepleien oppfyller kravene i forskriften § 2. Rusreformen i 2004 innebar at rusavhengighet ble ansett som en sykdom og rusbehandling ble ansett som helsehjelp. Dersom pasienten er innlagt i helseinstitusjon for rusbehandling og i den forbindelse har behov for tannbehandling, vil pasienten likevel ha rett til gratis tannhelsehjelp uavhengig av oppholdets lengde, jf. forskriften § 2 tredje ledd.

I henhold til Stortingets budsjettvedtak, som innholdsmessig er presisert i rundskriv, er fylkeskommunen gjennom rammefinansiering gitt i oppgave å yte vederlagsfrie tannhelsetjenester til mennesker med rusavhengighet utenfor helseinstitusjon og ved tilskuddsmidler til innsatte i fengsel. I Helse- og omsorgsdepartementets Rundskriv I-2/2006 fremgår det at tannhelsetjenester som ytes innenfor det nye tilbudet til rusavhengige utenfor institusjon som mottar omsorgstjenester fra kommunen, skal være vederlagsfrie og at prinsippene i forskriften § 2 skal legges til grunn så langt det er mulig. I Helse- og omsorgsdepartementets Rundskriv I-4/2008 er det presisert at det skal gis gratis tannbehandling til innsatte i fengsel.

5.19.2.2 *Departementets vurdering og forslag*

Departementet presiserer at det må sondres mellom retten til tannhelsehjelp på den ene siden (jf. punkt 5.9) og retten til helt eller delvis vederlagsfri tannhelsehjelp på den andre siden.

Spørsmålet er i hvilken grad adgangen til å kreve vederlag for kommunale tannhelsetjenester bør reguleres i lov eller forskrift.

Utgangspunktet etter helse- og omsorgstjenesteloven § 11-2 første ledd er at adgangen til å kreve vederlag av pasient eller bruker for kommunale helse- og omsorgstjenester må ha hjemmel i lov. Slik generell hjemmel er gitt i § 11-2 andre ledd, hvor det åpnes for at

departementet i forskrift kan gi nærmere bestemmelser om vederlag mv. Egenandeler for kommunale helse- og omsorgstjenester er i all hovedsak regulert i forskrift og ikke på lovs nivå.

Det samme utgangspunktet ble lagt til grunn for forslaget til tannhelsetjenestelov i Ot.prp. nr. 49 (1982-1983), hvor det var forutsatt at vilkår med hensyn til egenandeler skulle fastsettes av departementet. Det var i lovproposisjonen ikke antydning noe om hvilke grupper som eventuelt burde få rett til gratis tannhelsehjelp. Prinsippet om at tannbehandling til barn, ungdom og visse andre grupper skulle være gratis, ble imidlertid tatt inn i lovforslaget ved Stortingets behandling av Ot.prp. nr. 49 (1982-1983). I komiteens merknader i Innst. O. nr. 86 (1982-1983) ble det fremhevet at:

"Helt siden offentlig tannpleie ble innført, har prinsippet om systematisk fri behandling av barn vært en hjørnestein i norsk tannhelsepolitikk. Flertallet er derfor av den oppfatning at barn og ungdom fra 0-18 år bør ha fri tannbehandling. Flertallet er også av den oppfatning at de psykisk utviklingshemmede og bestemte grupper av eldre, uføre og langtidspasienter må sikres fri tannbehandling. På grunn av det system en i dag har for spesialisttjenester, for eksempel tannregulering, bør det i lovteksten gjøres unntak for mulig vederlag for slik behandling."

Dette er bakgrunnen for at de nevnte persongruppenes rett til vederlagsfri tannbehandling er nedfelt direkte i tannhelsetjenesteloven § 2-2 andre ledd. Departementet kan imidlertid ikke se at det lenger er nødvendig eller hensiktsmessig med lovfesting av denne type forhold. I tråd med moderne lovgivningsteknikk bør detaljregulering av spørsmål knyttet til betaling av egenandeler skje i forskrift fremfor i lov. Hensynet til harmonisering tilsier at slike spørsmål i størst mulig grad bør reguleres i forskrift på samme måte som for andre kommunale helse- og omsorgstjenester. Flyttingen av egenbetalingsreglene fra lov til forskrift innebærer ingen innsnevring av pasientenes rettigheter til helt eller delvis vederlagsfri tannhelsehjelp fra kommunen, klagemuligheter mv.

Det vises til at forskrift om egenandel for kommunale helse- og omsorgstjenester inneholder regler om når kommunen kan, og ikke kan, kreve egenandel for tjenester i institusjon. Videre slår forskriften fast at det er opp til kommunen selv å fastsette regler for betaling av egenandel for praktisk bistand mv. Dette tilsvarer fylkeskommunens adgang til gjennom lokal forskrift å fastsette vederlag for tannhelsetjenester til andre grupper som den har vedtatt å prioritere (bokstav e). Departementet finner det naturlig at det fortsatt er fylkeskommunen selv som fastsetter vederlag for grupper som den velger å gi et tannhelsetilbud til. Dette følger av det finansielle ansvarsprinsippet. Denne adgangen behøver ikke fremgå av lov. Det er ikke nødvendig med endringer i helse- og omsorgstjenesteloven § 11-2 for å videreføre gjeldende rett når det gjelder vederlag for kommunale tannhelsetjenester.

Uavhengig av om selve retten til hel eller delvis vederlagsfri tannhelsehjelp reguleres på lovs- eller forskriftsnivå, må det fastsettes utfyllende regler om betaling av vederlag i forskrift til helse- og omsorgstjenesteloven § 11-2, på samme måte som det er gjort i dag både for tannhelsetjenester og andre helse- og omsorgstjenester. Departementet vil komme tilbake på et senere tidspunkt med forslag til nærmere regulering av vederlag for kommunale tannhelsetjenester som erstatning for dagens vederlagsforskrift. Et

høringsnotat med utkast til forskrift vil bli sendt på alminnelig høring når lovforslagene i det foreliggende høringsnotat er vedtatt av Stortinget.

5.19.2.3 Økonomiske og administrative konsekvenser

De nærmere vilkårene for rett til helt eller delvis vederlagsfri tannhelsehjelp fra kommunen vil bli regulert i forskrift, etter at forslag til forskrift har vært på offentlig høring. Eventuelle økonomiske og administrative konsekvenser vil bli vurdert i forbindelse med forskriftsarbeidet.

5.19.3 Pasienttransport til og fra den kommunale tannhelsetjenesten

5.19.3.1 Gjeldende rett

Spesialisthelsetjenesteloven og pasient- og brukerrettighetsloven

Det er de regionale helseforetakene som er tillagt ansvaret for å sørge for tilbud om transport av pasienter til undersøkelse og behandling i helse- og omsorgstjenesten, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a første ledd nr. 6. Dette gjelder både transport til spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Også den fylkeskommunale tannhelsetjenesten faller inn under begrepet "helse- og omsorgstjenesten", slik dette er definert i pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3 bokstav d. Før bestemmelsen i spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a første ledd nr. 6 ble endret i forbindelse med ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester fra 1. januar 2012, stod det "kommune- og spesialisthelsetjenesten". Den endrede begrepsbruken innebærer imidlertid ikke at de regionale helseforetakenes ansvar for å sørge for pasienttransport er utvidet til å omfatte fylkeskommunale tannhelsetjenester.

Transportansvaret ivaretas i praksis gjennom selskapet Pasientreiser ANS som er eid i fellesskap av de fire regionale helseforetakene. Pasientreiser ANS samarbeider med 18 pasientreisekontorer i landet som er lokalisert ved sine respektive helseforetak. Pasientreisekontorene har ansvar for reiseplanlegging, gjennomføring av reiser med rekvisisjon og saksbehandling av reiseregninger.

Det er også de regionale helseforetakene som har finansieringsansvaret for pasienttransport til spesialisthelsetjenester og kommunale helse- og omsorgstjenester. Finansieringsansvaret kommer til uttrykk i pasient- og brukerrettighetsloven § 2-6 som gir pasienten og eventuell ledsager rett til dekning av nødvendige utgifter ved reise i forbindelse med helsetjeneste som omfattes av spesialisthelsetjenesteloven og som dekkes av et helseforetak. Det samme gjelder helsetjenester som omfattes av folketrygdloven kapittel 5, herunder reise til familievernkontor og helsestasjon. Henvisningen til folketrygdloven kapittel 5 omfatter blant annet kommunale helsetjenester som allmennelegehjelp (fastlege), fysioterapi og jordmorhjelp samt andre helsetjenester som folketrygden er stønadspliktig for, som for eksempel tannlegehjelp. Det betyr at pasientens reiseutgifter i forbindelse med tannbehandling hos privatpraktiserende tannlege eller tannpleier og hvor behandlingen er refusjonsberettiget etter folketrygdloven §§ 5-6 og 5-6 a, dekkes av det regionale helseforetaket i pasientens bostedsregion.

Videre følger det av forskrift 4. juli 2008 nr. 788 om rett til dekning av utgifter ved pasienters reise for undersøkelse og behandling (syketransportforskriften) at pasienten har rett til dekning av reise til kjeveortoped innen pasientens bostedsregion dersom nærmeste kjeveortoped ikke tar imot nye pasienter. Av forskriften fremgår at utgiftsdekningen også omfatter pasientreise ved innleggelse og utskrivning fra sykehjem.

Stortinget har 19. juni 2015 vedtatt endringer i pasient- og brukerrettighetsloven § 2-6 første ledd som innebærer at departementet gis utvidet forskriftshjemmel for dekning av reise til kommunale helse- og omsorgstjenester, jf. Prop. 77 L (2014-2015) *Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven (dekning av utgifter til pasientreiser)*. Hensikten med lovendringen er å ta høyde for at kommunene er blitt pålagt nye oppgaver som følge av samhandlingsreformen, ved at disse er overført fra spesialisthelsetjenesten til kommunene. Departementet har i tillegg fastsatt forskrift 25. juni 2015 nr. 793 om pasienters, ledsageres og pårørendes rett til dekning av utgifter ved reise til helsetjenester (pasientreiseforskriften), hvor det er lagt til grunn at også utgifter ved reise til kommunale tilbud om døgnopphold ved behov for øyeblikkelig hjelp og kommunale tilbud om dialyse, skal dekkes etter den nye forskriften. Verken endringsloven eller forskriften har trådt i kraft.

Helse- og omsorgstjenesteloven

Helse- og omsorgstjenesteloven ingen særskilte bestemmelser som pålegger kommunen ansvar for å sørge for pasienttransport i forbindelse med tjenester som er omfattet av loven, eller for å finansiere slike pasientreiser.

Tannhelsetjenesteloven

Som det fremgår ovenfor, omfattes som hovedregel ikke pasientens reise til og fra fylkeskommunale tannhelsetilbud av de regionale helseforetakenes sørge for ansvar og finansieringsansvar. Tannhelsetjenesteloven har heller ingen bestemmelser som pålegger fylkeskommunen å sørge for selve pasienttransporten i tilknytning til tannbehandling som utføres i regi eller på vegne av fylkeskommunen. Det følger likevel av tannhelsetjenesteloven § 5-1 tredje ledd at fylkeskommunen skal dekke skyssutgifter for pasienter som omfattes av gruppene i § 1-3 og som søker tannhelsehjelp i den offentlige tannhelsetjenesten. Hvor stor del av skyssutgiftene som skal dekkes, bestemmes derimot av den enkelte fylkeskommune. Slike bestemmelser må fastsettes i forskrift, jf. punkt 5.7.2 om forvaltningslovens anvendelse. Fylkeskommunens ansvar for dekning av reiseutgifter omfatter også tilfeller der pasienten mottar nødvendig tannhelsehjelp hos privat tannlege med avtale med fylkeskommunen.

Departementet har innhentet opplysninger fra fylkeskommunene om praktiseringen av bestemmelsen i tannhelsetjenesteloven § 5-1 tredje ledd. Enkelte fylkeskommuner dekker ikke skyssutgifter ved reise til og fra tannklinikk. Dette begrunnes med at reiseutgiftene er lave, ettersom avstandene til tannklinikk er kort. Mange fylkeskommuner stiller krav om at skyssutgifter kun dekkes til nærmeste tannklinikk/behandlingssted, og at transporten må skje på billigste måte. Flere fylkeskommuner dekker reiseutgifter over et

visst beløp. Alternativet er kilometergodtgjørelse i de tilfeller det ikke er relevant å benytte kollektivtransport. De fleste fylkeskommuner dekker ikke reiseutgifter for 19- og 20-åringer i forbindelse med undersøkelse og behandling. Eksempler på slike lokalt fastsatte forskrifter som er kunngjort i Norsk Lovtidend, er forskrift 15. desember 2010 nr. 1838 fra Sogn og Fjordane fylkeskommune og forskrift 22. november 2008 nr. 1683 fra Vest-Agder fylkeskommune.

5.19.3.2 Departementets vurdering og forslag

I motsetning til fylkeskommunale tannhelsetjenester, er både sørge for ansvaret og finansieringsansvaret for pasienttransport i forbindelse med kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenester i dag hovedsakelig forankret hos de regionale helseforetakene. Her følges det finansielle ansvarsprinsipp. Det finnes derfor ingen bestemmelser i helse- og omsorgstjenesteloven om dette. Verken fylkeskommunen eller andre offentlige instanser har ansvar for å sørge for pasienttransport i forbindelse med fylkeskommunale tannhelsetilbud, men finansieringsansvaret for slik transport er lagt til fylkeskommunen.

Spørsmålet er hvordan ansvaret for pasienttransport i tilknytning til kommunens tannhelsetilbud bør reguleres. I Oppgavemeldingen er det gitt en omtale av oppgaver og områder som vurderes i egne prosesser. Dette er prosesser som berører ansvarsdelingen mellom forvaltningsnivåene, men som ikke nødvendigvis følger kommunereformens tidsløp. Under omtalen av finansieringsansvaret for pasienttransport fremgår at det tas sikte på ikrafttredelse av forenklinger og andre endringer i pasientreiseordningen i 2016. Videre heter det i meldingen, jf. punkt 4.4.2 side 28:

"Ut fra prinsippet om at den som utløser en kostnad i størst mulig grad bør ha finansieringsansvaret, bør det vurderes om man skal overføre deler av ansvaret for pasienttransporten til kommunene. Pasienttransport for primærhelsetjenesten vil bli vurdert overført til kommunene når forenklingen av pasienttransporten er gjennomført."

Forenklingen av pasientreiseordningen går i hovedsak ut på at flere søknader fra pasienter om reiserefusjon skal behandles elektronisk og at utgifter som hovedregel skal refunderes etter en standardsats per kilometer. Dette er en forenklingsreform som må gjennomføres og være på plass før man vurderer endringer i finansieringsansvaret. Vurdering av en eventuell ansvarsoverføring til kommunene etter at forenklingen av pasientreiseordningen er gjennomført, vil tidligst skje i 2017.

På bakgrunn av retningen som er gitt i Oppgavemeldingen finner ikke departementet i dette høringsnotatet grunnlag for å foreslå at ansvaret for pasienttransport ved kommunale tannhelsetjenester bør forankres hos de regionale helseforetakene, slik det er gjort for andre kommunale helse- og omsorgstjenester. Spørsmålet om eventuell fremtidig regulering av sørge for ansvar for pasientreiser ved kommunale tannhelsetjenester, må ses i sammenheng med en eventuell overføring av ansvaret for pasienttransport for kommunale helse- og omsorgstjenester fra de regionale helseforetakene til kommunene.

Departementet foreslår å videreføre innholdet i dagens bestemmelse i tannhelsetjenesteloven § 5-1 tredje ledd som pålegger fylkeskommunen finansieringsansvar for pasienttransport, slik at kommunen får en tilsvarende plikt. Dette

nødvendigjør lovendringer. Departementet foreslår derfor at det tas inn en bestemmelse i helse- og omsorgstjenesteloven § 11-1 som et nytt fjerde ledd med tilsvarende innhold som tannhelsetjenesteloven § 5-1 tredje ledd. Departementet anser det hensiktsmessig at det er kommunen selv som fastsetter lokale forskrifter om beregning mv. av utgiftsdekningen, på samme måte som fylkeskommunen gjør i dag. Tidligere lokale forskrifter som er fastsatt av fylkeskommunen om dekning av skyssutgifter i forbindelse med tannbehandling, vil ikke være bindende for kommunen. Det forutsettes imidlertid at kommunen fastsetter egne forskrifter om dekning av skyssutgifter, basert på lokale forhold.

5.19.3.3 Forslag til lovregulering

Departementet foreslår at det tas inn en bestemmelse i helse- og omsorgstjenesteloven § 11-1 som et nytt fjerde ledd med følgende ordlyd:

"Kommunen skal gi forskrift om dekning av reiseutgifter for pasienter som får tilbud om tannhelsetjenester etter § 3-2 b."

Det vises i sin helhet til lovforslaget under punkt 10.

5.19.3.4 Økonomiske og administrative konsekvenser

Forslaget om at kommunen skal ha finansieringsansvaret for pasienttransport i forbindelse med tannhelsetjenester er en videreføring av gjeldende rett og det ansvaret som i dag påhviler fylkeskommunen etter tannhelsetjenesteloven. Forslaget innebærer ikke at kommunen pålegges plikt til å sørge for pasienttransport når det gjelder tannhelsetjenester som den har ansvar for å tilby. Kommunen får med andre ord ikke et planleggings- og samordningsansvar knyttet til den praktiske utføringen av slik transport, slik de regionale helseforetakene er pålagt. Forslaget antas ikke å medføre økonomiske og administrative konsekvenser. Reiseavstanden til nærmeste tannklinikk blir ikke uten videre lengre og utgiftene større som følge av at ansvaret for utgiftsdekningen overføres til kommunalt nivå.

5.19.4 Plikt til å utarbeide atskilte regnskaper mv. for tannhelsetjenester

5.19.4.1 Gjeldende rett

Tannhelsetjenesteloven § 5-3 omhandler plikt til å utarbeide atskilte regnskaper mv. Bestemmelsen er utformet som en fullmaktsbestemmelse som gir departementet myndighet til å gi forskrift om føring av atskilte regnskaper, stille krav til fordeling av inntekter og utgifter, regulering av overskudd, kontrollsystemer, informasjon og andre krav som er nødvendige for å unngå kryssubsidiering mellom tannhelsetjenester som fylkeskommunen tilbyr personer med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven og voksne der det ikke foreligger annet tilstrekkelig tilbud, og tjenester som tilbys i konkurranse med private tjenesteytere (økonomisk aktivitet). Det er gitt nærmere regler i forskrift 19. desember 2014 nr. 1820 om krav til føring av atskilte regnskaper mv.

Disse reglene trådte i kraft 1. januar 2015. Formålet er å pålegge fylkeskommunen plikt til å iverksette tiltak for å unngå ulovlig statsstøtte i form kryssubsidiering. Med "kryssubsidiering" menes tilfeller der fylkeskommunen anvender offentlige midler til å

subsidiere tannhelsetjenester som ytes til pasienter mot betaling, slik at fylkeskommunen oppnår en konkurransemessig fordel i forhold til private tjenesteytere. Offentlig støtte i form av rammetilskudd fra staten gis for at fylkeskommunen skal løse sine lovpålagte oppgaver. I prinsippet skal fylkeskommunen ikke anvende disse midlene til å subsidiere tjenester som ikke er lovpålagte. Dette gjelder i områder der det er private tjenesteytere og dermed et marked for tannhelsetjenester. Subsidieringen kan medføre at fylkeskommunen kan tilby tjenester til voksne til en lavere pris enn hva private har mulighet til.

Bestemmelsen i tannhelsetjenesteloven § 5-3 må ses i sammenheng med bestemmelsen i § 1-3 tredje ledd andre punktum, som gir hjemmel for at departementet kan gi forskrift om at fylkeskommunen skal sørge for å tilby tannhelsetjenester til voksne pasienter mot betaling i områder av fylket der det ikke foreligger annet tilstrekkelig tilbud.

Departementet kan også fastsette forskrift om pliktens varighet og geografiske omfang. Nærmere bestemmelser er fastsatt i forskriften om krav til føring av atskilte regnskaper mv. I områder av fylket hvor det ikke finnes private tjenesteytere eller er veldig få, vil fylkeskommunen kunne yte subsidierte tannhelsetjenester til voksne. Forutsetningen er at kravene som følger av EØS-reglene om tjenester av allmenn økonomisk interesse (SGEI) er oppfylt.

Lovendringene og forskriften som nevnt over har sin bakgrunn i en avgjørelse fra EFTA Surveillance Authority (ESA) av 12. mars 2014 (113-14-COL), hvor ESA la til grunn at finansiering av tannhelsetjenester til voksne uten rettigheter etter tannhelsetjenesteloven er i strid med EØS-avtalens forbud mot offentlig støtte. Lovendringene er nærmere omtalt i Prop. 16 L (2014-2015) *Endringer i tannhelsetjenesteloven (tiltak for å unngå kryssubsidiering)*.

5.19.4.2 Departementets vurdering og forslag

Reglene som er beskrevet ovenfor er utformet med tanke på fylkene som geografisk relativt store enheter, med forskjellige distrikter innenfor det enkelte fylke med ulik befolkningstetthet og varierende markedsgrunnlag for etablering av private tannhelsetjenester. Trolig vil overføring av ansvaret for tannhelsetjenester til mindre enheter kunne redusere mulig risiko for kryssubsidiering siden pliktsubjektet (støttegiver) da vil være den enkelte kommune. I mange små kommuner er det ikke noe marked for private tjenesteytere. Reglene vil derfor kunne få mindre betydning i praksis, for eksempel for enkelte sentrale kommuner i Finnmark. Reglene vil likevel fortsatt ha betydning for større kommuner som både kan ha sentrum og periferi. Departementet mener derfor at reglene bør videreføres uendret, slik at kommunen pålegges de plikter som fylkeskommunen i dag har. Forslaget krever lovendring siden helse- og omsorgstjenesteloven ikke inneholder tilsvarende bestemmelse i dag.

5.19.4.3 Forslag til lovregulering

Departementet foreslår at det tas inn en ny bestemmelse i helse- og omsorgstjenesteloven § 11-6, med følgende ordlyd:

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

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

5.19.4.4 Økonomiske og administrative konsekvenser

Forslaget er i sin helhet en videreføring av gjeldende rett og har ikke økonomiske og administrative konsekvenser. Kommunene pålegges ikke større plikter enn det fylkeskommunen har i dag.

5.19.5 Særlig om finansiering av spesialisttannhelsetjenester

Dette punktet må sees i sammenheng med punkt 5.3.3 som gir en beskrivelse av utviklingstrekk, herunder knyttet til personell, organisering, klinikkstruktur og de regionale odontologiske kompetansesentrene. Videre er det gitt en omtale og vurdering av ansvaret for tilgjengelige spesialisttannhelsetjenester under punkt 5.8.3. Under punkt 5.22.3 behandles spørsmål knyttet til virksomhetsoverdragelsen, herunder spørsmål om fremtidig eierforhold og drift av de regionale odontologiske kompetansesentrene, mulige interkommunale samarbeidsmodeller mv.

Det vises til omtalen av Oppgavemeldingen og Stortingets behandling av denne under punkt 5.2. I Oppgavemeldingen ble det foreslått at også ansvaret for spesialisttannhelsetjenester, inkludert de regionale odontologiske kompetansesentrene, overføres til kommunen. Begrunnelsen for forslaget er at tannlegespesialister i hovedsak samarbeider med allmenntannleger når det gjelder diagnostikk, behandling, råd og veiledning samt hospitering. Kompetansesentrene driver opplæring, fagutvikling, etter- og videreutdanning og praksisnær forskning i samarbeid med blant annet tannklinikker og spesialistmiljøer.

Flertallet i kommunal- og forvaltningskomiteen har i Innst. 333 S (2014-2015) blant annet følgende merknad til forslaget:

"Regjeringen må vurdere tiltak som legger til rette for å videreføre kompetansemiljøene i regionale kompetansesentre og i spesialisthelsetjenesten."

Regionale kompetansesentre og offentlige spesialistklinikker vil bli viktige miljøer for fagstøtte til den kommunale tannhelsetjenesten. En forutsetning for å videreutvikle spesialist-/kompetansemiljøene er at disse får henvist tilstrekkelig antall pasienter. Ressurser og flerfaglighet av spesialister er en forutsetning for rådgivning og veiledning, for muligheten for allmenntannleger til å hospitere, for kunnskapsutvikling/forskning og for deltakelse i praksisdelen av spesialistutdanningen av tannleger. Praksisdelen er avhengig av tilstrekkelig antall henviste pasienter med en type sykdom mv. i munn, kjeve og tenner som egner seg i spesialistutdanningen. Så lenge allmenntannhelsetjenester og spesialisttannhelsetjenester organiseres og finansieres av samme arbeidsgiver, kan kommunen styre bruken av kompetansesentrene/spesialistmiljøene og spesialistenes samarbeid med allmenntannlegene. Det gis i dag tilskudd over statsbudsjettet til

kompetansesentrenes virksomhet knyttet til rådgivning/veiledning, hospitering, etterutdanning, spesialistutdanning og forskning.

Utgangspunktet er at generalistkommuneprinsippet legges til grunn for forslagene i dette høringsnotatet. Det vil si at hver enkelt kommune får lovpålagt ansvar for å sørge for både allmenntannhelsetjenester og spesialisttannhelsetjenester. Videre legges det finansielle ansvarsprinsipp til grunn. Det betyr at kommunen som følge av sørge for ansvaret for disse tjenestene også har ansvaret for å finansiere tjenestene. I tillegg legges prinsippet om økonomisk rammestyring til grunn, hvilket innebærer at midler for å oppfylle ansvaret fordeles gjennom rammetilskuddet til den enkelte kommune. I forbindelse med virksomhetsoverdragelsen legges det til grunn at eierforhold og drift av fylkeskommunale tannklinikker med spesialister og de regionale odontologiske kompetansesentrene, forankres hos den kommune der klinikken/kompetansesenteret er etablert. Det forutsettes at spesialistfunksjoner ivaretas i samarbeid med kommuner som ikke har egne klinikker/øvrige kommuner som geografisk hører til kompetansesenterets dekningsområde.

Spørsmålet er om rammefinansiering av spesialisttannhelsetjenester bidrar til å sikre videreutvikling av kompetansesentrene/spesialistmiljøene slik at disse får tilstrekkelig pasientgrunnlag. Et alternativ er et særskilt statlig tilskudd direkte til kommuner som drifter kompetansesentre/klinikker med tannlegespesialister. Rammefinansiering innebærer at den enkelte kommune står fritt til å velge hvem de vil kjøpe tjenester fra eller inngå avtale med, og sidestiller private og offentlige leverandører. Særskilt tilskudd til kommuner med spesialistklinikker/kompetansesentre vil gi insentiver for disse kommunene til å videreutvikle spesialisttannhelsetjenestene og tilby slike tjenester til kommuner som ikke har tilgang på spesialister. Samtidig vil et særskilt tilskudd innebære at det må gjøres et uttrekk av rammetilskuddet til kommunene og midlene som gis som tilskudd til spesialistvirksomhet ved kompetansesentrene.

Etter at forslagene til lovendringer i dette høringsnotatet er behandlet av Stortinget, vil departementet igangsette et arbeid for å utrede hvordan fagmiljøene knyttet til spesialisttannhelsetjenester, inkludert de regionale odontologiske kompetansesentrene, kan ivaretas ved overføring til kommunen.

5.20 Forskjellige bestemmelser

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

5.20.1 Taushetsplikt

5.20.1.1 Gjeldende rett

Bestemmelsen i helse- og omsorgstjenesteloven § 12-1 første ledd slår fast at taushetspliktreglene i forvaltningsloven §§ 13 til 13 e kommer til anvendelse for "enhver som utfører tjeneste eller arbeid etter denne loven". Taushetsplikten etter forvaltningsloven gjelder enhver som utfører tjeneste eller arbeid for et forvaltningsorgan,

uavhengig av utdanning og arbeidsoppgaver. I tillegg gjelder taushetspliktreglene i helsepersonelloven kapittel 5 direkte for autorisert helsepersonell og annet personell som yter helsehjelp. Videre følger det av helse- og omsorgstjenesteloven § 2-1 at helsepersonellovens regler om taushetsplikt gjelder tilsvarende for alt personell som yter helse- og omsorgstjenester etter denne loven. Bestemmelsen har betydning for personell som yter omsorgstjenester (tidligere sosiale tjenester etter sosialtjenesteloven av 1991), det vil si tjenester som ikke regnes som "helsehjelp" etter helsepersonelloven.

Dette betyr at det er et tosporet system for lovfestet taushetsplikt for offentlig ansatt personell i den kommunale helse- og omsorgstjenesten; en yrkesmessig (profesjonsbestemt) taushetsplikt etter helsepersonelloven og en forvaltningsmessig taushetsplikt etter forvaltningsloven. Personellet vil i mange tilfeller være underlagt begge regelsett. Som hovedregel skal den yrkesmessige taushetsplikten etter helsepersonelloven følges i slike situasjoner. I og med at de fleste ansatte i kommunens helse- og omsorgstjeneste vil være omfattet av helsepersonellovens taushetspliktsbestemmelser via henvisningen i helse- og omsorgstjenesteloven § 2-1, har skillet mellom forvaltningsmessig og yrkesbestemt taushetsplikt mindre betydning enn tidligere.

Forvaltningslovens taushetsregler vil likevel ha selvstendig betydning for ansatte som ikke er omfattet av helsepersonellovens taushetspliktregler. Dette kan være aktuelt for personell som ikke yter helse- og omsorgstjenester, men som utfører administrative oppgaver i kommunen som innebærer behandling av personopplysninger. Et eksempel på dette kan være saksbehandlere som arbeider ved kommunens bestiller-/utførerkontor. Bestemmelsene om taushetsplikt i helse- og omsorgstjenesteloven § 12-1 har derfor først og fremst selvstendig betydning for ansatte som ikke har taushetsplikt etter helsepersonelloven.

Bestemmelsen i helse- og omsorgstjenesteloven § 12-1 andre ledd innebærer en innstramming i forhold til taushetsplikten etter forvaltningsloven § 13. Det betyr at også opplysninger om fødested, fødselsdato, personnummer, statsborgerforhold, sivilstand, yrke, bopel og arbeidssted er underlagt taushetsplikt. Opplysning om oppholdssted kan likevel gis når det er klart at det ikke vil skade tilliten til helse- og omsorgstjenesten å gi slik opplysning.

Spesialisthelsetjenesteloven § 6-1 inneholder regler om taushetsplikt som i hovedsak tilsvarende reglene i helse- og omsorgstjenesteloven § 12-1.

Tannhelsetjenesteloven inneholder ingen bestemmelser om taushetsplikt.

Forvaltningsloven gjelder i utgangspunktet for fylkeskommunens virksomhet etter tannhelsetjenesteloven, jf. punkt 5.7.2. Taushetspliktreglene i forvaltningsloven §§ 13 flg. gjelder derfor uavkortet for enhver som yter tjenester eller arbeid for fylkeskommunen som forvaltningsorgan. Den forvaltningsmessige taushetsplikten gjelder ikke for private tjenesteytere som utfører tannhelsetjenester på vegne av fylkeskommunen etter avtale. Dette fordi private tannklinikker ikke kan regnes som "forvaltningsorgan" i forvaltningslovens forstand. I likhet med personell ansatt i kommuneadministrasjonen

som ikke yter helse- og omsorgstjenester, omfattes ikke administrativt personell i fylkeskommunen av taushetsreglene i helsepersonelloven.

Da tannhelsetjenesteloven ble vedtatt i 1983, inneholdt loven en bestemmelse i § 6-4 om taushetsplikt for personer tilknyttet den fylkeskommunale tannhelsetjenesten. Bestemmelsen ble opphevet i 1986. Bakgrunnen for endringen var de nye bestemmelsene om taushetsplikt som ble tatt inn i forvaltningsloven i 1977, jf. Ot.prp. nr. 2 (1985-86) *Om lov om endringer i særlovgivningen om taushetsplikt (tilpassing til forvaltningsloven)*. Begrunnelsen for opphevingen var at de persongruppene som var dekket av taushetsplikt etter bestemmelsen i praksis også ville være dekket av bestemmelsene om yrkesmessig taushetsplikt for helsepersonell og av forvaltningsloven, og at bestemmelsen i tannhelsetjenesteloven derfor ikke lenger var nødvendig.

5.20.1.2 Departementets vurdering og forslag

Departementet legger til grunn at en innpasning av tannhelsetjenester i helse- og omsorgstjenesteloven vil medføre en skjerpet forvaltningsmessig taushetsplikt for personell ansatt i den kommunale tannhelsetjenesten i forhold til hva som gjelder for fylkeskommunens ansatte i dag. Det vises til bestemmelsen i helse- og omsorgstjenesteloven § 12-1 andre ledd som utvider taushetsplikten til å gjelde opplysninger om personlige forhold som er unntatt fra taushetsplikten etter forvaltningsloven § 13 andre ledd.

Innpasningen av tannhelsetjenester i helse- og omsorgstjenesteloven vil særlig få betydning for ansatte i kommunen som ikke er underlagt yrkesbestemt taushetsplikt etter helsepersonelloven. Dette gjelder blant annet personale som utfører rent administrative oppgaver innenfor tannhelsetjenesten som innebærer behandling av personopplysninger, for eksempel i forbindelse med innkalling av barn og unge til regelmessige tannhelseundersøkelser. Disse vil bli pålagt en strengere taushetsplikt enn hva de har i dag etter forvaltningsloven. På samme måte vil taushetspliktreglene i helse- og omsorgstjenesteloven ha selvstendig betydning i situasjoner der tannhelsepersonell i kommunen ikke yter tannhelsehjelp, men utfører rent administrativt arbeid.

5.20.1.3 Økonomiske og administrative konsekvenser

Forslaget vil generelt medføre at personell ansatt i den kommunale tannhelsetjenesten som allerede er underlagt en forvaltningsmessig taushetsplikt etter forvaltningsloven, vil få en skjerpet taushetsplikt når helse- og omsorgstjenesteloven gis anvendelse. Departementet legger til grunn at det i liten grad vil være aktuelt å yte tannhelsehjelp for personell som ikke er autorisert helsepersonell. Det er derfor et fåtall som vil bli omfattet av den yrkesbestemte taushetsplikten i helsepersonelloven gjennom henvisningen i helse- og omsorgstjenesteloven § 2-1. Forslaget antas på denne bakgrunn ikke å ha økonomiske og administrative konsekvenser.

5.20.2 Statlig tilsyn

5.20.2.1 Gjeldende rett

Helse- og omsorgstjenesteloven

Fylkesmannens tilsyn med den kommunale helse- og omsorgstjenesten er regulert i helse- og omsorgstjenesteloven § 12-3. Tilsynsbestemmelsen i helse- og omsorgstjenesteloven er utformet i samsvar med de generelle tilsynsreglene i lov 25. september 1992 nr. 107 om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven) kapittel 10A. Reglene i kommuneloven kapittel 10A gir felles regler om rammer, prosedyrer og virkemidler for statlig tilsyn med kommunesektoren. Reglene har som formål å gjøre statens tilsyn med kommunene mer oversiktlig, enhetlig og forutsigbart. Det er i loven forutsatt at det er fylkesmannen som har tilsynsmyndighet. Kommuneloven fastsetter hvordan tilsynet skal gjennomføres, mens man må gå til den enkelte særlov for å finne hvilke områder i den aktuelle loven det kan føres tilsyn med. Kommunelovens tilsynssystem kommer i hovedsak til anvendelse på de såkalte "kommunepliktene" og ikke på aktørplikter som påhviler enkeltpersoner, for eksempel etter helsepersonelloven.

Av helse- og omsorgstjenesteloven § 12-3 første ledd fremgår at fylkesmannen skal føre tilsyn med lovligheten av kommunens oppfyllelse av plikter pålagt i kapitlene 3 til 10 og §§ 11-2, 11-3 og 11-4. Av § 12-3 andre ledd fremgår at kommuneloven kapittel 10A skal gjelde tilsvarende for tilsynsvirksomheten etter første ledd. Det er gjort unntak for bestemmelsen i kommuneloven § 60d som gir fylkesmannen hjemmel for å gi pålegg til kommunen eller fylkeskommunen om å rette forhold som er i strid med bestemmelser i lover på det aktuelle sektorområdet. I stedet er det gitt en særregel om at Statens helsetilsyn kan gi pålegg etter helsetilsynsloven § 5.

Tannhelsetjenesteloven

Tilsyn med den fylkeskommunale tannhelsetjenesten er i dag regulert både i tannhelsetjenesteloven og i lov 30. mars 1984 nr. 15 om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten m.m. (helsetilsynsloven). Sistnevnte lov regulerer tilsyn både med den offentlige tannhelsetjenesten som sådan og med tannhelsepersonell som arbeider i fylkeskommunen samt privatpraktiserende tannhelsepersonell. Helsetilsynsloven er nærmere omtalt nedenfor.

Det følger av tannhelsetjenesteloven § 4-1 tredje ledd at fylkestannlegen fører tilsyn med privatpraktiserende tannleger som har avtale med fylkeskommunen. Bakgrunnen for denne bestemmelsen er beskrevet i forarbeidene til loven, Ot.prp. nr. 49 (1982-1983) kapittel 8:

"Tilsyn med iverksettelsen av godkjente planer og bruken av statlige tilskudd er en statlig oppgave. Departementet vil vurdere hvordan slike tilsynsoppgaver best kan gjennomføres. Tannhelsetjenesten har et omfang som ligger nær opp til den kommunale legetjenesten, slik at så vel faglige som økonomiske tilsynsbehov foreligger. Det føres i dag ikke faglig, offentlig tilsyn med den private del av tannhelsetjenesten. Departementet foreslår at slikt

tilsyn innføres f. eks. med de private tannleger som inngår avtaler med fylkeskommunene om behandling av prioriterte grupper."

Videre er det gitt bestemmelser om tilsyn og veiledning overfor fylkeskommunene i tannhelsetjenesteloven § 6-2. Av § 6-2 første ledd fremgår at Statens helsetilsyn skal føre tilsyn med at fylkeskommunene fremmer tannhelsetjenestens formål på forsvarlig og hensiktsmessig måte, og se til at lover og forskrifter for tannhelsetjenesten blir kjent og overholdt. Det følger av § 6-2 andre ledd at Statens helsetilsyn eller den det gir myndighet, uten hinder av taushetsplikt, kan kreve opplysninger om tannhelsetjenesten i fylkeskommunen og dens pasienter som er påkrevd for oversikt, kontroll og tilsyn. Det foretas inspeksjon og undersøkelser også av journal og oppteget mv. Etter § 6-2 tredje ledd har Statens helsetilsyn adgang til å pålegge fylkestannlegen å utføre tilsynsoppgaver som nevnt i første og andre ledd på vegne av helsetilsynet. Statens helsetilsyn kan forelegge innhentede opplysninger for sakkyndige til uttalelse, jf. § 6-2 fjerde ledd.

Både bestemmelsen i tannhelsetjenesteloven § 4-1 tredje ledd og § 6-2 tredje ledd som tillegger fylkestannlegen en rolle i tilsynet med den fylkeskommunale tannhelsetjenesten, må ses i sammenheng med at kapittel 3 i tannhelsetjenesteloven tidligere inneholdt en rekke administrative og organisatoriske bestemmelser med blant annet krav til fylkestannlege og tannhelse-distrikter med distriktstannleger som ledere. Disse bestemmelsene ble opphevet ved en lovendring i 2003 fordi bestemmelser om intern organisering, ledelse og administrering ble ansett som overflødige, jf. Ot.prp. nr. 54 (2001-2002) *Om lov om endringer i lov 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og i enkelte andre lover (forenkling av statlig regelverk rettet mot kommunesektoren m.v.)* punkt 4.5.2.4 side 12.

Ved opphevingen av det lovfestede kravet om fylkestannlege, ble imidlertid hverken spørsmålet om fylkestannlegens tilsyn med privat tannhelsevirksomhet som har avtale med fylkeskommunen eller Statens helsetilsyn sin adgang til å pålegge fylkestannlegen å utføre tilsyn på helsetilsynets vegne, drøftet i forarbeidene til endringsloven. Det er uvisst hvorfor bestemmelsene i tannhelsetjenesteloven § 4-1 tredje ledd og § 6-2 tredje ledd har blitt stående uendret.

Lovfesting av egne bestemmelser om tilsyn i tannhelsetjenesteloven § 4-1 tredje ledd og § 6-2 må også ses i lys av at tannhelsetjenesteloven ble vedtatt og iverksatt før helsetilsynsloven. Bestemmelsene i tannhelsetjenesteloven § 6-2 korresponderer langt på vei med tidligere tilsynsbestemmelser i kommunehelsetjenesteloven av 1982, som ikke ble videreført i helse- og omsorgstjenesteloven.

Helsetilsynsloven

I forbindelse med behandlingen av forslaget til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester i Prop. 91 L (2010-2011), ble det vedtatt endringer i helsetilsynsloven. Myndigheten til å føre regionalt tilsyn med helsetjenesten ble overført fra Helsetilsynet i fylket til fylkesmannen fra 1. januar 2012. Helsetilsynet i fylket opphørte dermed som egen forvaltningsinstans, men er en integrert del av fylkesmannsembetet. Fra 1. januar 2012 er det én felles tilsyns- og klageinstans for alle helse- og omsorgstjenester og alt

helsepersonell. Endringen i helsetilsynsloven innebærer at fylkesmannen fra samme tidspunkt også er regional tilsynsmyndighet overfor den fylkeskommunale tannhelsetjenesten, selv om dette ikke fremgår av eksisterende tilsynsbestemmelser i tannhelsetjenesteloven.

Helsetilsynsloven § 1 første ledd slår fast at Statens helsetilsyn har det overordnede faglige tilsyn med helse- og omsorgstjenesten i landet. Fylkesmannen er tillagt myndighet til å føre tilsyn med helse- og omsorgstjenesten og er da direkte underlagt Statens helsetilsyn, jf. helsetilsynsloven § 1 fjerde ledd. Det betyr at Statens helsetilsyn kan instruere fylkesmannen som regional tilsynsinnsinstans i enkeltsaker. Slik instruksjonsrett kan være nødvendig for å sikre riktig og lik behandling av saker på landsbasis.

Opgavene til Statens helsetilsyn og fylkesmannen er nærmere definert i helsetilsynsloven § 2. I § 2 første ledd fremgår at fylkesmannen skal føre tilsyn med "helse- og omsorgstjenesten i fylket og med alt helsepersonell og annet personell i fylket som yter helse- og omsorgstjenester". I forbindelse med tilsynet skal fylkesmannen blant annet gi veiledning som medvirker til at befolkningens behov for helse- og omsorgstjenester blir dekket. Fylkesmannen skal i tillegg holde Statens helsetilsyn orientert om forholdene i helse- og omsorgstjenesten i fylket og om forhold som innvirker på disse, jf. § 2 tredje ledd.

Tilsyn med *helsepersonell* utløses som regel av en hendelse som medfører at Fylkesmannen får informasjon om mulige uregelmessigheter gjennom anmodninger om vurdering av mulig pliktbrudd etter pasient- og brukerrettighetsloven § 7-4, eller på annen måte. Fylkesmannen skal informere Statens helsetilsyn om forhold som tilsier reaksjoner mot helsepersonell etter reglene i helsepersonelloven kapittel 11, jf. helsetilsynsloven § 2 fjerde ledd. Det er Statens helsetilsyn som gir administrative reaksjoner til helsepersonell etter reglene i dette kapitlet.

Tilsyn med *virksomheter* utøves både som planlagt tilsyn og som hendelsesbasert tilsyn. Fylkesmannen skal blant annet påse at alle som yter helse- og omsorgstjenester har etablert internkontrollsystem for egen virksomhet, slik at virksomhet og tjenester planlegges, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av lover og forskrifter, jf. helsetilsynsloven § 3. Plikten til å etablere internkontroll er utdypet i forskrift 10. desember 2002 nr. 1731 om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten, gitt med hjemmel i helsetilsynsloven § 7

Statens helsetilsyn har etter helsetilsynsloven § 5 myndighet til å gi pålegg om å rette på forholdene dersom en virksomhet innen helse- og omsorgstjenesten drives på en måte som kan ha skadelige følger for pasienter eller andre, eller på annen måte er uforsvarlig. Myndigheten til å gi pålegg omfatter virksomheter innenfor spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 7-1 og helse- og omsorgstjenesteloven § 12-3 andre ledd. Når det gjelder spesialisthelsetjenester, kan pålegget innebære ikke bare endringer i driftsforholdene, men stenging av hele eller deler av helseinstitusjonen. Pålegg om endringer overfor spesialisthelsetjenesten er enkeltvedtak og kan påklages etter reglene i forvaltningsloven til Arbeids- og sosialdepartementet, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 7-1 tredje ledd.

Tannhelsetjenesteloven har ikke tilsvarende bestemmelser om pålegg, men det antas at den generelle hjemmelen i helsetilsynsloven § 5 også kan gis anvendelse på offentlig og privat tannhelsevirksomhet.

5.20.2.2 *Departementets vurdering og forslag*

Departementet finner at gjeldende bestemmelser om tilsyn med tannhelsetjenester bør bringes i samsvar med de generelle reglene om statlig tilsyn med kommunesektoren og harmoniseres med tilsynsbestemmelsene i helse- og omsorgstjenesteloven § 12-3. Etter departementets vurdering er det ikke grunn til å videreføre innholdet i bestemmelsene i tannhelsetjenesteloven §§ 4-1 tredje ledd og 6-2 tredje som tillegger fylkestannlegen tilsynsoppgaver overfor den offentlige tannhelsetjenesten og privat tannhelsevirksomhet. Det å delegere myndighet fra et statlig, uavhengig tilsyn til ledelsen av en kommunal virksomhet som selv er gjenstand for tilsynet, strider mot de prinsipper om uavhengighet som er lagt til grunn i tilsvarende lovgivning. Videre forutsettes det at kommunen selv følger opp at avtaler den inngår med private tjenesteytere overholdes. Siden det er et avtalebasert system som ligger til grunn for samarbeid med private ytere av tannhelsetjenester, kan departementet ikke se at det er nødvendig med en egen lovbestemmelse som pålegger kommunen å føre tilsyn med privat avtalevirksomhet. Departementet kjenner heller ikke til at bestemmelsene i tannhelsetjenesteloven §§ 4-1 og 6-2 har vært praktisert. Bestemmelsene anses uansett ikke lenger å ha noen selvstendig betydning utover de generelle reglene i helsetilsynsloven.

5.20.2.3 *Økonomiske og administrative konsekvenser*

Forslaget innebærer en videreføring av gjeldende rett og har ingen økonomiske eller administrative konsekvenser. Det legges til grunn at tilsynsoppgavene for Statens helsetilsyn og Fylkesmannen ikke vil bli nevneverdig større som følge av noen flere kommuneplikter når det gjelder tannhelsetjenester, enn i forhold til det tilsynet som føres med den fylkeskommunale tannhelsetjenesten i dag.

5.21 Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven

Som det fremgår av punkt 5.5.2, foreslår departementet at pasienter og brukeres rettigheter til tannhelsehjelp fra kommunen reguleres i pasient- og brukerrettighetsloven, sammen med klageregler, rett til individuell plan mv. Gjeldende rettighetsbestemmelser i tannhelsetjenesteloven må derfor gjennomgå og vurderes opp mot aktuelle rettighetsbestemmelser i pasient- og brukerrettighetsloven, på samme måte som i forhold til helse- og omsorgstjenesteloven når det gjelder reguleringen av kommunens fremtidige plikter for tannhelsetjenester. Med unntak av pasient- og brukerombudsordningen, gjelder allerede de prosessuelle bestemmelsene i pasient- og brukerrettighetsloven for tannhelsehjelp som ytes av fylkeskommunen eller av private tjenesteytere.

5.21.1 Virkeområde og definisjoner

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

5.21.1.1 Gjeldende rett

Det følger av pasient- og brukerrettighetsloven § 1-2 første ledd at loven gjelder for alle som oppholder seg i riket. Kongen kan i forskrift gjøre unntak fra lovens kapittel 2 (rett til helse- og omsorgstjenester og transport) for personer som ikke er norske statsborgere eller som ikke har fast opphold i riket. Slike unntak er fastsatt i forskrift 16. desember 2011 nr. 1255 om rett til helse- og omsorgstjenester til personer uten fast opphold i riket. Personkretsen er nærmere omtalt under punkt 5.21.2.1 nedenfor.

I likhet med den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten, inngår "tannhelsetjenesten" i definisjonen av begrepet "helse- og omsorgstjenesten" i pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3 bokstav d. Begrepet omfatter også private tilbydere av helse- og omsorgstjenester. Betydningen av dette er i første rekke at de prosessuelle rettighetene knyttet til medvirkning, informasjon, samtykke og innsyn i pasientjournal i lovens kapittel 3, 4 og 5 også gjelder for pasienter som mottar tannbehandling fra den fylkeskommunale tannhelsetjenesten eller fra private tjenesteytere.

5.21.1.2 Departementets vurdering og forslag

Departementet legger til grunn at oppgaveoverføringen vil medføre at tannhelsetjenester blir en del av den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Begrepet "tannhelsetjenesten" i pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3 bokstav d vil derfor ikke lenger ha selvstendig betydning og anses dermed overflødig.

5.21.1.3 Forslag til lovregulering

Departementet foreslår følgende endring i pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3 bokstav d (endringer i kursiv):

"I loven her menes med

[...]

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

Det vises i sin helhet til lovforslaget under punkt 10.

5.21.1.4 Økonomiske og administrative konsekvenser

Forslaget er en endring av rent teknisk art og har ingen økonomiske eller administrative konsekvenser.

5.21.2 Rett til nødvendig tannhelsehjelp fra kommunen

Kapittel 2 i pasient- og brukerrettighetsloven inneholder bestemmelser om rett til helse- og omsorgstjenester og transport.

5.21.2.1 Gjeldende rett

Helse- og omsorgstjenesteloven

Helse- og omsorgstjenesteloven inneholder ingen bestemmelser som gir individuelle rettigheter til helse- og omsorgstjenester. Mens tannhelsetjenesteloven har egne

rettighetsbestemmelser, er rettigheter til kommunale helse- og omsorgstjenester i sin helhet regulert av pasient- og brukerrettighetsloven.

Pasient- og brukerrettighetsloven

Den fylkeskommunale tannhelsetjenesten faller inn under definisjonen av "helse- og omsorgstjenesten" i pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3 bokstav d, og omfattes dermed av pasient- og brukerrettighetsloven. Retten til nødvendige helse- og omsorgstjenester etter pasient- og brukerrettighetsloven §§ 2-a og 2-1 b er imidlertid eksplisitt avgrenset til å gjelde henholdsvis helse- og omsorgstjenester fra kommunen og helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten.

Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 a omhandler rett til nødvendig hjelp fra kommunens helse- og omsorgstjeneste. Pasient og bruker har rett til øyeblikkelig hjelp fra kommunen, jf. § 2-1 a første ledd som henviser til kommunens øyeblikkelig hjelp-plikt i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-5. Det følger videre av § 2-1 a andre ledd at pasient og bruker har rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester fra kommunen.

Pasient og bruker har etter § 2-1 a tredje ledd rett til et verdig tjenestetilbud i samsvar med kravet til forsvarlige tjenester i helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 første ledd bokstav b. For øvrig følger det av § 2-1 a fjerde ledd at kommunen skal gi den som søker eller trenger helse- og omsorgstjenester, de helse- og behandlingsmessige opplysninger vedkommende trenger for å ivareta sin rett. Bestemmelsen i § 2-1 a femte ledd gir hjemmel for å gi forskrifter om hva som skal anses som helse- og omsorgstjenester som pasient og bruker kan ha rett til. Slik forskrift er ikke gitt.

Når det gjelder hvem som har rettigheter etter pasient- og brukerrettighetsloven, slår § 1-2 første ledd fast at loven gjelder for alle som oppholder seg i riket. Kongen kan i forskrift gjøre unntak fra lovens kapittel 2 for personer som ikke er norske statsborgere eller ikke har fast opphold i riket. Slike unntak er fastsatt i forskrift 16. desember 2011 nr. 1255 om rett til helse- og omsorgstjenester for personer uten fast opphold i riket. Forskriften innsnevrer rettighetene noe i forhold til det som ellers følger av hovedregelen i pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 a. Forskriften presiserer for det første hvilke personer som har såkalte fulle rettigheter til helsehjelp etter pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 2. Videre klargjør forskriften rettigheter for personer uten fast opphold i riket, enten dette er lovlig eller ulovlig. Forskriften er begrenset til å omfatte rettigheter til helse- og omsorgstjenester fra kommunen og spesialisthelsetjenesten. Forskriften regulerer ikke rettigheter til tannhelsehjelp. Retten til nødvendig tannhelsehjelp følger i sin helhet av tannhelsetjenesteloven og ikke av kapittel 2 i pasient- og brukerrettighetsloven.

Tannhelsetjenesteloven

Retten til nødvendig tannhelsehjelp etter tannhelsetjenesteloven er forbeholdt bestemte persongrupper. Alle nevnt i tannhelsetjenesteloven § 1-3 har rett til nødvendig tannhelsehjelp i den fylkeskommune der de bor eller midlertidig oppholder seg, jf. § 2-1 første ledd. Det vil si at det er den fylkeskommune der pasienten til enhver tid oppholder seg, som skal oppfylle rettighetene. Med "alle" menes i første rekke de lovpålagte gruppene i § 1-3 første

ledd bokstav a til d. I tillegg omfattes eventuelle andre grupper som fylkeskommunen har vedtatt å prioritere etter § 1-3 første ledd bokstav e. Voksne som ikke omfattes av bokstav a til e og som mottar tannhelsetjenester mot betaling, har bare rett til nødvendig tannhelsehjelp i den grad fylkeskommunen er pålagt å yte tjenester til denne delen av befolkningen i visse geografiske områder uten et tilstrekkelig privat tannhelsetilbud, jf. forskrift fastsatt i medhold av bestemmelsen i tannhelsetjenesteloven § 1-3 tredje ledd andre punktum. Retten til tannhelsehjelp gjelder i praksis overfor den fylkeskommune hvor vedkommende til enhver tid oppholder seg, uavhengig av hvilket fylke vedkommende har sitt bosted.

Retten til nødvendig tannhelsehjelp korresponderer med fylkeskommunens plikt til å gi et regelmessig og oppsøkende tilbud til bestemte persongrupper. Fylkeskommunen skal sørge for at personer med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven gis tilbud om nødvendig tannhelsehjelp. Dette omfatter både et oppsøkende og regelmessig tannhelsetilbud, akutt tannbehandling og spesialisttannhelsetjenester.

Begrepet "nødvendig tannhelsehjelp" må tolkes slik at det gir krav på nødvendig hjelp med en forsvarlig standard, basert på en individuell faglig vurdering av behov. Omfang og nivå på hjelpen må derfor vurderes konkret. Det er imidlertid en minstestandard som fylkeskommunen ikke kan gå under med henvisning til dårlig økonomi. I Ot.prp. nr. 49 (1982-83) er det påpekt at det rettskravet en pasient vil ha overfor fylkeskommunen ikke kan være ubegrenset. I spesialmerknadene til tannhelsetjenesteloven § 2-1 heter det blant annet:

"Hvor langt fylkeskommunens plikt strekker seg må bedømmes konkret etter forholdene i den enkelte fylkeskommune. Det er nødvendig hjelp som kan kreves. Og fylkeskommunens plikt vil være begrenset til det som økonomi, tilgang på tannhelsepersonell og utstyr gjør mulig. Fylkeskommunen plikter å holde en tannhelsetjeneste av odontologisk forsvarlig standard."

Departementet har i Rundskriv I-16/2000 utdypet hva som ligger i begrepet "nødvendig tannhelsehjelp". Videre har Helsedirektoratet i 2011 gitt ut Veileder IS-1589 *God klinisk praksis i tannhelsetjenesten – veileder i bruk av faglig skjønn ved nødvendig tannbehandling* som tar utgangspunkt i direktoratets definisjon av akseptabel oral helse. Denne definisjonen innebærer at pasienten ikke har smerter, ubehag eller alvorlige lidelser, tilfredsstillende tyggefunksjon og evne til å kommunisere og ha sosial omgang uten problemer som skyldes tennene.

I tillegg til de persongruppene som er omfattet av bestemmelsene i tannhelsetjenesteloven § 1-3, har departementet gjennom retningslinjer i rundskriv lagt til grunn at også personer med rusavhengighet og fengselsinnsatte anses å ha tilsvarende rett til nødvendig tannhelsehjelp fra fylkeskommunen på bakgrunn av Stortingets budsjettvedtak og bevilgninger til disse formålene.

Det fremgår av tannhelsetjenesteloven § 2-1 andre ledd at den offentlige tannhelsetjenesten skal gi den som søker eller trenger tannhelsehjelp de opplysninger vedkommende trenger for å ivareta sin rett, og se til at det ikke påføres unødige utgifter, tap, tidsspille eller uleilighet.

Av tannhelsetjenesteloven § 2-1 tredje ledd følger at forvaltningslovens regler ikke gjelder for vedtak om tildeling av nødvendig tannhelsehjelp etter denne paragrafen.

5.21.2.2 Departementets vurdering og forslag

Selv om tannhelsetjenesten omfattes av definisjonen av "helse- og omsorgstjenesten" i pasient- og brukerrettighetsloven, gjelder ikke reglene i kapittel 2 for tannhelsetjenester. Det følger direkte av ordlyden i de enkelte bestemmelsene i lovens kapittel 2 at retten til nødvendige helse- og omsorgstjenester er avgrenset til å omfatte kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenester.

Spørsmålet er hvordan rettighetsbestemmelser knyttet til tannhelsetjenester bør utformes ved plassering i pasient- og brukerrettighetsloven, uten at det får utilsiktede rettsvirkninger.

Utgangspunktet for departementets vurdering er at gjeldende rett bør videreføres ved at rettigheter til nødvendig tannhelsehjelp, herunder akutt tannhelsehjelp, er foreholdt de persongruppene som kommunen har ansvar for å gi et tilbud til.

Ved plassering av kommunale tannhelsetjenester i pasient- og brukerrettighetsloven, vil bestemmelsen om rett til øyeblikkelig hjelp i § 2-1 a første ledd uten videre omfatte akutt tannhelsehjelp. Bestemmelsen henviser til kommunens plikt til å yte øyeblikkelig hjelp etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-5 som er nærmere omtalt under punkt 5.13.2. På samme måte vil kommunale tannhelsetjenester i utgangspunktet bli omfattet av bestemmelsen om rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester i pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 a andre ledd, slik den står.

Som følge av at retten til nødvendig tannhelsehjelp, herunder retten til akutt tannhelsehjelp, ikke er universell for alle som oppholder seg i kommunen, er det imidlertid behov for å ta inn en særregel i pasient- og brukerrettighetsloven som synliggjør at disse rettighetene fortsatt vil være forbeholdt bestemte persongrupper. Det vises til forslaget til særregel i ny § 3-2 b i helse- og omsorgstjenesteloven om lovfesting av kommunens ansvar for å gi et regelmessig og oppsøkende tannhelsetilbud til bestemte grupper i befolkningen, jf. punkt 5.9.12. Som tidligere nevnt, korresponderer retten til nødvendig tannhelsehjelp med plikten til å gi et regelmessig og oppsøkende tannhelsetilbud.

Departementet foreslår på denne bakgrunn at det tas inn en ny § 2-1 f i pasient- og brukerrettighetsloven som regulerer rettigheter til tannhelsehjelp fra kommunen. Etter departementets vurdering bør bestemmelser som gir individuelle rettigheter ideelt sett utformes så detaljert at det er mulig for pasienten å gjøre seg kjent med sine rettigheter uten å måtte gå til annen lovgivning. Dette har også betydning for muligheten til å nyttiggjøre seg klageadgang. Det kan derfor hevdes at rettighetsbestemmelsen i pasient- og brukerrettighetsloven bør speile innholdet i pliktbestemmelsen i helse- og omsorgstjenesteloven i størst mulig grad. Departementet finner det imidlertid ikke hensiktsmessig å "kopiere" hele lovteksten i forslaget til ny § 3-2 b i helse- og omsorgstjenesteloven inn i pasient- og brukerrettighetsloven, siden dette vil medføre unødig dobbeltregulering. I forslaget til ny § 2-1 f anses det tilstrekkelig å ta inn en

generell henvisning til persongruppene som vil bli omfattet av pliktbestemmelsen i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 b. I forslaget til § 2-1 f benyttes det innarbeidede begrepet "nødvendig tannhelsehjelp" som etter sikker rett også omfatter tannbehandling ved akutte behov.

Når det gjelder forholdet til bestemmelsene i pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 a første og andre ledd, finner departementet det nødvendig å ta inn en presisering i et nytt tredje ledd i § 2-1 a om at rettigheter til kommunale tannhelsetjenester er regulert i forslaget til ny § 2-1 f. Det vil si at pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 a første og andre ledd ikke gis anvendelse på tannhelsetjenester. Dette unntaket anses nødvendig for å unngå utilsiktede rettsvirkninger. Forslaget betyr blant annet at tannhelsetjenester ikke uten videre vil bli omfattet av forskrift 16. desember 2011 nr. 1255 om rett til helse- og omsorgstjenester til personer uten fast opphold i riket. Forskriften regulerer i dag ikke rettigheter til tannhelsehjelp for personer uten fast opphold i riket.

Det foreslås å ta inn en bestemmelse i § 2-1 f om at kommunen skal gi den som søker eller trenger tannhelsetjenester, de helse- og behandlingmessige opplysninger vedkommende trenger for å ivareta sin rett. Bestemmelsen tilsvarende den generelle bestemmelsen i § 2-1 a fjerde ledd, men er nødvendig for å gjøre det tydelig at pasienter som har rettigheter til tannhelsehjelp skal ha de samme rettigheter til informasjon som andre. Det øvrige innholdet i tannhelsetjenesteloven § 2-1 dekkes av bestemmelsen i helsepersonelloven § 6 som pålegger helsepersonell en plikt til å sørge for at helsehjelpen ikke påfører pasienter, helseinstitusjon, trygden eller andre unødvendig tidstap eller utgift ("sparsomhetsbestemmelsen").

Bestemmelsen i tannhelsetjenesteloven § 2-1 tredje ledd som avskjærer forvaltningslovens anvendelse på vedtak om tildeling av nødvendig tannhelsehjelp, foreslås heller ikke videreført. Som følge av at retten til nødvendig tannhelsehjelp foreslås regulert i pasient- og brukerrettighetsloven, vil i stedet reglene i pasient- og brukerrettighetsloven § 2-7 komme til anvendelse.

5.21.2.3 Forslag til lovregulering

Departementet foreslår at det i pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 a tas inn et nytt tredje ledd med følgende ordlyd:

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

Videre foreslås at det tas inn en ny bestemmelse i § 2-1 f i pasient- og brukerrettighetsloven med følgende ordlyd:

"§ 2-1 f. Rett til nødvendig tannhelsehjelp fra kommunens helse- og omsorgstjeneste
Pasient og bruker som omfattes av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 b har rett til et regelmessig og oppsøkende tilbud fra kommunen, herunder nødvendig tannhelsehjelp. Kommunen skal gi den som søker eller trenger tannhelsetjenester, de helse- og behandlingmessige opplysninger vedkommende trenger for å ivareta sin rett."

Det vises i sin helhet til lovforslaget under punkt 10.

5.21.2.4 *Økonomiske og administrative konsekvenser*

Forslaget innebærer i hovedsak en videreføring og klargjøring av gjeldende rett og en kodifisering av gjeldende praksis når det gjelder rettigheter for personer med rusavhengighet og innsatte i fengsler i kriminalomsorgen. Det vises derfor i sin helhet til omtalen av økonomiske og administrative konsekvenser knyttet til forslaget til lovfesting av kommunens ansvar for tannhelsetjenester til bestemte grupper i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 b, jf. punkt 5.9.13.

5.21.3 Rett til individuell plan

5.21.3.1 *Gjeldende rett*

Av pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5 følger at pasient og bruker som har behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester, har rett til å få utarbeidet individuell plan i samsvar med bestemmelsene i helse- og omsorgstjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven og lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern. Bestemmelsen i § 2-5 viser til lovbestemmelsene som pålegger kommunene og spesialisthelsetjenesten tilsvarende plikt til å utarbeide individuell plan innenfor sine ansvarsområder. Bestemmelsen i § 2-5 viser ikke til tannhelsetjenesteloven siden det ikke finnes noen korresponderende bestemmelse i tannhelsetjenesteloven som pålegger fylkeskommunen plikt til å utarbeide individuell plan ved behov for tannhelsetjenester. Retten etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5 er dermed begrenset til somatiske og psykiatriske tjenester som ytes av kommunen og spesialisthelsetjenesten etter de tre nevnte lovene.

5.21.3.2 *Departementets vurdering og forslag*

Det vises til omtalen under punkt 5.17 av kommunens plikt til å utarbeide individuell plan etter helse- og omsorgstjenesteloven. Forslaget om rettslig forankring av kommunens ansvar for tannhelsetjenester i helse- og omsorgstjenesteloven medfører at pasienter med rett til tannhelsetjenester og som har behov for slike tjenester, vil kunne utgjøre en del av det samlede tjenestebehovet som kan utløse en rett for pasienten til individuell plan etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5. Departementet legger likevel til grunn at behovet for tannbehandling vanligvis ikke vil være av et slikt omfang at det alene utløser en rett til individuell plan.

5.21.3.3 *Økonomiske og administrative konsekvenser*

Forslaget må ses i sammenheng med forslaget om kommunens plikt til å utarbeide en individuell plan som også er nytt i forhold til gjeldende rett. Pasienten og brukerens behov for tannhelsetjenester vil med dette inngå som en del av grunnlaget for utarbeiding av individuell plan, under forutsetning av at pasienten har rettigheter til tannhelsetjenester fra kommunen. Behovet for tannhelsetjenester vil imidlertid vanligvis ikke i seg selv medføre rettigheter til å få utarbeidet en individuell plan. Kommunens plikter etter loven blir dermed ikke nødvendigvis utvidet som følge av forslaget.

5.21.4 Rett til syketransport

Det vises i sin helhet til punkt 5.19.3.

5.21.5 Forvaltningslovens anvendelse

Det vises i sin helhet til punkt 5.7.2.

5.21.6 Barns rett til helsekontroll

Kapittel 6 i pasient- og brukerrettighetsloven inneholder bestemmelser om barns særlige rettigheter. Dette gjelder blant annet rett til helsekontroll og rettigheter knyttet til opphold i helseinstitusjon.

5.21.6.1 Gjeldende rett

Retten til nødvendig helsehjelp fra kommunen i pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 a, gjelder for "pasienter" og "brukere". Disse begrepene er definert i loven § 1-3 bokstav a og f, og vil kunne omfatte barn og unge under 18 år. I tillegg til den generelle retten til nødvendig helsehjelp som følger av § 2-1 a, følger det av pasient- og brukerrettighetsloven § 6-1 første ledd at barn har rett til nødvendig helsehjelp også i form av helsekontroll i den kommune der barnet bor eller midlertidig oppholder seg, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2. Med "barn" i denne sammenheng menes personer under 18 år. Foreldrene plikter å medvirke til at barnet deltar i helsekontroll, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 6-1 andre ledd.

Rettigheten etter pasient- og brukerrettighetsloven § 6-1 er begrenset til helsekontroll etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2. Begrepet "helsekontroll" er ikke nærmere definert i helse- og omsorgstjenesteloven eller i forskrifter til loven. Selv om henvisningen til § 3-2 er generell, er det først og fremst kommunens ansvar etter § 3-2 første ledd nr. 1 bokstav a og b om helsefremmende og forebyggende tjenester, herunder helsetjeneste i skoler og helsestasjonsvirksomhet, som er relevant i denne sammenheng.

Skolehelsetjeneste og helsestasjonsvirksomhet er nærmere regulert i forskrift 3. april 2003 nr. 450 om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Det følger av forskriften § 2-1 første ledd at kommunen skal tilby gravide å gå til svangerskapskontroll i tilknytning til helsestasjon. Helsestasjonen skal også bistå med veiledning til foreldrene i barseltiden, jf. departementets merknader til forskriften. Videre skal kommunen tilby helsestasjons- og skolehelsetjenester til barn og ungdom 0-20 år. For barn og ungdom inntil 20 år pålegger forskriften § 2-3 andre ledd kommunen blant annet å tilby helseundersøkelser, rådgivning samt individuell og grupperettet veiledning, hjemmebesøk og oppsøkende virksomhet. Sentrale temaer i opplysnings- og veiledningsvirksomheten er blant annet barnestell, kosthold og tannhelse. I tillegg skal tilbudet omfatte samarbeid med skole om psykososiale tiltak mv., samarbeid om habilitering av barn og ungdom med spesielle behov samt informasjon om og tilbud om deltakelse i barnevaksinasjonsprogrammet. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal ha rutiner for samarbeid med blant annet fastleger, andre kommunale tjenester, tannhelsetjenesten og fylkeskommunen, jf. forskriften § 2-1 tredje ledd.

Bestemmelsene i pasient- og brukerrettighetsloven § 6-1 ble opprinnelig tatt inn i kommunehelsetjenesteloven § 2-2 i forbindelse med ny lov om barnevernstjenester som

trådte i kraft 1. januar 1993. Bakgrunnen for forslaget er beskrevet i Ot.prp. nr. 44 (1991-92) *Om lov om barnevernstjenester (barnevernloven)* punkt 4.3 side 30:

"Etter kommunehelsetjenesteloven § 2-1 (Rett til helsehjelp) har enhver rett til nødvendig helsehjelp i den kommune der vedkommende bor eller midlertidig oppholder seg. Etter samme lov § 1-3 er helsestasjonsvirksomhet en obligatorisk oppgave for kommunehelsetjenesten.

For å forebygge mishandling og omsorgssvikt overfor barn, mener Barne- og familiedepartementet det er viktig å markere barns rett til helsekontroll og foreldrenes plikt til å medvirke til at barnet deltar i slik kontroll. Departementet foreslår derfor at det inntas en ny § 2-2 i kommunehelsetjenesteloven der det presiseres at barn har rett til nødvendig helsehjelp også i form av helsekontroll, og der foreldrenes medvirkningsplikt er uttrykkelig nevnt."

I pasientrettighetsloven som trådte i kraft 1. januar 2001, ble det tatt inn en henvisning til kommunehelsetjenesteloven § 2-2 første ledd i pasientrettighetsloven § 6-1. Begrunnelsen var å få en mest mulig fullstendig oversikt over barns særlige rettigheter i helsetjenesten, jf. Ot.prp. nr. 12 (1998-99) *Om lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven)* punkt 8.5.2 side 97 og spesialmerknadene side 137. Henvisningen i pasientrettighetsloven § 6-1 ble videreført ved helse- og omsorgstjenesteloven som trådte i kraft 1. januar 2012.

5.21.6.2 *Departementets vurdering og forslag*

Bestemmelsene i pasient- og brukerrettighetsloven § 6-1 omfatter i dag ikke tannhelseundersøkelser som inngår som en del av det regelmessige og oppsøkende tannhelsetilbudet som fylkeskommunen er pålagt å gi til barn og unge. Barn og unge har allerede rettigheter til et slikt tannhelsetilbud etter tannhelsetjenesteloven og denne rettigheten vil bli videreført i pasient- og brukerrettighetsloven ved overføringen av ansvaret for tannhelsetjenester til kommunen. Bestemmelsen i § 6-1 vil derfor ikke få selvstendig betydning når det gjelder barnets rett til tannhelseundersøkelse.

Gjennom henvisningen til helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2, vil imidlertid bestemmelsen i pasient- og brukerrettighetsloven § 6-1 automatisk innebære at foreldrenes plikt til å medvirke til at barnet deltar i helsekontroll, utvides til å omfatte tannhelseundersøkelser. Departementet ser det som viktig at foreldrene også kan pålegges å medvirke til at barnet møter opp ved innkallinger til regelmessige tannhelseundersøkelser, det vil si at denne plikten ikke er begrenset til kontroller ved helsestasjon mv.

I høringsrunden til forslaget om ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, jf. Prop. 91 L (2010-2011) punkt 29.8 side 349-350, etterlyste Helsedirektoratet og Norsk Sykepleierforbund (NSF) sanksjonsmuligheter når foreldre unnlater å møte til helsekontroll med barnet. NSF viste blant annet til at per i dag kan ikke helsestasjonen kreve bekreftelse på om foreldrene har foretatt helsekontroll andre steder, og har dermed begrenset mulighet for å vurdere behov for eventuelt bekymringsmelding til barnevernet. I Prop. 91 L (2010-2011) foreslo departementet ikke å innføre sanksjonsmuligheter overfor foreldre som unnlater å medvirke til barns helsekontroll. Departementet understreket imidlertid at helsetjenesten må vurdere om barnevernet skal underrettes dersom det er grunnlag for det.

Departementet vil for øvrig presisere at det er viktig at helsepersonell kommer i posisjon til å hjelpe barn og foresatte og å finne frem til utsatte barn så tidlig som mulig. Samtidig er det etter departementets vurdering tvilsomt om innføring av sanksjoner og nye plikter overfor foresatte vil gi ønsket effekt, det vil si at de vil føre til at foreldre i større grad enn i dag vil medvirke til at barna deltar i helsekontroll. Det er i tillegg flere juridiske og praktiske utfordringer knyttet til oppfølging av eventuelle sanksjoner og nye plikter overfor foresatte.

5.21.6.3 Økonomiske og administrative konsekvenser

Forslaget innebærer en lovfesting av foreldres plikt til å medvirke til at barnet møter opp til regelmessige tannhelseundersøkelser. En slik plikt følger allerede av innholdet i foreldreansvaret, jf. reglene i barneloven §§ 30 flg., og innebærer derfor kun en presisering av gjeldende rett. Mislighold av plikten foreslås ikke sanksjonert. Forslaget har ikke økonomiske og administrative konsekvenser.

5.21.7 Klage

Kapittel 7 i pasient- og brukerrettighetsloven inneholder bestemmelser om klage og anmodning om mulig pliktbrudd.

5.21.7.1 Gjeldende rett

Pasient- og brukerrettighetsloven

Pasient- og brukerrettighetsloven § 7-2 slår fast at pasient eller bruker eller dennes representant som mener at bestemmelsene i kapitlene 2, 3 og 4, samt § 5-1, § 6-2 og § 6-3 er brutt, kan klage til Fylkesmannen. Reglene i kapittel 2 gjelder blant annet rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester fra kommunen og fra spesialisthelsetjenesten. Klagen skal sendes til den som har truffet enkeltvedtaket eller avgjørelsen, og ikke direkte til klageinstansen.

I forbindelse med ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, ble det med virkning fra 1. januar 2012 foretatt en rekke endringer i klagereglene i pasient- og brukerrettighetsloven. Hovedformålet var å harmonisere og forenkle regelverket. Dette er gjort blant annet ved å:

- Samle reglene om klage i én lov (pasient- og brukerrettighetsloven)
- Oppheve ordningen med to klageinstanser etter kommunehelsetjenesteloven av 1982
- Etablere én felles klageinstans for alle kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenester (fylkesmannen)
- I større grad gi de generelle reglene i forvaltningsloven anvendelse ved klagesaksbehandlingen.

Pasient- og brukerrettighetsloven § 7-3 inneholder bestemmelser om klagens form og innhold, herunder krav om skriftlighet mv.

Etter pasient- og brukerrettighetsloven § 7-4 kan pasienten, brukeren eller andre som har rett til det, be tilsynsmyndigheten om en vurdering av forholdet dersom vedkommende mener at plikter fastsatt i eller i medhold av helsepersonelloven,

spesialisthelsetjenesteloven, helse- og omsorgstjenesteloven og tannhelsetjenesteloven er brutt til ulempe for seg.

Ved Stortingets behandling av Prop. 100 L (2012-2013) *Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven mv. (styrking av pasienters, brukeres og pårørendes stilling m.m.)*, jf. Innst. 314 L (2012-2013), ble det vedtatt en rekke endringer i § 7-4 som trådte i kraft 1. januar 2014. Endringene innebærer blant annet at retten til anmodning også skal gjelde for systemfeil og ikke bare individfeil hos det enkelte helsepersonell, slik loven hittil har lagt opp til. Det innebærer at i tillegg til plikter etter helsepersonelloven, kan også anmodningen omfatte mulige brudd på den aktuelle tjenesteloven, for eksempel brudd på fylkeskommunens plikter etter tannhelsetjenesteloven. Det er fastsatt egne bestemmelser om saksbehandling ved anmodning om vurdering av mulig pliktbrudd, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 7-4 a. Reglene om klage i kapittel 7 kommer derfor ikke til anvendelse på slike anmodninger.

Fristen for å klage etter pasient- og brukerrettighetsloven er fire uker, jf. § 7-5. Fristen er dermed lenger enn den alminnelige klagefristen etter forvaltningsloven som er tre uker. Denne særregelen har sin bakgrunn i opphevingen av § 7-1 som regulerte adgangen til å be om anmodning om oppfyllelse av helsehjelpen, hvor fristen var fire uker, mens klagefristen til helsetilsynet i fylket var tre uker. Klagefristen etter § 7-5 ble derfor satt til fire uker for å kompensere for bortfallet av bestemmelsen i § 7-1.

Pasient- og brukerrettighetsloven § 7-6 regulerer forvaltningslovens anvendelse i klagesaker etter loven. Utgangspunktet er at forvaltningslovens regler om enkeltvedtak og klage gjelder "så langt de passer". Bestemmelsen i § 7-6 første ledd presiserer klageinstansens kompetanse i tråd med de begrensninger som følger av forvaltningsloven. Fylkesmannen skal ved prøving av kommunale vedtak om helsetjenester legge vekt på hensynet til det kommunale selvstyret ved prøving av det frie skjønn, jf. forvaltningsloven § 34 andre ledd tredje punktum. For øvrige kommunale vedtak skal klageinstansen legge stor vekt på hensynet til det kommunale selvstyre ved prøving av det frie skjønn.

Tannhelsetjenesteloven

Av tannhelsetjenesteloven § 2-3 fremgår at den som ikke får "den hjelp som er bestemt i denne lov og godkjent plan", kan påklage avgjørelsen til det organ fylkeskommunen bestemmer. Klagen skal fremsettes for det organ som fylkeskommunen bestemmer. Går avgjørelsen klager imot eller avvises klagen, kan det klages videre til fylkesmannen. Det betyr at det etter tannhelsetjenesteloven er en totrinns klageordning. Dette er en utvidelse i forhold til det generelle systemet etter forvaltningsloven med ett trinns klageordning. Dagens klageordning etter tannhelsetjenesteloven er lik ordningen etter kommunehelsetjenesteloven av 1982 som ikke ble videreført med ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, men erstattet av nye klageregler i pasient- og brukerrettighetsloven. Etter forvaltningsloven skal klagen fremsettes for det organ som har truffet vedtaket (førsteinstansen), og ikke for et eget organ som fylkeskommunen bestemmer (første klageinstans).

Av forarbeidene til tannhelsetjenesteloven fremgår at bestemmelsen i § 2-3 gjelder i stedet for forvaltningslovens regler om klage, uten at dette er begrunnet nærmere. Det synes imidlertid klart at forvaltningsloven kommer til anvendelse og supplerer dagens klageregler i tannhelsetjenesteloven. Det vises til Sosialdepartementets uttalelser i St.meld. nr. 36 (1989-90) *Røynsler med lova om helsetenesta i kommunane* punkt 8.2.5 side 113, vedrørende den tilsvarende bestemmelsen om klageordning i § 2-4 i kommunehelsetjenesteloven av 1982.

Klageadgangen etter tannhelsetjenesteloven er forbeholdt pasienter som har rettigheter til nødvendig tannhelsehjelp etter tannhelsetjenesteloven § 2-1. Det man kan klage over er at man ikke får oppfylt sin rett til nødvendig hjelp av rimelig standard, jf. Ot.prp. nr. 49 (1982-1983).

Fristen for å klage etter tannhelsetjenesteloven er tre uker, jf. § 2-1 andre ledd. Dette er i samsvar med den generelle klagefristen i forvaltningsloven, men kortere enn klagefristen på fire uker etter pasient- og brukerrettighetsloven.

5.21.7.2 Den norske tannlegeforeningens klageordning

I tillegg til de lovfestede klageordningene har Den norske tannlegeforening (NTF) etablert en egen bransjebasert klagenemndsordning for voksne pasienter som mottar tannbehandling i privat praksis og som ikke har rettigheter til nødvendig og vederlagsfri tannhelsehjelp etter tannhelsetjenesteloven. Denne ordningen vil kort bli omtalt i dette kapitlet for å gi et samlet bilde av de eksisterende klageordningene på tannhelsefeltet.

NTF har opprettet en landsdekkende ordning med 21 lokale klagenemnder som behandler klager vedrørende den faglige utførelsen av behandling utført av foreningens medlemmer. Behandling utført av tannleger som ikke er medlem av NTF kan ikke bringes inn for foreningens klagenemnder. Om lag 95 prosent av landets tannleger er medlemmer i NTF. Det finnes også en særskilt klagenemnd for klager på kjeveortopedisk arbeid.

Klagebehandlingen er gratis. Klagenemndene har som oppgave å besvare forespørsler og/eller behandle klager fra publikum på den faglige utførelsen av behandlingen.

Klagenemndas kompetanse er begrenset til saker som fullt ut kan løses ved at klagen underkjennes, honoraret nedsettes eller tilbakeholdes, eller at tannlegen med pasientens samtykke pålegges å korrigere arbeidet eller gjøre det om. Hvis pasienten reiser andre krav enn dette, må saken avvises. Dette innebærer at klagenemndene ikke har kompetanse til å ta stilling til krav om erstatning. Krav om erstatning ved skader i forbindelse med tannbehandling må fremsettes for Norsk Pasientskadeerstatning (NPE).

Tannlegen er bundet av klagenemndas avgjørelse, men kan anke den inn for NTFs sentrale ankenemnd. Pasienten er ikke bundet av avgjørelsen og kan velge å bringe saken inn for NPE eller de ordinære domstoler.

Klagenemndenes kompetanse er begrenset til saker som beløpsmessig ligger under grensen for de saker NPE behandler. Fra 1. januar 2016 er denne grensen økt fra 5000 kroner til 10 000 kroner.

Antall saker som realitetsbehandles i klagenemndene er vesentlig redusert etter at private helsetjenester også ble omfattet av NPE i 2009. NTFs regler for de lokale klagenemndene

ble som følge av dette endret i 2009. Klagenemndenes viktigste funksjon i dag er å være et konfliktforebyggende organ som skal gi informasjon om tannbehandling til publikum og bidra i dialogen mellom behandlende tannlege og pasient.

Klagenemndene behandlet i 2015 kun et mindre antall klagesaker som resulterte i vedtak, men mottok omtrent 200 pasienthenvelser totalt, der klagenemndene bidro i dialogen mellom pasient og tannlege.

5.21.7.3 *Departementets vurdering og forslag*

De lovfestede klageordningene for tannhelsetjenester følger i dag av tannhelsetjenesteloven og pasient- og brukerrettighetsloven. Klage over manglende oppfyllelse av prosessuelle rettigheter i forbindelse med ytelse av helse- og omsorgstjenester (rett til medvirkning, informasjon, samtykke og journalinnsyn) er i sin helhet regulert i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 7, og gjelder både tannhelsetjenester som ytes av offentlig og privat virksomhet.

Klage over manglende oppfyllelse av materielle rettigheter til helse- og omsorgstjenester er etter ordlyden i pasient- og brukerrettighetsloven § 7-2 første ledd begrenset til å omfatte rettigheter etter lovens kapittel 2. Rettigheter til nødvendig tannhelsehjelp reguleres i dag i sin helhet av tannhelsetjenesteloven og ikke av reglene i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 2. Det har imidlertid ikke vært sondret skarpt mellom klage etter henholdsvis tannhelsetjenesteloven og pasient- og brukerrettighetsloven. Det betyr i praksis at pasienter ikke har vært avskåret fra å klage direkte til fylkesmannen etter reglene i pasient- og brukerrettighetsloven over manglende oppfyllelse av retten til tannhelsehjelp. Undersøkelser foretatt av Statens helsetilsyn viser at klageadgangen etter tannhelsetjenesteloven gjennomgående har vært lite benyttet i forhold til klageadgangen etter pasient- og brukerrettighetsloven, jf. St.meld. nr. 35 (2006-2007) *Tilgjengelighet, kompetanse og sosial utjevning – Framtidas tannhelsetjeneste* punkt 13.1.3 side 126.

I motsetning til det som gjelder for andre kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenester, er det dermed fortsatt et tosporet system for tannhelsetjenester. Spørsmålet om hvilken lov som skal få anvendelse i det enkelte tilfelle, beror i hovedsak på om klagen dreier seg om materielle eller prosessuelle rettigheter. Departementet finner at dette er et kunstig skille. Klageordningen etter tannhelsetjenesteloven bryter dessuten med systemet etter forvaltningsloven som klageordningen etter pasient- og brukerrettighetsloven bygger på. Når klageinstansen er felles for alle helse- og omsorgstjenester (fylkesmannen), er det i tillegg uheldig om man skulle operere med ulike klagefrister avhengig av hvilke tjenester det dreier seg om. Klagereglene for tannhelsetjenester bør derfor harmoniseres med klagereglene i pasient- og brukerrettighetsloven, slik at det blir mest mulig like klageregler for alle helse- og omsorgstjenester. Dette vil innebære en forenkling av regelverket og gi større forutsigbarhet for den enkelte pasient og bruker.

Departementets forslag om lovfesting av rettigheter til nødvendig tannhelsehjelp fra kommunen i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 2, vil automatisk medføre at pasienten får klagerett etter pasient- og brukerrettighetsloven, jf. § 7-2 første ledd. Klageadgangen vil være forbeholdt pasienter innenfor de gruppene som har rettigheter til

nødvendig tannhelsehjelp. Fylkesmannen skal ved prøving av vedtak om tildeling av tannhelsetjenester legge vekt på hensynet til det kommunale selvstyret ved prøving av det frie skjønn, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 7-6 første ledd andre punktum.

5.21.7.4 *Forslag til lovregulering*

Som følge av oppgaveoverføringen og valg av lovstruktur med innpassing av tannhelsetjenester i helse- og omsorgstjenesteloven, foreslår departementet at henvisningen til "tannhelsetjenesteloven" tas ut av bestemmelsen i pasient- og brukerrettighetsloven § 7-4 første ledd, slik at den lyder (endringer i kursiv):

"Pasienten, brukeren, eller andre som har rett til det, kan be tilsynsmyndigheten om en vurdering dersom vedkommende mener bestemmelser om plikter fastsatt i eller i medhold av helsepersonelloven, spesialisthelsetjenesteloven og helse- og omsorgstjenesteloven er brutt til ulempe for seg eller den hun eller han opptrer på vegne av. Tilsvarende rett gjelder for nærmeste pårørende til avdød pasient eller bruker og for nærmeste pårørende til pasient eller bruker over 18 år uten samtykkekompetanse."

Det vises i sin helhet til lovforslaget under punkt 10.

5.21.7.5 *Økonomiske og administrative konsekvenser*

Forslaget innebærer at klagereglene i kapittel 7 i pasient- og brukerrettighetsloven får anvendelse fullt ut på kommunale tannhelsetjenester, også når det gjelder klager over manglende oppfyllelse av rettigheter til nødvendig tannhelsehjelp.

Det foreslås ingen utvidelse av klagetemaet, det vil si hva det bør være adgang til å klage på. Det foreslås heller ingen utvidelse av hvem som kan klage. Klageadgangen vil fortsatt være begrenset til personer innenfor gruppene som har rettigheter til nødvendig tannhelsehjelp fra kommunen. Det er usikkert om overgang fra to til én klageinstans vil innebære en besparelse for kommunen i forhold til hva fylkeskommunen har i dag. Dette fordi kommunen som underinstans fortsatt vil måtte forberede saken for klageinstansen. Kommunen vil fortsatt kunne velge om den vil behandle klagesaken i administrasjonen eller overlate klagesaksbehandlingen til et eget kommunalt organ, utvalg, nemnd, styre osv.

Selv om forvaltningsloven gis noe større anvendelse på klagesaksbehandlingen enn tidligere ved at det stilles visse formkrav til klagen mv., vil dette i seg selv ikke innebære økt byråkratisering. Det vil fortsatt være mulighet for å løse tvister på en uformell måte mellom pasienter og den kommunale tannhelsetjenesten på lavest mulig konfliktnivå, selv om en slik ordning ikke lenger vil være lovregulert, jf. opphevingen av anmodningsretten i pasient- og brukerrettighetsloven § 7-1. Departementet har lagt til grunn at en slik uformell tvisteløsning fortsatt vil bli praktisert, jf. Prop. 91 L (2010-2011) punkt 34.7.3 side 393.

Departementet kan heller ikke se at forslaget om å utvide klagefristen med én uke vil ha noen selvstendig betydning for mengden av klagesaker, omfanget og kompleksiteten av den enkelte klagesak mv. som skulle tilsi merarbeid for kommunen eller fylkesmannen, i forhold til det fylkeskommunen har i dag.

5.21.8 Pasient- og brukerombud

Kapittel 8 i pasient- og brukerrettighetsloven inneholder bestemmelser om pasient- og brukerombud.

5.21.8.1 Gjeldende rett

Ordningen med pasientombud i hvert fylke var opprinnelig begrenset til å omfatte spesialisthelsetjenester og ble lovfestet fra 1. januar 2001 da pasientrettighetsloven trådte i kraft. Bakgrunnen var at det utover 1980- og 1990-tallet ble etablert ulike ordninger med pasientombud innenfor spesialisthelsetjenesten av de enkelte fylkeskommunene som da hadde ansvaret for spesialisthelsetjenesten. Ikke alle fylkeskommunene hadde etablert en slik ordning på dette tidspunktet. Det var derfor et ønske om å gi alle pasienter i landet samme tilbud uavhengig av bosted. Ved behandlingen av St.meld. nr. 50 (1993-94) *Samarbeid og styring*, jf. Innst. S. nr. 165 (1994-95), vedtok Stortinget å be regjeringen om å fremme forslag om lovfesting av ordningen med pasientombud i alle fylker.

Fra 1. september 2009 ble pasientombudsordningen utvidet til også å omfatte kommunale helse- og sosialtjenester, jf. Ot.prp. nr. 23 (2007-2008) *Om lov om endringer i pasientrettighetsloven og psykisk helsevernloven (utvidelse av pasientombudsordningen til å gjelde kommunale helse- og sosialtjenester)*. Ved utvidelsen endret ombudet navn fra pasientombud til pasient- og brukerombud.

Formålet med ordningen med pasient- og brukerombud er angitt i pasient- og brukerrettighetsloven § 8-1. Pasient- og brukerombudet skal arbeide for å ivareta pasientens og brukerens behov, interesser og rettssikkerhet overfor den statlige spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og for å bedre kvaliteten i disse tjenestene.

Pasient- og brukerrettighetsloven § 8-2 har bestemmelser om arbeidsområde og ansvar for ordningen. Det fremgår av § 8-2 første ledd at staten skal sørge for at det er et pasient- og brukerombud i hvert fylke. Pasient- og brukerombudets arbeidsområde omfatter statlige spesialisthelsetjenester og kommunale helse- og omsorgstjenester. Arbeidsområdet inkluderer private tjenesteytere som har avtale med regionalt helseforetak eller kommune, som for eksempel private sykehus og avtalespesialister (psykologer og legespesialister), fastleger, fysioterapeuter og private sykehjem. Ordningen omfatter ikke private ytere av helse- og omsorgstjenester som ikke har avtale med regionalt helseforetak eller kommune.

Videre fremgår det av § 8-2 andre ledd at ombudet skal utføre sin virksomhet selvstendig og uavhengig. Pasient- og brukerombudet er administrativt tilknyttet Helsedirektoratet, men direktoratet har ikke faglig instruksjonsmyndighet overfor ombudet.

Etter § 8-3 kan pasient- og brukerombudet ta opp til behandling saker som gjelder forhold i den statlige spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Dette kan gjøres etter en muntlig eller skriftlig henvendelse eller på eget initiativ. Enhver kan henvende seg til pasient- og brukerombudet og be om at en sak tas opp til behandling. Den som henvender seg til pasient- og brukerombudet, har rett til å være anonym.

Pasient- og brukerombudet avgjør selv om en henvendelse gir tilstrekkelig grunn til å ta en sak opp til behandling, jf. § 8-4. Dersom pasient- og brukerombudet ikke tar opp saken, skal den som har henvendt seg gis underretning og en kort begrunnelse for dette.

Ombudet har rett til å få de opplysninger fra offentlige myndigheter og andre organer som utfører tjenester for forvaltningen som det trenger for å utføre sine oppgaver, jf. § 8-5.

Det følger av § 8-6 at pasient- og brukerombudet skal ha fri adgang til alle lokaler hvor det ytes statlige spesialisthelsetjenester og kommunale helse- og omsorgstjenester.

Av § 8-7 fremgår at pasient- og brukerombudet i rimelig utstrekning skal gi den som ber om det, informasjon, råd og veiledning om forhold som hører under ombudets arbeidsområde. Ombudet skal gi den som har henvendt seg, underretning om resultatet av sin behandling av en sak og en kort begrunnelse for resultatet. Pasient- og brukerombudet har rett til å uttale sin mening om forhold som hører inn under ombudets arbeidsområde, og til å foreslå konkrete tiltak til forbedringer. Ombudet bestemmer selv hvem uttalelsene skal rettes til. Uttalelsene er ikke bindende. Pasient- og brukerombudet skal underrette tilsynsmyndighetene om tilstander som det er påkrevd at disse følger opp. Pasient- og brukerombudet skal videre sørge for å gjøre ombudsordningen kjent.

Pasient- og brukerombudsordningen omfatter ikke den fylkeskommunale tannhelsetjenesten. Pasienter som mottar tannhelsehjelp og som i dag henvender seg til pasient- og brukerombudene, blir vanligvis orientert om at tannbehandling ligger utenfor deres arbeidsområde og at ombudet i disse tilfellene ikke kan bistå utover å gi generell veiledning om klagemulighet.

5.21.8.2 Departementets vurdering og forslag

Av St.meld. nr. 35 (2006-2007) *Tilgjengelighet, kompetanse og sosial utjevning – Framtidas tannhelsetjenester*, fremgår at man på sikt ville vurdere om pasientombudsordningen også burde omfatte tannhelsetjenester når behovet var nærmere kartlagt, jf. punkt 13.1.3 side 127. Flertallet i helse- og omsorgskomiteen sluttet seg i Innst. S nr. 155 (2007-2008) til behovet for en vurdering av slik utvidelse av pasientombudsordningen. Spørsmålet om utvidelse av pasient- og brukerombudsordningen ble også omtalt ved behandlingen av Meld. St. 16 (2010-2011) *Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015)*, hvor en samlet helse- og omsorgskomiteé uttalte at den "merker seg at det vurderes å innbefatte tannhelsetjenesten i pasient- og brukerombudsordningen, noe komiteen bifaller", jf. Innst. 422 S (2010-2011) side 31.

Departementet henvendte seg i 2010 via Helsedirektoratet til samtlige av landets pasient- og brukerombud for å innhente deres erfaringer i forbindelse med henvendelser vedrørende tannhelsetjenester. Tilbakemeldingen fra ombudskollegiet viser at pasient- og brukerombudene i Norge mottok om lag 95 saker vedrørende tannhelsetjenester i 2009. Pasient- og brukerombudene opplyser at de fleste henvendelsene på dette området er fra pasienter som ikke har vært tilfreds med behandlingen de har fått hos sin privatpraktiserende tannlege. Dette er saker hvor det er avdekket mangelfull eller feil behandling etter at ny tannlege er kontaktet for behandling. Ombudene mottar også henvendelser om retten til gratis tannbehandling for grupper av befolkningen definert i

tannhelsetjenesteloven § 1-3. Henvendelsene gjelder hvor tjenesten skal mottas og om hvilken behandling som dekkes for eksempel for rusavhengige, eller for personer som regelmessig mottar omsorgstjenester fra kommunen. Ombudene mottar i tillegg henvendelser om kjeveortopedisk behandling og om tannlegevakt utenfor kontortid. Ved henvendelse om saker vedrørende tannhelsetjenester gir ombudet råd og veiledning om klagemuligheter og klageinstans, hva klagen bør inneholde og hva de kan forvente av resultat. Det informeres samtidig om at tannbehandling er utenfor ombudets arbeidsområde og at ombudet ikke kan bistå med å fremme saken. Etter departementets vurdering viser tilbakemeldingen fra pasient- og brukerombudene at flere av de som henvender seg åpenbart har behov for bistand utover det ombudene har ansvar for å tilby i dag.

Rent prinsipielt kan det hevdes at ulike ordninger som etableres ut fra pasient- og brukerhensyn bør gjøres tilgjengelig på lik fot for alle offentlig organiserte helse- og omsorgstjenester, uavhengig av om de tilbys av stat eller kommune. En utvidelse av pasient- og brukerombudsordningen til å omfatte tannhelsetjenester vil kunne styrke rettighetene til personer som ikke er i stand til å fremme sine egne behov når det gjelder tannhelsetjenester. Departementet viser til Helsedirektoratets evaluering av pasient- og brukerombudsordningen i oktober 2012, jf. omtale i Prop. 1 S (2012-2013) side 83, hvor det fremgår at terskelen for å klage er særlig høy for pasienter og brukere av kommunale helse- og omsorgstjenester som mottar tjenester over tid i hjemmet eller i sykehjem. Disse personene har rett til et regelmessig, oppsøkende og gratis tannhelsetilbud fra den fylkeskommunale tannhelsetjenesten. For mange av disse vil det ikke nødvendigvis være opplagt hva man kan klage på, om det er grunnlag for å klage og hvordan man skal fremme en klage. Pasient- og brukerombudsordningen betyr at de kan få bistand fra en uavhengig instans som har kjennskap til det aktuelle regelverket.

Det er også en viktig oppgave for pasient- og brukerombudene å gi tilbakemelding til den kommunale helse- og omsorgstjenesten om de erfaringer man får gjennom arbeidet. I tråd med det lovfestede formålet for ombudsordningen vil en slik overføring av erfaringer kunne bidra til å bedre kvaliteten på tannhelsetjenesten.

Departementet legger til grunn at innplasseringen av tannhelsetjenester i helse- og omsorgstjenesteloven vil medføre at de faller inn under begrepet "kommunale helse- og omsorgstjenester". Dette vil igjen ha som følge at pasient- og ombudsordningen automatisk utvides til å omfatte tannhelsetjenester. Som det fremgår ovenfor, finner departementet at det ikke er grunnlag for å foreslå særregler som fortsatt unntar tannhelsetjenester som sådan fra ombudsordningen. Også tannhelsetjenester som ytes av private tjenesteytere etter avtale med kommunen vil omfattes av ombudsordningen. En utvidelse av pasient- og brukerombudsordningen til å omfatte kommunale tannhelsetjenester vil isolert sett ikke medføre behov for lovendringer.

5.21.8.3 Økonomiske og administrative konsekvenser

Forslaget medfører en utvidelse av pasient- og brukerombudenes arbeidsområde og plikten til gi informasjon, råd og veiledning. Som tidligere nevnt, mottok pasient- og

brugerombudene om lag 95 saker vedrørende tannhelsetjenester i 2009. De fleste av disse sakene gjaldt klage over behandling hos private tannleger.

En utvidelse av pasient- og brukerombudsordningen vil medføre at kommunens ansvar for å sørge for å gi informasjon etter helse- og omsorgstjenesteloven § 4-2 a i tilfeller der pasienten blir påført skade eller alvorlige komplikasjoner i forbindelse med tannhelsehjelp, blir utvidet til å omfatte informasjon om adgangen til å henvende seg til pasient- og brukerombudet. Siden pasient- og brukerombudene i mange tilfeller fremstår som en megler mellom pasienten og det aktuelle helsepersonellet, vil en del saker trolig bli løst før saken tar form av en klage. Dette vil igjen kunne være ressursbesparende for kommunen.

Som nevnt foran gjelder et fåtall av henvendelsene til pasient- og brukerombudene i dag forhold knyttet til behandling i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten. Det er etter dette ikke grunn til å tro at utvidelsen av pasient- og brukerombudsordningen til å omfatte kommunale tannhelsetjenester isolert sett vil ha økonomiske og administrative konsekvenser. Eventuelle kostnader ved en utvidelse av pasient- og brukerombudsordningen til også å omfatte kommunale tannhelsetjenester vil bli dekket innenfor departementets budsjettamme.

5.22 Gjennomføring av oppgaveoverføringen til kommunene

5.22.1 Utgangspunkt

Oppgaveoverføringen betyr at både fylkeskommunens forvaltningsansvar for å sørge for tannhelsetjenester og finansieringsansvaret for disse tjenestene, overføres til større og mer robuste kommuner. Departementet legger vekt på at utgangspunktet for det økonomiske oppgjøret ved oppgaveoverføringen på tannhelsefeltet må være at kommunene etter overføringen skal være i stand til å utføre sine nye oppgaver på en forsvarlig måte. På samme måte skal fylkeskommunene fortsatt kunne utføre sine øvrige oppgaver på en tilfredsstillende måte. Virksomhetsoverdragelsen innebærer dermed at det må skje et økonomisk oppgjør mellom staten og fylkeskommunene og et oppgjør mellom staten og kommunene. Se nærmere under punkt 5.22.3 om enkelthetene i virksomhetsoverdragelsen.

5.22.2 Virksomhetsoverdragelse - forholdet til ansatte

Under dette punktet gis det en overordnet og generell omtale av forholdet til ansatte i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten og reglene om virksomhetsoverdragelse i arbeidsmiljøloven.

Departementet legger til grunn at overføringen av aktuelle ansatte fra fylkeskommunen skal skje etter arbeidsmiljølovens regler om virksomhetsoverdragelse. Dette gjelder både ansatte i de fylkeskommunale tannklinikene og ansatte ved de regionale odontologiske kompetansesentrene som eies av fylkeskommunen. Det vil gjelde både personell som utfører klinisk virksomhet og ansatte i administrative stillinger i den fylkeskommunale

tannhelsetjenesten. Reglene om virksomhetsoverdragelse fremgår av arbeidsmiljøloven kapittel 16 som gjennomfører EØS-avtalens direktiv 2001/23/EF i norsk rett, som erstatter tidligere direktiv 77/187/EF og direktiv 98/50/EF. Direktivet er et minimumsdirektiv som stiller minstekrav til medlemsstatenes vern av arbeidstakeres rettigheter. Formålet med reglene er å sikre at overføring av arbeidsgiveransvaret fra en arbeidsgiver til en annen ikke fører til dårligere rettigheter for arbeidstakerne enn de som gjaldt i ansettelsesforholdet med den opprinnelige arbeidsgiveren.

Reglene om virksomhetsoverdragelse kommer til anvendelse ved overdragelse av en virksomhet eller del av en virksomhet til en annen arbeidsgiver, jf. arbeidsmiljøloven § 16-1. Med "overdragelse" menes overføring av en selvstendig økonomisk enhet som beholder sin identitet etter overføringen. Bestemmelsen omfatter alle kategorier arbeidstakere. Det betyr at reglene også får anvendelse ved overføring av forvaltningsoppgaver mellom forvaltningsmyndigheter- og nivåer, også innenfor kommunal sektor. Forutsetningen er at det skjer et skifte av arbeidsgiver; det vil si et skifte av rettssubjekt. Det er ikke tilstrekkelig at det for eksempel skjer en overføring av oppgaver fra fylkeskommunen til et fylkeskommunalt foretak etter reglene i kommuneloven kapittel 11. Dette er kun en overføring mellom enheter med samme arbeidsgiver. Uavhengig av om tannhelsetjenesten er organisert som et fylkeskommunalt foretak (fylkeskommunen er eget rettssubjekt) og om de regionale odontologiske kompetansesentrene er organisert som et interkommunalt selskap etter reglene i lov om interkommunale selskaper (eget rettssubjekt), vil de ansatte i disse virksomhetene omfattes av reglene i arbeidsmiljøloven kapittel 16.

Virksomheten kan være overført på grunnlag av kontrakt, ved sammenslåing av virksomheter eller med hjemmel i lov. I dette tilfellet er det lov som utgjør det rettslige grunnlaget for virksomhetsoverføringen, jf. nærmere omtale i punkt 5.22.3.1.

Det følger av arbeidsmiljøloven § 16-2 at de plikter og rettigheter arbeidsgiveren har overfor arbeidstakerne går over til den nye arbeidsgiveren når virksomheten overføres. I tillegg til at selve ansettelsesforholdet overføres, må den nye arbeidsgiveren respektere de individuelt avtalte lønns- og arbeidsforhold og andre arbeidsvilkår som gjaldt mellom opprinnelig arbeidsgiver og arbeidstakerne. Ny arbeidsgiver blir som hovedregel bundet av den tariffavtalen som tidligere arbeidsgiver var bundet av. Arbeidstakernes rettigheter til tidligere opptjening etter kollektive pensjonsordninger overføres som hovedregel til ny arbeidsgiver. Dette vil trolig ikke ha så stor betydning her, siden de ansatte ved overføringen forblir i kommunalt tariffområde.

Den ansatte kan imidlertid reservere seg mot at arbeidsforholdet overføres til ny arbeidsgiver og kan få fortrinnsrett til ny ansettelse i ledige stillinger hos tidligere arbeidsgiver, jf. arbeidsmiljøloven § 16-3.

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

arbeidsgiverorganisasjon). Dette gjelder for eksempel spørsmål konkret om hvilke og hvor mange ansatte som omfattes av virksomhetsoverdragelsen.

5.22.3 Virksomhetsoverdragelse – forholdet til virksomhetene mv.

Dette punktet inneholder departementets vurderinger knyttet til overføring av eierskapet til virksomhetene fra fylkeskommunen til kommunen. Videre beskrives prinsippene for det økonomiske oppgjøret samt departementets forslag til lovendringer (overgangsbestemmelser) i forbindelse med selve gjennomføringen av oppgjøret. Under dette punktet omtales også mulige måter å organisere den fremtidige kommunale tannhelsetjenesten på i lys av virksomhetsoverdragelsen. Dette gjelder særlig odontologiske spesialisttjenester, herunder virksomheten ved de regionale odontologiske kompetansesentrene.

5.22.3.1 Behov for lovregulering av virksomhetsoverdragelsen

Det er i Oppgavemeldingen lagt til grunn at en overføring av den fylkeskommunale tannhelsetjenesten til større kommuner vil innebære at kommunene overtar *driften* av de offentlige tannklinikker som fylkeskommunen har etablert. Skal kommunene kunne overta sektoransvaret for den offentlige tannhelsetjenesten, bør de etter departementets vurdering også overta *eierskapet* til de virksomhetene som produserer tjenestene, det vil si tannklinikker og de regionale odontologiske kompetansesentrene.

I denne sammenheng tillegges begrepet "tjenester" en vid betydning utover rent klinisk virksomhet. Ansatte på tannklinikker kan ha oppgaver utenfor tannklinikker, som for eksempel helsefremmende og forebyggende arbeid, undervisning, opplæring av studenter i praksisperioden mv. Utover klinisk tverrfaglig spesialistbehandling, driver de regionale odontologiske kompetansesentrene blant annet kunnskapsutvikling og forskning, gir opplæring, råd og veiledning av personell, tilbyr etter- og videreutdanning av ansatt tannhelsepersonell som del av sin virksomhet samt deltar i praksisdelen av utdanningen av tannlegespesialister.

Spørsmålet er i hvilken grad det er behov for å lovregulere virksomhetsoverføringen. Det vil si om staten uten videre kan kreve at fylkeskommunen overdrar de formuesposisjoner som er knyttet til virksomhetene som kommunen skal overta. Slike formuesposisjoner vil typisk være eiendomsrett til bygninger og eiendommer (tannklinikker mv.) og avtalte rettigheter og plikter knyttet til klinikkdirift, som for eksempel leieavtaler.

Det er et generelt forvaltningsrettslig prinsipp i norsk rett at staten ikke kan gripe inn i fylkeskommunens rettsforhold uten lovhjemmel. Dette følger av fylkeskommunens posisjon som et eget rettssubjekt i forhold til staten. En kommune kan derfor ikke uten videre, eller som en direkte konsekvens av å overta sektoransvaret for tannhelsetjenester, kreve å få overta de fylkeskommunale formuerettslige posisjonene som er knyttet til drift av tannklinikker og kompetansesentre. Kommunens rett og plikt til overtakelse må besluttes i lovs form. Som nevnt over, bør utgangspunktet være at eierskapet til virksomhetene som produserer tjenester overføres til kommunene for at ansvaret for den offentlige tannhelsetjenesten skal kunne ivaretas på en forsvarlig måte. Det er neppe

tilstrekkelig at overføringen kun baseres på avtale mellom fylkeskommunen og kommunen.

I forbindelse med sykehusreformen ble det vurdert som nødvendig med lovhjemmel for overdragelse av virksomheter i spesialisthelsetjenesten til staten. Dette hadde blant annet sammenheng med at det var forutsatt i spesialisthelsetjenesteloven at fylkeskommunen var eier av helseinstitusjonene og andre deler av virksomheten, jf. bestemmelsene i tidligere §§ 2-7, 2-8 og 6-1 i spesialisthelsetjenesteloven slik de lød da loven ble vedtatt i 1999. Videre var det forutsatt at overdragelsen skulle skje til statlige regionale helseforetak som egne rettssubjekter. Noen klar forutsetning om fylkeskommunalt eierskap til tannklinikker mv., fremgår ikke av tannhelsetjenesteloven. I forbindelse med overføringen av det offentliges samlede ansvar for tannhelsetjenester til fylkeskommunen, la man opp til økonomiske overgangsordninger der fylkeskommunen kunne inngå avtale om leie eller kjøp av tannklinikker med utstyr som kommunen før 1. januar 1984 hadde stilt til disposisjon for folketannrøkt og skoletannpleie. Det vises til § 2 i tidligere forskrift 16. september 1983 nr. 1444 gitt med hjemmel i tannhelsetjenesteloven § 7-5. I dag står imidlertid fylkeskommunen som eier av de offentlige tannklinikkene og de regionale odontologiske kompetansesentrene. Selve driften kan være organisert på ulike måter.

Detaljene i virksomhetsoverdragelsen og det økonomiske oppgjøret mellom fylkeskommunen og kommunen forutsettes imidlertid basert på avtale mellom partene, uten statens deltakelse. Det kan i avtale for eksempel være behov for klargjøring og konkretisering av hvilke formuerettslige posisjoner kommunen har rett og plikt til å overta. Departementet legger til grunn at dette er et forhold mellom partene og finner det ikke naturlig og hensiktsmessig å gi detaljerte regler om innholdet i avtalene, for eksempel om hvilke formuesgjenstander overdragelsen kan omfatte. Spørsmål om regulering av eierskapsovertakelse og avtalerettslige posisjoner i forbindelse med virksomhetsoverføringen er nærmere omtalt nedenfor under punkt 5.22.3.3 til 5.22.3.6.

Departementet foreslår på denne bakgrunn at det lovfestes at kommunen fra det tidspunkt lovendringene trer i kraft, får rett og plikt til å overta alle formuerettslige posisjoner (eiendomsrett til formuesgjenstander og avtalerettslige posisjoner) knyttet til virksomhetene og at virksomhetsoverføringen skjer som en direkte følge av at sektoransvaret for tannhelsetjenester legges til kommunen. Se forslaget til overgangsbestemmelser i ny § 13-4 første ledd i helse- og omsorgstjenesteloven, jf. punkt 5.22.3.7. Forslaget er utformet etter mønster av de tidligere overgangsbestemmelsene i helseforetaksloven § 52 nr. 6 som senere er opphevd.

5.22.3.2 Spørsmål om erstatning for virksomhetsoverdragelsen

Departementet har tidligere vurdert spørsmålet om fylkeskommunen har rettskrav på erstatning i forbindelse med virksomhetsoverføringer knyttet til sykehusreformen som ble iverksatt 1. januar 2002, jf. Ot.prp. nr. 66 (2000-2001) *Om lov om helseforetak m.m. (helseforetaksloven)* punkt 4.22 side 90-92. Med bakgrunn i de generelle drøftingene og konklusjonene i forarbeidene til helseforetaksloven, legger departementet til grunn at fylkeskommunen ikke vil ha krav på økonomisk kompensasjon fra staten for de

alternative formuesverdier som ligger i tannklinikene og de regionale odontologiske kompetansesentrene i forbindelse med virksomhetsoverføringen, beregnet på grunnlag av et antatt salg. Dette gjelder bare under forutsetning av at kommunen samtidig overtar den andel av fylkeskommunens gjeld som er tilknyttet virksomheten, for eksempel lån knyttet til utbygging av tannklinikker. Se nærmere om overtakelse av gjeld under punkt 5.22.3.6. Lovavdelingen i Justisdepartementet har i en tolkningsuttalelse fra 2001 lagt til grunn at overtakelse uten vederlag kan skje uten hensyn til om fylkeskommunen kan påvise et økonomisk tap som følge av overtakelsen og uhindret av forbudet mot ekspropriasjon i Grunnloven § 105.

Departementet viser også til utredningen av overføring av de somatiske sykehjemmene fra fylkeskommunen til kommunen, hvor Sosialdepartementet uttalte følgende i St.meld. nr. 68 (1984-85) *Sykehjemmene i en desentralisert helse- og sosialtjeneste* punkt 9.6 side 142:

"Som regel er tidligere kommunalt eide sykehjem ved eierskifte overført vederlagsfritt til fylkeskommunene i perioden etter innføringen av sykehusloven i 1969. Av den grunn er det Regjeringens syn at fylkeskommunale sykehjem bør overlates til kommunene vederlagsfritt i den grad tidligere inngåtte avtaler ikke tilsier konkret oppgjør for institusjonen."

Dette synspunktet ble fulgt opp i Ot.prp. nr. 48 (1985-86) *Om lov om endringer i lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene (Sykehjemmene i den kommunale helse- og sosialtjenesten)* punkt 11.2.1 side 69, hvor det ble lagt til grunn at bygningene skulle overdras vederlagsfritt til kommunene med mindre noe annet ble avtalt.

Departementet foreslår på denne bakgrunn at det i utkastet til overgangsregler i helse- og omsorgstjenesteloven § 13-4 første ledd tas inn en bestemmelse om at kommunen skal overta virksomhetene uten at fylkeskommunene får vederlag for den alternative verdien av formuesposisjonene.

5.22.3.3 *Overtakelse av fylkeskommunens eierskap til virksomheten*

Oppgaveoverføringen innebærer at det samlede sektoransvaret for å sørge for, finansiere og organisere tannhelsetjenester på vegne av det offentlige forankres i kommunen, jf. forslaget til endringer i helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-1, 3-2 og 3-2 b. For å kunne ivareta sørge for ansvaret på en forsvarlig måte i samme omfang og med samme kvalitet som fylkeskommunen, vil kommunene ha behov for et tilsvarende produksjonsapparat som fylkeskommunen har til disposisjon i dag. Klinisk tannhelsevirksomhet er en relativt utstyrsintensiv virksomhet, sammenlignet med andre kommunale helse- og omsorgstjenester.

Som nevnt over, er departementets utgangspunkt at kommunene bør overta eierskapet til den kliniske kjernevirksomheten (tannklinikker), de regionale odontologiske kompetansesentrene og eventuelt annen fast eiendom som har en naturlig tilknytning til tannhelsevirksomheten, det vil si realkapital og eierandeler i tannhelsevirksomhet. Det innebærer at kommunene også overtar ansvaret for formuesgjenstander knyttet til virksomhetene, som for eksempel odontologisk utstyr, forbruksmateriell, kontorutstyr,

IKT, rekvisita, inventar, varelager mv. Utgangspunktet må være at kommunen skal overta virksomhetene slik de "står og går" på overtakelsestidspunktet.

Kommunen vil ikke ha rett eller plikt til overta andre aktiva som ikke har noen direkte tilknytning til fylkeskommunens forvaltningsansvar for tannhelsetjenesten, som for eksempel eventuelle barnehager og "firmahytter" anskaffet til bruk for ansatte.

Departementet legger vekt på at hensynet til mest mulig klare og entydige ansvarsforhold og funksjonsfordeling og rasjonell bruk av offentlige ressurser, tilsier at kommunen overtar eierskap og driftsansvar for produksjonsapparatet fullt ut fra dag én, det vil si når lovendringene i forbindelse med oppgaveoverføringen trer i kraft. Det vil si at kommunen overtar eiers (fylkeskommunens) rettigheter og plikter til produksjonsapparatet. Det vil kunne ha utilsiktede konsekvenser i forhold til blant annet konkurransereglene og reglene om statsstøtte dersom eiendomsretten til og driften av tannklinikene og de regionale kompetansesentrene fortsatt skulle være igjen hos fylkeskommunene, mens kommunene kun overtar sørge for ansvaret og finansieringsansvaret for tjenestene.

Virksomhetsoverføringen innebærer at de fylkeskommunale virksomhetene går over til kommunene fra samme tidspunkt som sektoransvaret for den offentlige tannhelsetjenesten overføres. Det betyr at overdragelsen skjer som følge av ikraftsettingen av lovendringene som er foreslått i dette høringsnotatet, og ikke som følge av en administrativ eller avtalerettslig beslutning. Overtakelsen skjer gjennom virksomhetsoverdragelser "på rot", ikke gjennom overdragelse av de enkelte formuesposisjonene.

Departementet foreslår derfor at det i utkastet til overgangsbestemmelser i helse- og omsorgstjenesteloven § 13-4 første ledd lovfestes at det skal skje en samlet overdragelse av de rettigheter og plikter som er knyttet til kjernevirksomheten (produksjonsapparatet) fra samme tidspunkt som kommunen pålegges sektoransvaret for tannhelsetjenester. Forslaget er begrenset til å omfatte overtakelse av eierskapet til offentlig (fylkeskommunal) virksomhet. Det vil si at kommunen ikke overtar tannhelsevirksomhet som er i privat eie.

Departementet foreslår også en bestemmelse i helse- og omsorgstjenesteloven § 13-4 første ledd som eksplisitt lovfester at overføringen av eiendeler fra fylkeskommunen til kommunen skal gjennomføres etter kontinuitetsprinsippet. Kontinuitetsprinsippet legges også til grunn ved overføring av rettigheter og plikter, jf. punkt 5.22.3.5 og 5.22.3.6 nedenfor. Utgangspunktet er at det i forbindelse med skifte av eier på fast eiendom skal betales avgift til statskassen ved tinglysing av dokument (dokumentavgift), jf. reglene i lov 12. desember 1975 nr. 59 om dokumentavgift kapittel 2. Kontinuitetsprinsippet er en felles betegnelse på en rekke regler som forutsetter at et foretak gjennom overtakelse av et annet foretak trer inn i det overdragende foretakets rettsforhold. Skal transaksjoner gjennomføres etter prinsippet om kontinuitet, må det ha et rettslig grunnlag. Lovfesting av kontinuitetsprinsippet innebærer implisitt at skiftet av eier til fast eiendom ikke regnes som en hjemmelsoverføring etter tinglysingsreglene i dokumentavgiftsloven. Uten hjemmelsoverføring utløses heller ikke plikten til å betale dokumentavgift ved overdragelse av blant annet fast eiendom.

5.22.3.4 *Hvem overføres eierskapet til?*

Departementet viser til prinsippene som ble lagt til grunn ved overføringen av ansvaret for sykehjemmene fra fylkeskommunene til kommunene fra 1. januar 1988. Det ble i den forbindelse tatt inn en overgangsbestemmelse i kommunehelsetjenesteloven 7-5 som blant annet fastsatte følgende:

"Eiendomsretten til fylkeskommunalt somatisk sykehjem [...] overdras vederlagsfritt til den kommune hvor institusjonen er oppført. Kommunen overtar samtidig gjeldsforpliktelser som skriver seg fra oppføring eller ombygging av eller utstyr til institusjonene.

Kommunen kan uten hinder av foregående ledd avtale med andre kommuner eller fylkeskommunen at disse helt eller delvis skal ha eiendomsrett til institusjonen, eller at andre kommuner skal disponere plasser ved institusjonen."

I følge lovforarbeidene, jf. Ot.prp. nr. 48 (1985-86), var bestemmelsen i kommunehelsetjenesteloven § 7-5 andre ledd ment å ta høyde for at kommuner der det enten ikke var sykehjem eller sykehjemdekningen var særlig lav, burde ha mulighet til å avtale kjøp av sykehjems plasser av den kommunen hvor institusjonen lå (vertskommunen). Bestemmelsen åpnet også for å avtale andre ordninger, som for eksempel at flere kommuner skulle eie og drive institusjoner i fellesskap. Dette ble vurdert å være praktisk i tilfelle der et tidligere fylkeskommunalt sykehjem hadde hatt mer enn én kommune som opptaksområde.

Departementet legger til grunn at det på samme måte som ved sykehjemsreformen er hensiktsmessig at det er den kommunen der henholdsvis tannklinikken og det regionale odontologiske kompetansesenteret er lokalisert, som i utgangspunktet blir eierkommunen ved oppgaveoverføringen. Eierkommunen står deretter fritt til å inngå avtale om eierskap og samarbeid om drift av tannklinikker med nærliggende kommuner. Eierkommunen vil også stå fritt til å inngå samarbeid om kompetansesenterets virksomhet med andre kommuner innenfor det geografiske nedslagsfeltet for kompetansesenteret. Kompetansesentrene er etablert i de største byene, det vil si Oslo, Arendal, Stavanger, Bergen, Trondheim og Tromsø. For kommunenes del vil spørsmål om eierforhold mv. bli nærmere klarlagt når ny fremtidig kommunestruktur er fastlagt. Det vil generelt kunne være utfordrende for eierkommunen for et regionalt odontologisk kompetansesenter å samarbeide med et stort antall andre kommuner innenfor fylket/regionen.

I dag er det om lag 45 kommuner hvor det ikke er noen tannklinikker og rundt 45 kommuner hvor tannklinikken er betjent i et begrenset antall dager av tannhelsepersonell som har sin hovedarbeidsplass på tannklinikker i nabokommuner. Dersom det etter at ny kommunestruktur er fastlagt fortsatt finnes kommuner uten egen tannklinikker eller tilgang på private tjenesteytere, så bør den enkelte kommune enten vurdere å etablere egen tannklinikker eller inngå interkommunalt samarbeid med andre kommuner om felles drift av tannklinikker.

Det foreslås at det presiseres i forslaget til overgangsbestemmelse i helse- og omsorgstjenesteloven § 13-4 første ledd at eiendomsretten som hovedregel overføres til den kommunen hvor den aktuelle virksomheten er lokalisert. Departementet understreker

at forslaget ikke vil være til hinder for at eierkommunen *etter* overdragelsen inngår avtale med andre kommuner om felles eierskap til klinikker, regionale odontologiske kompetansesentra mv.

5.22.3.5 *Overtakelse av fylkeskommunens avtalerettslige posisjoner*

Overføring av ansvaret for tannhelsetjenester til kommunen reiser problemstillinger knyttet til hvordan kommunene kan tre inn i fylkeskommunens løpende kontrakter. Inngrep i private avtaler ved endring av debitorstilling er ikke uproblematisk. I utgangspunktet kreves samtykke fra kreditor for at en forpliktelse skal overdras til en annen. Dersom enighet ikke oppnås, må en overføring hjemles i lov. Departementet mener det ikke vil være hensiktsmessig og praktisk gjennomførbart å basere seg på en løsning hvor man må innhente samtykke fra hver enkelt leverandør for at kontraktsposisjonen skal kunne overtas av kommunen. I et slik tilfelle vil det knyttes stor grad av usikkerhet til om et slikt samtykke vil bli gitt og dette vil gi en uforutsigbar situasjon og vil kunne hindre kontinuiteten i tjenestetilbudet til pasientene.

Av hensyn til å sikre en hensiktsmessig overføring av oppgaven fra fylkeskommunen til kommunen, mener departementet at det må sikres at leverandører av ulike tjenester ikke kan påstå seg uforpliktet av inngåtte kontrakter ved oppgaveoverføringen. Hensynet til å sikre at det ikke oppstår driftsavbrudd i tjenesteytingen må etter departementets vurdering veie opp for hensynet til å sikre leverandørene fra et inngrep i avtalene.

Både fylkeskommunen og kommunen har i dag frihet til å organisere tjenesteytingen slik den selv finner hensiktsmessig. De kan selv yte tannhelsetjenester og andre helse- og omsorgstjenester gjennom egne ansatte, eller tilby tjenester ved å inngå avtaler med andre offentlige eller private tjenesteytere om tjenesteyting på vegne av fylkeskommunen/kommunen. Dette prinsippet er nedfelt i tannhelsetjenesteloven § 1-1 tredje ledd og helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 femte ledd. Oppgaveoverføringen og virksomhetsoverdragelsen til kommunalt nivå medfører ingen endring i disse prinsippene.

I tilfeller der fylkeskommunen oppfyller sitt ansvar for nødvendig tannhelsehjelp til bestemte grupper i befolkningen gjennom avtaler med private tannleger om å utføre tjenester på vegne av fylkeskommunen, er departementets vurdering at kommunen må kunne tre inn i disse avtalene for å sikre et like godt tjenestetilbud for personer i disse gruppene etter oppgaveoverføringen. I og med at det foreslås å lovfeste rettigheter til tannhelsehjelp for rusavhengige og innsatte i fengsler i kriminalomsorgen, er det særlig viktig at kommunen også er i stand til å oppfylle disse lovpålagte oppgavene. Hensynet til pasientene og kontinuiteten i tjenestetilbudet tilsier at kommunen får rett og plikt til å videreføre eksisterende avtaler med private tannleger.

Videre forutsettes det at alle andre eksisterende avtaler med private og offentlige tjenesteytere og leverandører av ulike administrative tjenester, for eksempel leieavtaler, leasingavtaler, byggekontrakter mv. følger med og videreføres. En del av disse avtalerettslige forpliktelsene vil fylkeskommunen ikke bli i stand til å oppfylle fordi kommunen overtar virksomheten de er knyttet til. Derfor foreslås det at kommunen får en plikt til å tre inn. Kommunen er selvstendig rettssubjekt og ved virksomhetsoverdragelsen vil kommunen tre inn som ny part i fylkeskommunens posisjon i alle typer avtaler med

private og offentlige myndigheter, med de rettigheter og forpliktelser som følger av avtalen. I tilfeller der fylkeskommunen for eksempel leier klinikklokaler og utstyr, er det rimelig at kommunen må kunne tre inn i leiekontrakten slik at den har mulighet til å videreføre det eksisterende tannhelsetilbudet inntil den eventuelt vurderer andre løsninger. Der kommunen som debitor ønsker å frigjøre seg fra et langsiktig forhold ved å dekke fylkeskommunens forpliktelser, vil det bli et spørsmål om kreditor ønsker å akseptere en slik innfrielse og om vedkommende er forpliktet til det etter avtalen.

Departementet foreslår på denne bakgrunn å lovfeste kommunens rett og plikt til å tre inn i fylkeskommunens løpende avtaler. Det foreslås å ta inn en bestemmelse i helse- og omsorgstjenesteloven § 13-4 første ledd om at kommunen skal ha en generell rett og plikt både overfor fylkeskommunen og overfor tredjemann (kreditorer mv.) til å tre inn i fylkeskommunens posisjon i avtaleforholdet. En slik bestemmelse gir nødvendig rettslig grunnlag for at det ikke bare er realkapital og formuesgjenstander som skal overdras, men også avtalerettslige posisjoner.

Det foreslås også en egen bestemmelse i helse- og omsorgstjenesteloven § 13-4 andre ledd om at kommunen skal ha rett og plikt til å tre inn i fylkeskommunens avtalebaserete rettigheter og plikter som følger av avtaler med private tannleger som foreligger på tidspunktet for oppgaveoverføringen. Forslaget er utformet etter mønster av den tidligere overgangsbestemmelsen i helseforetaksloven § 52 nr. 4 som senere er opphevd.

Overføringen av rettigheter og plikter vil skje med befriende virkning for fylkeskommunen. Kommunen vil samtidig overta fylkeskommunens posisjon som part i eventuelle tvister som måtte foreligge knyttet til de enkelte avtalene. Kommunen vil tre inn i avtalene med de samme rettigheter og forpliktelser som fylkeskommunen hadde med virkning fra iverksettingen av oppgaveoverføringen. Kreditorer og andre rettighetshavere kan ikke påberope seg overdragelsen som en bristende forutsetning for rettsforholdet.

5.22.3.6 Overtakelse av fylkeskommunens gjeldsansvar

Det overordnede prinsippet for det økonomiske oppgjøret bør være at fylkeskommunene etter virksomhetsoverdragelsen skal ha tilstrekkelig evne til å løse de øvrige oppgaver som de er pålagt. Videre bør ikke overføringen til kommunene medføre en økonomisk gevinst på kommunens hånd som følge av at overdragelsen skjer vederlagsfritt. Det foreslås derfor at gjeldsforpliktelser inngår i kommunenes samlede overtakelse. Dette prinsippet ble blant annet lagt til grunn i forbindelse med sykehjemsreformen, hvor det fremgikk av kommunehelsetjenesteloven § 7-5 at kommunen skulle overta samtlige gjeldsforpliktelser som ikke var nedbetalt og som skrev seg fra oppføring eller ombygging av eller utstyr til institusjonene. Oppgjør knyttet til kommunens overtakelse av fylkeskommunens gjeldsansvar knyttet til virksomhetene, vil være gjenstand for avtale mellom partene.

Det vises til departementets forslag til helse- og omsorgstjenesteloven § 13-4 tredje ledd nedenfor.

5.22.3.7 Forslag til lovregulering

Departementet foreslår at det tas inn en ny § 13-4 i helse- og omsorgstjenesteloven med følgende ordlyd:

"§ 13-4. Overgangsbestemmelser ved overføring av tannhelsetjenester til kommunen

Fra og med ikraftsettingen av endringer i denne loven som følge av overføring av ansvaret for tannhelsetjenester fra fylkeskommunen til kommunen, har den kommune hvor virksomheten er lokalisert rett og plikt til å overta alle formuesposisjoner som er knyttet til virksomheter innenfor den offentlige tannhelsetjenesten, herunder offentlige tannklinikker og regionale odontologiske kompetansesentre. Overtakelsen skal omfatte alle rettigheter og plikter som er knyttet til virksomhetene. Overføringen gjennomføres med kontinuitet i rettighets- og forpliktelsesposisjoner. Overdragelsen skjer vederlagsfritt.

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

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

Kommunen kan uten hinder av bestemmelsene i foregående ledd avtale med andre kommuner eller fylkeskommunen at disse helt eller delvis skal ha eiendomsrett til virksomheten."

Det vises i sin helhet til lovforslaget under punkt 10.

5.22.4 Interkommunalt samarbeid mv. etter virksomhetsoverdragelsen

5.22.4.1 Utgangspunkt

I Oppgavemeldingen, jf. Meld. St. 14 (2014-2015) punkt 5.3.1 side 41, la departementet til grunn at en overføring av den fylkeskommunale tannhelsetjenesten til større kommuner vil innebære at kommunene overtar driften av de offentlige tannklinikkene som fylkeskommunene har etablert. Det vil være opp til den enkelte kommune å avgjøre i hvilken grad den vil opprettholde eller endre klinikkstrukturen som skal gjelde for egen kommune. En ansvarsoverføring vil kunne medføre smådriftsulemper dersom det er kommuner som også etter endringer i kommunestrukturen står uten tannklinikk i egen kommune, og må bygge opp egne tilbud. Det vil derfor være behov for fleksible løsninger for å sikre forsvarlig tjenesteyting. Et alternativ for disse kommunene kan være å samarbeide med andre nærliggende kommuner om tilgjengelighet og tjenestetilbud, eller eventuelt å kjøpe tjenester fra private tjenesteutøvere.

Flertallet i kommunal- og forvaltningskomiteen la i Innst. 333 S (2014-2015) til grunn at kommunene står fritt til å organisere ansvaret enten i egen regi, samarbeid med private/ideelle eller samarbeid med andre kommuner. Flertallet fremhevet at Regjeringen må vurdere tiltak som legger til rette for å videreføre kompetansemiljøene i regionale kompetansesentre og i spesialisttannhelsetjenesten.

Departementet legger i dette høringsnotatet til grunn at både eierskap til og driften av virksomhetene skal overføres til kommunene. Utgangspunktet er at kommunen har frihet til å organisere virksomheten slik den finner mest hensiktsmessig ut fra lokale forhold. Den kan yte tjenestene selv, inngå avtaler med private tjenesteytere eller inngå samarbeid med andre kommuner, for eksempel ved kjøp av tjenester fra eierkommunen eller gjennom andre interkommunale samarbeidsløsninger. Departementet understreker at reglene om offentlige anskaffelser som hovedregel må følges ved tjenestekjøp både fra private tjenesteytere og fra andre kommuner. Dette gjelder med mindre den aktuelle kommunen ikke tar vederlag som kan anses som markedsmessig eller som gir overskudd, slik at det ikke kan sies å foreligge en gjensidig bebyrdende kontrakt.

Den fylkeskommunale tannhelsetjenesten er i dag i hovedsak organisert som egne etater i fylkeskommunen som forvaltningsorgan. I enkelte fylkeskommuner er den kliniske tannhelsevirksomheten skilt ut og organisert som fylkeskommunale foretak (FKF) etter kommuneloven. I begge tilfeller vil etaten og foretaket fortsatt utgjøre en del av fylkeskommunen som rettssubjekt. Dagens organisering av den fylkeskommunale tannhelsetjenesten har i utgangspunktet ikke betydning for den kommunale eierskapsovertakelsen. Organiseringen får bare betydning for hvilke typer rettigheter som overdras, det vil si om det er eiendomsrett til selve virksomheten eller til eierandeler i et selskap eller foretak som eier virksomheten.

5.22.4.2 Mulige modeller for organisering av virksomheten gjennom interkommunalt samarbeid

Det er opp til kommunene selv å finne frem til hvilke organisasjonsformer som er best egnet når det gjelder fremtidig samarbeid om tannhelsetjenester. Nedenfor gis det en kort omtale av ulike modeller som kan være aktuelle for kommuner som ønsker å samarbeide om løsning av oppgaver på dette området.

Interkommunalt samarbeid kan blant annet organiseres etter følgende modeller:

- Interkommunalt styre etter kommuneloven § 27
- Interkommunalt selskap
- Aksjeselskap
- Vertskommunesamarbeid.

Interkommunalt samarbeid anses særlig aktuelt når det gjelder kommunens ivaretagelse av ansvaret for å sørge for at odontologiske spesialisttjenester er tilgjengelige for befolkningen i kommunen. De seks regionale odontologiske kompetansesentrene er i dag i hovedsak eid og drevet av flere fylkeskommuner i fellesskap. Tannhelsetjenestens kompetansesenter Nord-Norge (TKNN) er imidlertid heleid av Troms fylkeskommune og inngår som en enhet i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten. Tannhelsetjenestens kompetansesenter Øst (TKØ) er organisert som et § 27-samarbeid. Tannhelsetjenestens kompetansesenter Vest (TKV) er organisert som to selvstendige kompetansesentre i henholdsvis Hordaland og Rogaland. TKV Hordaland er en enhet i fylkeskommunens administrasjon, mens TKV Rogaland er en del av et fylkeskommunalt foretak. Tannhelsetjenestetjenestens kompetansesenter Midt-Norge (TKMN) og Sør (TKS) er organisert som interkommunale selskap.

Det følger av kommuneloven § 27 nr. 1 første ledd at to eller flere kommuner, to eller flere fylkeskommuner, eller en eller flere kommuner og en eller flere fylkeskommuner, kan opprette et eget styre til løsning av felles oppgaver. Kommunestyret og fylkestinget gjør selv vedtak om opprettelse av slikt styre og fastsetter vedtekter for styret, jf. § 27 nr. 2 bokstav a til e. Vedtektene skal blant annet inneholde bestemmelser om uttrede fra eller oppløsning av samarbeidet. Myndigheten som kan overføres til et eget styre etter kommuneloven § 27 er begrenset til avgjørelser som angår virksomhetens "drift og organisering", for eksempel i form av utbygging av tannklinikker mv. Det er derfor ikke mulig å samarbeide om oppgaver som innebærer utøvelse av offentlig myndighet innenfor denne modellen, som for eksempel avgjørelser som innebærer tildeling av tannhelsehjelp til pasienter med rettigheter. Dette kan bare gjøres gjennom et vertskommunesamarbeid etter reglene i kommuneloven, se under. § 27-samarbeid kan etter omstendighetene være et eget rettssubjekt med den rettslige handleevne som følger av denne statusen, men det kan også være en del av kommunen. Samarbeid innenfor den rettslige rammen som kommuneloven § 27 gir, kan være et alternativ til selskapsrettslig organisering etter lov om interkommunale selskaper. Dersom det er aktuelt å samarbeide med private, må andre modeller benyttes, som for eksempel aksjeselskap.

Interkommunalt samarbeid kan også organiseres som et interkommunalt selskap etter lov 29. januar 1999 nr. 6 om interkommunale selskap (IKS-loven). Et IKS er et eget rettssubjekt og kommunene blir deltagere gjennom undertegning av selskapsavtalen. Kommunene utøver eierstyring gjennom representantskapet. IKS-loven setter ingen begrensninger for hvilken virksomhet som kan inngå i et IKS. IKS er en eierform som forutsetter fullt ut offentlig eierskap og private kan ikke delta. Kommunen kan derfor gjennom å overta eierandelene knyttet til det regionale odontologiske kompetansesenteret fra samtlige fylkeskommuner, bli eier av den samlede virksomheten. Kommunen står fritt til å samarbeide med andre kommuner innenfor et IKS. Departementet foreslår at kommunen overtar slike virksomheter på linje med heleide fylkeskommunale virksomheter.

Aksjeselskapsformen er regulert i lov om aksjeselskap av 13. juni 1997 nr. 44 (aksjeloven). Denne selskapsformen er først og fremst utviklet med tanke på private aktører og økonomisk virksomhet, men også kommuner kan ta den i bruk. Et AS er et eget rettssubjekt og kommunene blir eiere i fellesskap. Deltakerkommunene kan utøve eierstyring gjennom vedtak på generalforsamlingen. Verken styret eller generalforsamlingen i et AS kan utøve offentlig myndighet knyttet til lovpålagte oppgaver. I tilfeller der fylkeskommunal virksomhet eventuelt er organisert som AS og fullt ut eid av en eller flere fylkeskommuner, foreslår departementet at kommunen trer inn i alle eierrettighetene.

Reglene i kommuneloven § 28-1 a til § 28-1 k åpner for samarbeid mellom kommuner om lovpålagte oppgaver som innebærer utøvelse av offentlig myndighet. Vertskommunesamarbeid innebærer at beslutningsmyndighet blir delegert fra en eller flere kommuner til en vertskommune på basis av en samarbeidsavtale. Vertskommunen vil naturlig være den kommunen som overtar eierskapet til offentlige tannklinikker.

Denne samarbeidsmodellen kan gjøre det mulig for kommunene å bygge opp velfungerende tjenestetilbud og fagmiljøer i områder der den enkelte kommune hver for seg ikke er i stand til dette, for eksempel på grunn av mangel på egen tannklinikk og/eller private tjenesteytere. Vertskommunemodellen gjør det mulig og forsvarlig å samarbeide om lovpålagte oppgaver som innebærer offentlig myndighetsutøvelse. For eksempel kan vertskommunen gis myndighet til å treffe vedtak om tildeling av tannhelsehjelp til personer som har rettigheter, fastsetting av lokale forskrifter om dekning av skyssutgifter mv. Modellen er ikke den mest aktuelle dersom behovet for samarbeid først og fremst er knyttet til drift av tannklinikker og regionale odontologiske kompetansesentre.

6 Tydeliggjøring av spesialisthelsetjenestens plikt til å oppnevne kontaktlege

6.1 Innledning - bakgrunn

I Prop. 125 L (2014-2015) ble det foreslått endringer i spesialisthelsetjenesteloven og pasient- og brukerrettighetsloven om kontaktlege i spesialisthelsetjenesten. Lovforslagene ble vedtatt i Stortinget 1. desember 2015 og sanksjonert 11. desember 2015, jf. endringslov 11. desember 2015 nr. 97.

Endringen i spesialisthelsetjenesteloven innebærer at helseforetaket er pålagt plikt til å oppnevne kontaktlege for pasienter som har alvorlig sykdom, skade eller lidelse, og som har behov for behandling eller oppfølging av spesialisthelsetjenesten av en viss varighet, jf. ny § 2-5 c. Endringen i pasient- og brukerrettighetsloven innebærer at den samme gruppen pasienter har rett til å få oppnevnt kontaktlege i spesialisthelsetjenesten, jf. ny § 2-5 a. Vilklårene for plikt til å oppnevne kontaktlege er de samme som vilklårene for rett til å få oppnevnt kontaktlege. Endringene i disse to lovene har ennå ikke trådt i kraft.

Under behandlingen av lovforslagene i Stortinget ble det fattet et anmodningsvedtak, der Stortinget ba regjeringen sørge for at rett til å få oppnevnt kontaktlege må gjelde uavhengig av hvor pasienten blir behandlet, jf. Innst. 49 L (2015-2016). Med bakgrunn i dette anmodningsvedtaket blir det i dette høringsnotatet foreslått en endring i spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 a, slik at det blir tydelig at både offentlige og private helseinstitusjoner som omfattes av spesialisthelsetjenesteloven, skal ha plikt til å oppnevne kontaktlege hvis vilklårene for øvrig er oppfylt.

6.2 Gjeldende rett

Etter ny § 2-5 c i spesialisthelsetjenesteloven skal helseforetaket oppnevne kontaktlege for pasienter som har alvorlig sykdom, skade eller lidelse, og som har behov for behandling eller oppfølging av spesialisthelsetjenesten av en viss varighet, jf. første ledd. Både kravet om at tilstanden må være alvorlig, og kravet om en viss varighet må være oppfylt for at vilklårene skal være tilfredsstillt.

Spørsmålet om tilstanden er alvorlig må som utgangspunkt avgjøres ut fra en objektiv faglig vurdering, og det må legges vekt på om tilstanden kan føre til risiko for alvorlig

funksjonsnedsettelse eller invaliditet, tap av viktige kroppsfunksjoner eller sanser eller eventuelt risiko for tidlig død. Videre bør det legges vekt på både fysiske og psykiske følger av tilstanden. Det må også legges vekt på om pasienten i tillegg har annen sykdom, skade eller lidelse. Etter en totalvurdering kan det medføre at tilstanden til pasienten må anses som alvorlig.

Terskelen for å oppnevne kontaktleger til barn skal være lav, slik at vurderingen av om tilstanden er alvorlig, skal være mildere enn vurderingen av en tilsvarende tilstand hos voksne.

Kravet om at pasienten skal ha behov for behandling fra spesialisthelsetjenesten av en viss varighet, skal forstås slik at det som utgangspunkt omfatter tilfeller der det er behov for behandling over et tidsrom på mer enn 3-4 dager. Behov for oppfølging av en viss varighet skal forstås slik at det som utgangspunkt omfatter tilfeller der det er behov for mer enn en enkelt avtale om oppfølging.

I spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 c første ledd er det også bestemt at den som blir oppnevnt til kontaktleger, skal være involvert i behandlingen eller oppfølgingen av pasienten. Dette innebærer at den som blir oppnevnt, må være en del av det teamet som behandler pasienten. Vedkommende behøver ikke å ha et hovedansvar for behandlingen, men må ha en aktiv rolle i behandlingen eller oppfølgingen av pasienten.

Spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 c andre ledd pålegger helseforetaket å peke ut hvem som skal være kontaktleger for pasienten så snart som mulig etter at det er vurdert at pasienten har rett til kontaktleger. Siste frist for utpeking av kontaktleger er første virkedag etter innleggelse eller poliklinisk undersøkelse. Pasienten skal så snart som mulig få vite hvem som er hans eller hennes kontaktleger og skal samtidig orienteres om de oppgavene og det ansvaret kontaktlegen har.

Etter spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 c tredje ledd skal kontaktlegen være den faste medisinskfaglige kontakten til pasienten. Det kan ikke kreves at kontaktlegen selv skal kunne svare på alle medisinskfaglige spørsmål, men vedkommende skal ha ansvar for å innhente informasjon og eventuelt formidle kontakt med andre, slik at pasienten får svar og eventuelt blir undersøkt i andre deler av spesialisthelsetjenesten. Det er også bestemt at helseforetaket skal vurdere om kontaktlegen også skal være informasjonsansvarlig etter helsepersonelloven § 10 og journalansvarlig etter helsepersonelloven § 39. I vurderingen må det legges vekt på hva som i det enkelte tilfellet vil være mest hensiktsmessig for å sikre kontinuitet i pasientforløpet.

For tjenester i det psykiske helsevernet kan kontaktpsykolog oppnevnes i stedet for kontaktleger dersom det er mest hensiktsmessig ut fra den behandlingen eller oppfølgingen som pasienten skal ha, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 c fjerde ledd.

Ny § 2-5 a i pasient- og brukerrettighetsloven gir pasienter som har alvorlig sykdom, skade eller lidelse, og som har behov for behandling eller oppfølging av spesialisthelsetjenesten av en viss varighet, rett til å få oppnevnt kontaktleger i samsvar med bestemmelsene i spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 c. Vilkårene for rett til å

få oppnevnt kontaktlege er de samme som vilkårene for plikt for helseforetaket til å oppnevne kontaktlege.

6.3 Helse- og omsorgsdepartementets vurderinger og forslag

I Prop. 56 L (2014-2015) uttalte departementet at det ikke fant det hensiktsmessig å pålegge alle private helseinstitusjoner med avtale å oppnevne kontaktlege, og at det regionale helseforetaket må vurdere dette i forbindelse med inngåelse av den enkelte avtalen. Bakgrunnen for denne uttalelsen var at Helse Vest RHF i sin høringsuttalelse anførte at spesialisthelsetjenesten bør ha ansvar for å oppnevne kontaktlege, ikke helseforetaket. Helse Vest RHF viste også til at reglene ikke må utelukke at private helseinstitusjoner med avtale kan ha plikt til å oppnevne kontaktlege. Departementet mottok ikke uttalelse fra andre høringsinstanser om at pliktsubjektet når det gjelder oppnevning av kontaktlege, ikke bør være helseforetaket.

Stortinget har 19. november 2015 vedtatt en anmodning til regjeringen om å sørge for at retten til å få oppnevnt kontaktlege må gjelde uavhengig av hvor pasienten blir behandlet, jf. punkt 6.1. Departementet vil for ordens skyld vise til at pasient- og brukerrettighetsloven gjelder uansett hvor pasienten får behandling. Det framgår av denne loven § 1-2 at hovedregelen er at loven gjelder for alle som oppholder seg i riket. Kongen kan i forskrift gjøre unntak fra lovens kapittel 2 for personer som ikke er norske statsborgere eller ikke har fast opphold i riket. Departementet oppfatter anmodningsvedtaket slik at intensjonen er atplikten til å oppnevne kontaktlege etter spesialisthelsetjenesteloven skal gjelde for alle helseinstitusjoner som yter spesialisthelsetjenester, både offentlige og private.

Det at kontaktlegeordningen er vedtatt både som en rettighet etter pasient- og brukerrettighetsloven og som en plikt etter spesialisthelsetjenesteloven, taler for atplikten bør gjelde for alle institusjoner som yter spesialisthelsetjenester. Det kan anføres at det er ulogisk at rettighetsbestemmelsen etter pasient- og brukerrettighetsloven skal ha et videre anvendelsesområde enn pliktbestemmelsen i spesialisthelsetjenesteloven. Departementet viser også til spesialisthelsetjenesteloven § 1-2, der det framgår at loven gjelder for spesialisthelsetjenester som tilbys eller ytes i riket av staten og private, når ikke annet følger av de enkelte bestemmelsene i loven.

På denne bakgrunn foreslår departementet at spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 c første ledd første punktum endres, slik atplikten til å oppnevne kontaktlege skal gjelde for alle helseinstitusjoner som omfattes av spesialisthelsetjenesteloven. Dette innebærer at både offentlige og private institusjoner som yter spesialisthelsetjenester, skal omfattes. Private spesialister, herunder spesialister som har inngått avtale med helseforetak eller regionale helseforetak, vil ikke omfattes.

6.4 Forslag til lovregulering

Under henvisning til ovenstående foreslår departementet å endre spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 c første ledd første punktum slik at denne gis følgende ordlyd (endringer i kursiv):

Helseinstitusjon som omfattes av denne loven, skal oppnevne kontaktlege for pasienter som har alvorlig sykdom, skade eller lidelse, og som har behov for behandling eller oppfølging av spesialisthelsetjenesten av en viss varighet.

6.5 Administrative og økonomiske konsekvenser

Departementet legger til grunn at en lovendring som gjør det tydelig at både offentlige og private helseinstitusjoner skal omfattes av plikten til å oppnevne kontaktlege, ikke vil ha vesentlige administrative og økonomiske konsekvenser. Endringen kan etter departementets vurdering gjennomføres innenfor gjeldende økonomiske rammer.

I Prop. 125 L (2014-2015) pekte departementet på at forslaget om å innføre kontaktlege i spesialisthelsetjenesten først og fremst handler om bedre organisering av tjenestene. Å informere og følge opp pasienten er en del av legens ordinære plikter. Innføring av kontaktlege har som formål å gjøre oppfølgingen av hver enkelt pasient bedre og mer effektiv. Det bør derfor ikke være nødvendig å ansette flere leger i spesialisthelsetjenesten for å ivareta ordningen. I stedet må ledelsen internt vurdere arbeidsfordelingen mellom leger, sykepleiere, koordinator med flere. Mange henvendelser fra pasienter vil sannsynligvis kunne avklares av koordinator uten at det er nødvendig å involvere kontaktlegen. Ordningen med kontaktlege legger til rette for bedre bruk av legens tid og kompetanse, til fordel for pasienter, pårørende, leger og annet helsepersonell, og for driften. Departementet viste i Prop. 125 L (2014-2015) også til at ordningen i en overgangsfase kan føre til noe mer administrasjon, men at den på sikt mest sannsynlig vil gi en bedre ressursutnyttelse og bedre kvalitet i tjenestene. Denne vurderingen vil gjelde både for offentlige og private institusjoner som yter spesialisthelsetjenester.

7 Tydeliggjøring av kommunens plikt til psykososial beredskap og oppfølging

7.1 Innledning - bakgrunn

En ulykke, krise eller katastrofe kan ramme uten forvarsel hvor som helst i landet. Terrorfaren i Norge har økt, og naturkatastrofene er hyppigere. Det er derfor viktig med god og forutsigbar psykososial beredskap og oppfølging i landets kommuner. Psykososial beredskap og oppfølging særpreges av at personell fra en rekke tjenestesteder skal kunne rykke raskt ut, med ujevne mellomrom, på kort varsel til uavklarte hendelser av svært ulik art og størrelse. Forutsigbarhet i organisering, øvelser, bemanning og økonomiske rammer er viktige faktorer for tjenester som skal håndtere akutte situasjoner.

I *NOU 2012:14 Rapport fra 22. juli-kommisjonen* anbefaler kommisjonen et rammeverk for psykososial ivaretagelse. Anbefalingen er basert på undersøkelser som viste at overlevende, etterlatte og ansatte rapporterte om varierende oppfølging i kommunene i etterkant av terrorangrepene 22. juli 2011, særlig med hensyn til psykososial oppfølging, lokal kriseberedskap, kontaktpersoner, kriseteam og deres kompetanse. Et rammeverk vil etter kommisjonens vurdering bidra til å sikre en større forutsigbarhet når det gjelder psykososial beredskap og oppfølging. Dette vil kunne forbedre kommunenes innsats ytterligere, og sikre at de rammede får god oppfølging uavhengig av hvor i landet de bor.

Helsedirektoratets gjennomgang av status på feltet bekrefter betydelige lokale variasjoner i den psykososiale beredskapen og oppfølgingen. Dette gjelder ikke bare den konkrete oppfølgingen etter 22. juli 2011, men også generelt hvordan kommunen ivaretar sitt ansvar for psykososial beredskap og oppfølging.

7.2 Gjeldende rett

Kommunens ansvar for psykososial beredskap og oppfølging følger både av helse- og omsorgstjenesteloven, lov 24. juni 2011 om folkehelsearbeid (folkehelseloven) og lov 23. juni 2000 nr. 56 om helsemessig og sosial beredskap (helseberedskapsloven). Det vises også til lov 25. juni 2010 nr. 45 om kommunal beredskapsplikt, sivile beskyttelsestiltak og Sivilforsvaret (sivilbeskyttelsesloven). Lovene supplerer og utfyller hverandre, og må sees i sammenheng.

Kommunen skal etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 første ledd sørge for at personer som oppholder seg i kommunen tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. Det presiseres i § 3-1 andre ledd at kommunens ansvar omfatter alle pasient- og brukergrupper, herunder personer med somatisk eller psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblem, sosiale problemer eller nedsatt funksjonsevne. For nærmere redegjørelse vises det til Prop. 91 L (2010-2011) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m., side 178 og Innst. 424 L (2010-2011), side 28.

Kommunen har plikt til å yte et koordinert og helhetlig tjenestetilbud, avgrenset mot det som til enhver tid er spesialisthelsetjenester, jf. helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-4 og 4-1. Kommunens ansvar avgrenses videre mot det som må anses for å være den enkeltes ansvar for egen helse og velferd.

Kommunens ansvar etter lovens § 3-1 er nærmere presisert i § 3-2. Det fremgår av bestemmelsens første ledd nr. 3 at kommunen for å oppfylle sitt ansvar etter § 3-1, blant annet skal tilby hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner, inkludert legevakt, heldøgns medisinsk akuttberedskap og medisinsk nødmeldetjeneste.

Kommunene har med dette et særskilt ansvar for å yte døgnkontinuerlig hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner. Tjenestene skal som nevnt omfatte alle pasient- og brukergrupper og må også sees i sammenheng med kommunenes plikt til å sørge for øyeblikkelig hjelp etter § 3-5.

Det fremgår videre av § 3-2 første ledd nr. 5 at kommunen skal sørge for sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering. Kommunale habiliterings- og

rehabiliteringstjenester skal ikke bare være av medisinsk art, men også dekke sosiale og psykososiale behov.

Helse- og omsorgstjenestene som tilbys eller ytes skal være forsvarlige, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1.

Kommunens plikt til å sørge for nødvendige helse- og omsorgstjenester korresponderer med pasient og brukers rett til øyeblikkelig hjelp og rett til nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester fra kommunen, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 a. Pasient og brukers rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester gjelder både i akutte situasjoner og ellers. Kommunen kan som hovedregel organisere sine tjenester på den måte de finner hensiktsmessig ut fra lokale forhold og behov. Plikten til å sørge for forsvarlige tjenester vil imidlertid være førende for hvordan kommunen velger å organisere sine tjenester slik at pasient og bruker kan få et forsvarlig tilbud. Det konkrete innhold i hjelpen vil variere fra person til person, etter en konkret vurdering av den enkeltes behov. Pasienten og brukeren har rett til å medvirke i valget mellom ulike tjenester og tiltak og kommunen skal så langt som mulig utforme tjenestetilbudet i samarbeid med pasienten eller brukeren.

Kommunens plikt til å tilby tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 3, og da særlig § 3-2 første ledd, vil være veiledende for hva en person som har rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester kan forvente av tilbud fra kommunen. Reglene angir et minimumsnivå av tjenester som kommunen er forpliktet til å yte. For å kunne sørge for helse- og omsorgstjenester på en forsvarlig måte må kommunene sette i verk systematiske tiltak som sikrer at virksomhetens aktiviteter planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres i samsvar med krav fastsatt i relevante lover og forskrifter, jf. loven § 3-1 tredje ledd.

Kommunen har som ansvarlig for helse- og omsorgstjenester etter helseberedskapsloven § 1-3 ansvaret for nødvendige beredskapsforberedelser. Kommunen har etter samme lov § 2-2 ansvar for å ha utarbeidet en egen beredskapsplan for de helse- og omsorgstjenester de skal sørge for å ha et tilbud om. Formålet med beredskapsplanen er å bidra til at befolkningen kan tilbys nødvendig helse- og omsorgstjenester under krig og ved kriser og katastrofer i fredstid. Av § 3 i forskrift 23. juli 2001 nr. 881 om krav til beredskapsplanlegging og beredskapsarbeid mv. etter lov om helsemessig og sosial beredskap, følger at kommunen gjennom risiko- og sårbarhetsanalyser skal skaffe oversikt over hendelser som kan føre til ekstraordinære belastninger for virksomheten.

I folkehelseloven § 28 fremgår blant annet kommunens ansvar for nødvendige beredskapsforberedelser og for tiltak i beredskapssituasjoner, med henvisning til helseberedskapsloven § 2-1. Formålet med folkehelseloven er blant annet å bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse.

Etter sivilbeskyttelsesloven § 14 og 15 plikter kommunen å kartlegge hvilke uønskede hendelser som kan inntreffe i kommunen, vurdere sannsynligheten for at disse hendelsene inntreffer og hvordan de i så fall kan påvirke kommunen. Med utgangspunkt i risiko- og sårbarhetsanalysen etter § 14, skal kommunen etter samme lov § 15 utarbeide en

beredskapsplan. Beredskapsplanen skal inneholde en oversikt over hvilke tiltak kommunen har forberedt for å håndtere uønskede hendelser. Som et minimum skal beredskapsplanen inneholde en plan for kommunens kriseledelse, varslingslister, ressuroversikt, evakueringsplan og plan for informasjon til befolkningen og media. Forskrift om kommunal beredskapsplikt gir nærmere bestemmelser om hvordan kravene i loven skal forstås.

Oppsummert har kommunen etter gjeldende rett ansvar for å sørge for nødvendig og forsvarlig psykososial beredskap og oppfølging i en akutt situasjon/beredskapssituasjon og i en oppfølgingsfase etterpå. Som følge av det omfattende ansvaret kommunen har under en krise, er kommunen også pålagt å kartlegge hvilke uønskede hendelser som kan inntreffe, vurdere sannsynligheten for at disse hendelsene inntreffer, og hvordan de i så fall kan påvirke kommunen. Resultatet av dette arbeidet skal sammenstilles i en helhetlig risiko- og sårbarhetsanalyse og en beredskapsplan. Fylkesmannen fører tilsyn med kommunenes oppfyllelse av beredskapsplikten.

7.3 Helse- og omsorgsdepartementets vurdering og forslag

Psykiske traumer kan føre til psykiske plager i ettertid, på samme måte som fysiske skader kan medføre fysiske funksjonshemninger. I følge rapporten fra 22. juli-kommisjonen ble det lagt ned mye ressurser og innsats fra kommuner for å få til en god psykososial støtte til og oppfølging av de rammede, og mange berørte mottok tilpasset støtte fra kommunene. Kommisjonens undersøkelser viste imidlertid at overlevende, etterlatte og ansatte rapporterte om varierende oppfølging i kommunene i etterkant av hendelsene, særlig med hensyn til psykososial oppfølging, lokal kriseberedskap, kontaktpersoner, kriseteam og deres kompetanse.

Helsedirektoratet gjennomførte to kommunekartlegginger etter 22. juli 2011, jf. *IS-1946. Helsemessig og psykososial oppfølging av rammede etter 22.07.11. Oppsummering av spørreskjema til kommunene. Rapport Helsedirektoratet 2011* og *IS-2010 Kartlegging av kommunenes oppfølging av de rammede etter 22.7.11. Spørreskjema til kommunene og fylkesmennene, Rapport Helsedirektoratet 2012*. I forbindelse med vurderingen av kommisjonens forslag om nytt rammeverk for psykososial ivaretagelse, gjennomførte direktoratet i 2014 i tillegg en landsomfattende kartleggingsundersøkelse av kommunenes organisering og innhold i den psykososiale oppfølgingen. Undersøkelsen ble besvart av 271 av 428 kommuner. Kartleggingen viste blant annet:

- 97 % av kommunene har etablert psykososiale kriseteam og 98,9 % av teamene består av faste medlemmer. Teamene er tverrfaglig organisert
- 91,7 % av kommunene har utarbeidet rutiner for arbeidet
- 74,5 % av kommunene har imidlertid ikke eget vakttelefonnummer til det psykososiale kriseteamet
- 86,7 % av kommunene mangler en egen vaktordning for teamet
- 63,6 % av kommunene har ikke utrykningsplikt for medlemmene
- 4,4 % av kommunene mangler en avtale om fast avlønning
- 59,2 % av kommunene samarbeider ikke med tilgrensende kommuner

- 62,4 % svarte at det ikke fremkommer i kommunens plan for psykososial oppfølging ved kriser, ulykker og katastrofer på hvilken måte psykososialt kriseteam skal samarbeide med spesialisthelsetjenesten
- 71,5 % har ikke etablert rutiner for samarbeid mellom psykososialt kriseteam og frivillige organisasjoner
- 27 % har aldri deltatt i en praktisk kriseøvelse

Kartleggingene tilsier at det kan være vilkårlige og utilsiktede variasjoner i tilbudene i de ulike kommunene. I situasjoner hvor psykososiale kriseteam aktiveres dreier det seg om akutte situasjoner, noe som stiller særlige krav til forutsigbarhet og planlegging for å sikre forsvarlige tjenester. Praktiske beredskapsøvelser er nødvendige for å utvikle og opprettholde kompetanse og ferdigheter. I 22. juli-kommisjonens rapport er det vist til at Helsedirektoratet har fulgt opp kommunene og bidratt med faglig veiledning, blant annet gjennom Nasjonalt kunnskapscenter om vold og traumatisk stress. Det uttales videre i rapportens kapittel 9.3, "Psykososial ivaretagelse", at det kan være ønskelig med et rammeverk, for eksempel ved at det forskriftsfestes krav om psykososiale kriseteam i kommunene. Formålet er å sikre en større forutsigbarhet i den psykososiale beredskap og oppfølging. Kommisjonen mener at et slikt rammeverk vil kunne forbedre kommunenes innsats ytterligere, og sikre at de rammede får god oppfølging uavhengig av hvor i landet de bor. Helsedirektoratets gjennomgang av status på feltet bekrefter betydelige uønskede lokale variasjoner i den psykososiale beredskapen og oppfølgingen. Dette gjelder ikke bare den konkrete oppfølgingen etter 22. juli 2011, men også generelt hvordan kommunen ivaretar sitt ansvar for psykososial beredskap og oppfølging. Det kan derfor stilles spørsmål ved om kommunene i dag tilbyr likeverdig psykososial oppfølging etter kriser, ulykker og katastrofer.

Undersøkelsene viser at det er grunn til å stille spørsmål ved om dagens lovkrav om kommunens ansvar på dette området er tydelig nok. Som nevnt under punkt 7.2 følger kommunens ansvar for psykososial beredskap og oppfølging av både helse- og omsorgstjenesteloven, folkehelseloven og helseberedskapsloven. Slik helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-1 og 3-2 flg. er utformet, er det en risiko for at det rettslige ansvaret kommunen har for psykososial beredskap og oppfølging underkommuniseres. Begrepet "psykososial" er i dag kun nevnt i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 5 om psykososial habilitering og rehabilitering.

Etter departementets vurdering er det viktig at kommunens ansvar for psykososial beredskap og oppfølging fremgår tydeligere av loven enn i dag. En tydeliggjøring av lovkravet vil etter departementets vurdering bidra til at disse tjenestene planlegges og ytes innenfor en mer forutsigbar og forpliktende ramme enn i dag. En forsvarlig beredskap og oppfølging er spesielt viktig med tanke på det endrede tidsbildet, økte trusler mot samfunnssikkerhet og krisesituasjoner forårsaket av klimaendringer. Det er viktig at alle kommuner forstår ansvaret og at ansvaret prioriteres. Departementet foreslår derfor å endre helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 3 slik at ansvar for psykososial beredskap og oppfølging tydeliggjøres i form av ny bokstav d).

Departementets viser i den forbindelse til et grunnleggende prinsipp om at kommunene som hovedregel selv skal kunne tilpasse tjenester og organisering til lokale forhold og

behov. Departementet foreslår derfor ikke å lovfeste et krav om at kommuner skal sørge for etablering av psykososiale kriseteam. Den enkelte kommune må selv vurdere om ansvaret for psykososial beredskap og oppfølging skal ivaretas gjennom opprettelse av psykososiale kriseteam eller på annen måte.

For ordens skyld skal det bemerkes at departementet også har vurdert lov om helsemessig og sosial beredskap som mulig hjemmelslov for slik tydeliggjøring av kommunens ansvar. Helseberedskapsloven inneholder bestemmelser av overordnet karakter om krav til innhold i beredskapsplaner, fullmaktsbestemmelser mv, men regulerer ikke det generelle ansvaret for helse- og omsorgstjenester i krisesituasjoner eller krav om type tjeneste som skal omfattes. Dette er etter lovens system overlatt til helse- og omsorgstjenesteloven. Helseberedskapsloven anses dermed mindre egnet som hjemmel for en lovfesting av ansvar for psykososial beredskap og oppfølging.

Helsetjenesten på Svalbard er organisert på en annen måte enn kommunale helse- og omsorgstjenester på fastlandet. Blant annet av den grunn er helse- og omsorgstjenesteloven ikke gjort gjeldende på Svalbard. Dette innebærer at forslaget om å tydeliggjøre kommunens ansvar for psykososial beredskap og oppfølging ikke vil få virkning på Svalbard. Erfaringer fra bl.a. 22/7, øvelse Svalbard 2014 og skredulykken i Longyearbyen desember 2015, viser at psykososial beredskap er minst like viktig på Svalbard som på fastlandet. Departementet vil derfor vurdere status for psykososial beredskap og oppfølging på Svalbard i en egen prosess, for eksempel som ledd i evalueringen av skredulykken på Svalbard desember 2015.

7.4 Forslag til lovregulering

Under henvisning til redegjørelsen i punkt 7.3, og i samsvar med helse- og omsorgstjenestelovens overordnede innretning, foreslås en tydeliggjøring av kommunens ansvar for psykososial beredskap og oppfølging ved at helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 3 gis en tilføyelse i form av en ny bokstav d). Av den grunn vil det også være nødvendig med enkelte tekniske justeringer av § 3-2 første ledd nr. 3. Ny bestemmelse foreslås da å skulle lyde (endringer i kursiv):

"Hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner, herunder:

- a) legevakt,
- b) heldøgns medisinsk *akuttberedskap*,
- c) medisinsk nødmeldetjeneste og
- d) *psykososial beredskap og oppfølging*"

Forutsatt at Stortinget slutter seg til slik lovendring, tas det sikte på at lovendringen skal settes i kraft fra 1. januar 2018.

7.5 Administrative og økonomiske konsekvenser

Forslaget begrenser seg til å tydeliggjøre gjeldende rett om kommunens ansvar for psykososial beredskap og oppfølging. Som utgangspunkt legger derfor departementet til grunn at forslaget ikke medfører økonomiske og administrative konsekvenser.

For noen kommuner vil forslaget likevel kunne ha slike konsekvenser i praksis. Oppfyllelse av beredskapspliktene ved store og uforutsette hendelser kan være en krevende oppgave for kommunene, spesielt for små kommuner. At en oppgave er lovpålagt, innebærer at kommunen ikke kan velge den bort ut fra økonomiske hensyn eller andre hensyn. En tydeliggjøring av ansvaret for psykososial beredskap og oppfølging vil kunne medføre at noen kommuner som ikke prioriterer dette feltet tilstrekkelig høyt i dag, vil måtte omdisponerer kommunale budsjettmidler som i dag brukes på andre oppgaver.

En påregnelig konsekvens vil være at kommuner som i dag leverer tjenester under forsvarlig minstenorm for kvalitet, prioriterer beredskapsfeltet høyere og hever nivået på sine tjenester. Dette vil kunne medføre økte kostnader for disse kommunene, men vil også kunne gi besparelser ved at man kommer tidligere til med adekvat hjelp ved ulykker, kriser eller katastrofer. Da forslaget begrenser seg til en tydeliggjøring av gjeldende rett, vil eventuelle utgifter forbundet med tiltaket måtte dekkes innenfor kommunenes gjeldende budsjettammer.

8 Administrative og økonomiske konsekvenser av de samlede forslagene

8.1 Oppfølging av forslag fra Primærhelsetjenestemeldingen

8.1.1 Lovfesting av kompetansekrav i den kommunale helse- og omsorgstjenesten

Det er redegjort nærmere for administrative og økonomiske konsekvenser av forslaget i punkt 3.2.6.

Som det fremgår legger departementet til grunn at lovfesting av krav om at kommunene må ha ansatt eller avtale med *lege, sykepleier, fysioterapeut, jordmor og helsesøster* kun er å anse for en videreføring og tydeliggjøring av allerede gjeldende rett og at dette derfor ikke vil ha nye administrative eller økonomiske konsekvenser for kommunene.

Når det gjelder administrative og økonomiske konsekvenser av å lovfeste at alle kommuner skal ha *psykolog* knyttet til seg, viser departementet til redegjørelsen under punkt 3.2.1. Som det fremgår har departementet etablert en øremerket tilskuddsordning som skal bidra til å dekke kommunenes utgifter ved ansettelse av psykologer.

Modellforsøket med rekruttering av psykologer til kommunene fra 2010–2013 ga gode resultater, og ble i 2013 erstattet av et rekrutteringstilskudd. I Prop. 1 S (2015-2016) ble det innført ny innretning av denne tilskuddsordningen. En sentral endring er at man går

bort fra varierende tilskuddsbeløp fra år til år og over til et fast beløp på kr. 300 000 pr. år for psykolog i 100 % stilling. Tilskuddsbeløpet reduseres tilsvarende ut fra hvilken stillingsprosent det søkes om. Rammen er på 145 mill. kroner i 2016. Kommunene vil ikke ha noe krav på å motta slikt tilskudd, men de vil kunne tildeles midler innenfor rammen. Når pliktbestemmelsen trer i kraft, vil tilskuddsmidlene overføres fra Helse- og omsorgsdepartementets budsjettkapittel til kommunerammen.

Når det gjelder *ergoterapeut* har det ikke tidligere vært et eksplisitt lovkrav at kommunene skal ha disse tilknyttet. KOSTRA-tall viser at det per 31. desember 2014 var 104 kommuner som manglet ergoterapeut. Fordi man i kommunesektoren har hatt en klar ansettelsesøkning av fagutdannede de siste årene, er det trolig færre kommuner i dag som ikke har ergoterapeut. For ergoterapeutene har det vært en økning på ca. 100 årsverk per år de siste årene.

I henhold til forslaget tas det sikte på at lovkravet først skal settes i kraft fra 1. januar 2020. På det tidspunkt vil det ha gått fem år fra de KOSTRA-tallene vi opererer med nå. Dersom dagens utvikling fortsetter, er det grunn til å anta at enda flere av landets kommuner da vil ha ergoterapeut. Det er likevel krevende å angi nøyaktige økonomiske konsekvenser for kommunene ved å lovfeste et slikt krav. Både fordi lønnsspennet kan variere, men også fordi det vil variere hvor stor stillingsandel det vil være behov for, eventuelt at behovet dekkes ved avtale om enkeltkjøp av nødvendige tjenester

Når det gjelder administrative og økonomiske konsekvenser av lovfesting av krav om at kommunene må ha ansatt eller avtale med *tannlege*, viser departementet til høringsnotatets punkt 3.2.6, kapittel 5 og punkt 8.2.1 hvor det er redegjort for administrative og økonomiske konsekvenser forbundet med å overføre ansvaret for offentlige tannhelsetjenester fra fylkeskommunene til kommunene.

8.1.2 Lovfesting av den kommunale helse- og omsorgstjenestens veiledningsplikt overfor spesialisthelsetjenesten

Det er redegjort nærmere for administrative og økonomiske konsekvenser av forslaget i punkt 3.3.5. Departementet legger her til grunn at veiledning fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten til spesialisthelsetjenesten skjer i et visst omfang allerede i dag. Forslaget om lovfesting vil derfor langt på vei kunne sies å være lovfesting av gjeldende praksis. Departementet legger i tillegg til grunn at omfanget av slik veiledning uansett må forventes å være såpass beskjedent at dette må kunne dekkes innenfor den enkelte kommunes ordinære budsjetter.

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

Det er redegjort nærmere for administrative og økonomiske konsekvenser av forslaget i punkt 3.5.6. Under henvisning til den redegjørelse for gjeldende rett og begrunnelse for den foreslåtte endringen av lovens formålsbestemmelse som er inntatt i punkt 3.5.4, har departementet lagt til grunn at lovendringen i all hovedsak er en tydeliggjøring av allerede gjeldende rett. Det legges derfor til grunn at endringen ikke vil innebære

vesentlige administrative eller økonomiske konsekvenser for kommunens helse- og omsorgstjeneste.

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

Det er redegjort nærmere for administrative og økonomiske konsekvenser av forslaget i punkt 3.6.7. Departementet legger til grunn at lovforslagene tydeliggjør kommunens, de regionale helseforetakenes og fylkeskommunens ansvar for å legge til rette for at tjenestene skal bli i stand til å forebygge, avdekke og avverge vold og seksuelle overgrep. Lovendringene presiserer gjeldende rett og antas derfor ikke å ha økonomiske og administrative konsekvenser av betydning.

8.2 Oppfølging av forslag fra Oppgavemeldingen

8.2.1 Overføring av tannhelsetjenesteansvaret

8.2.1.1 Konsekvenser av selve oppgaveoverføringen

Økonomiske og administrative konsekvenser av endret oppgavefordeling må håndteres i den ordinære budsjettprosessen. Det legges til grunn at overføring av oppgaver mellom forvaltningsnivåene i utgangspunktet vil følges av rammeoverføringer innenfor en samlet uendret utgiftsside på statsbudsjettet. Flytting av oppgaver mellom forvaltningsnivåene må følge det finansielle ansvarsprinsippet. Dette innebærer at overføring av oppgaver til kommunene skal følges av tilsvarende overføring av økonomiske ressurser.

Overføringen av ansvaret for tannhelsetjenester til kommunen innebærer en omfordeling av tilskudd fra statens side ved at det gjøres et uttrekk fra rammetilskuddet til fylkeskommunene som legges inn i rammetilskuddet til kommunene. Spørsmål knyttet til fordeling av rammetilskuddet til den enkelte kommune omtales ikke nærmere i dette høringsnotatet, men vil som nevnt bli nærmere omtalt i aktuell budsjettproposisjon og i kommuneproposisjonen. Det avgjørende for fordelingen vil være hvordan kommunestrukturen er ved tidspunktet for oppgaveoverføringen.

Oppgaveoverføringen vil også kunne medføre overgangskostnader i forbindelse med forberedelse til og gjennomføring av virksomhetsoverdragelsen, herunder personaltiltak, systemkostnader mv. Kommunene må vurdere hvorvidt de personellressursene og den klinikkstrukturen som de får overført i forbindelse med virksomhetsoverdragelsen anses tilstrekkelig for å ivareta ansvaret i henhold til krav fastsatt i lov og forskrift. Kommunestrukturen ved tidspunktet for overføringen vil ha betydning for behovet for interkommunalt samarbeid og for kjøp av tjenester fra private tjenesteytere, og i særdeleshet når det gjelder ivaretagelsen av ansvaret for spesialisttannhelsetjenester. Dersom interkommunalt samarbeid får et betydelig omfang, vil dette på kort sikt kunne ha økonomiske og administrative konsekvenser for samarbeidende kommuner. Det er grunn til å anta at dette særlig vil gjelde kommuner med lavt innbyggertall i områder med spredt bosetting. På lang sikt vil imidlertid interkommunalt samarbeid kunne medføre

stordriftsfordeler og innsparinger. Aktuelle overgangskostnader knytte til virksomhetsoverdragelsen er ikke vurdert i dette høringsnotatet.

8.2.1.2 Konsekvenser av forslaget til modell for lovregulering

Det vises til departementets vurdering og anbefaling av lovstruktur for regulering av kommunens ansvar for tannhelsetjenester (modell 2). I forbindelse med utarbeiding av forslag til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (helse- og omsorgstjenesteloven) ble det foretatt en gjennomgang av samtlige bestemmelser i kommunehelsetjenesteloven av 1982. Det har ikke vært gjort tilsvarende gjennomgang av tannhelsetjenesteloven av 1983. Tannhelsetjenesteloven inneholder flere bestemmelser som langt på vei er likelydende med bestemmelsene i kommunehelsetjenesteloven, men flere av bestemmelsene i kommunehelsetjenesteloven ble endret i forbindelse med ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. Uavhengig av valg av lovmodell må det derfor gjøres en vurdering av hver enkelt bestemmelse i tannhelsetjenesteloven. I tillegg må det gjøres en vurdering av alle relevante bestemmelser i helse- og omsorgstjenesteloven og pasient- og brukerrettighetsloven, sett i lys av behovet for modernisering og harmonisering av regelverket. Med unntak av pasient- og brukerombudsordningen, gjelder allerede de prosessuelle bestemmelsene i pasient- og brukerrettighetsloven for tannhelsehjelp som ytes av fylkeskommunen eller av private tjenesteytere. Den foreslåtte lovmodellen forutsetter at det må tas inn enkelte særregler eller unntak for tannhelsetjenester i helse- og omsorgstjenesteloven og pasient- og brukerrettighetsloven.

Det er en krevende prosess å slå sammen to lover, både pedagogisk og lovteknisk, samtidig som man skal opprettholde meningsinnholdet i begge lovene. Et generelt spørsmål i den forbindelse er hvorvidt lovforslagene kan ha utilsiktede konsekvenser som departementet ikke har vært i stand til å vurdere eller se rekkevidden av. Et spesifikt spørsmål er hvorvidt de foreslåtte lovbestemmelsene er tilstrekkelig klare i avgrensningene av kommunens plikt til å sørge for nødvendig tannhelsehjelp overfor personer som har rett til det, og kommunens plikt til å sørge for at tannhelsetjenester er tilgjengelige også for den øvrige delen av befolkningen. Flere av forslagene kan hver for seg ha små konsekvenser for kommunene, men samlet sett vil forslagene likevel kunne få konsekvenser av et visst omfang som varierer fra kommune til kommune.

Forslaget til lovregulering av kommunens ansvar for tannhelsetjenester i helse- og omsorgstjenesteloven innebærer i all hovedsak en videreføring av innholdet i tannhelsetjenesteloven. Forslaget om å ta inn tannhelsetjenester i kapittel 2 i pasient- og brukerrettighetsloven er også i all hovedsak et teknisk grep som innebærer en videreføring av gjeldende rett.

Ved at de aller fleste bestemmelsene i helse- og omsorgstjenesteloven gis uavkortet anvendelse for tannhelsetjenester, innebærer lovforslaget at kommunen vil bli pålagt noen flere plikter knyttet til tannhelsetjenester sammenlignet med hva fylkeskommunen i dag har etter tannhelsetjenesteloven. Summen av kommuneplikter ville imidlertid også blitt tilsvarende større ved regulering i en egen tannhelsetjenestelov (modell 1), siden

innholdet i en ny tannhelsetjenestelov uansett måtte moderniseres og harmoniseres med blant annet helse- og omsorgstjenesteloven.

Et hovedformål med oppgaveoverføringen er gjennom lovregulering å legge til rette for at kommunen kan se forhold knyttet til tannhelsetjenester og forhold knyttet til øvrige helse- og omsorgstjenester i sammenheng til beste for pasienter og brukere. Videre er det et mål å legge til rette for at tannhelsetjenester kan integreres organisatorisk i den øvrige helse- og omsorgstjenesten på en slik måte som kommunene finner hensiktsmessig. En slik integrering vil kunne ha synergieffekter for den samlede kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Departementet ber på denne bakgrunn om høringsinstansenes vurdering av helheten i de valg som er gjort i dette høringsnotatet, herunder om det eventuelt er behov for ytterligere særregler og unntak for tannhelsetjenester sett i lys av at den i hovedsak er privat organisert og finansiert.

8.2.1.3 Forslag som ikke antas å ha økonomiske og administrative konsekvenser utover de plikter fylkeskommunen har i dag

En rekke forslag innebærer kun en videreføring og/eller tydeliggjøring av gjeldende rett. Andre forslag innebærer noe utvidede plikter for kommunen sett i forhold til hvilke plikter fylkeskommunen er pålagt i dag, men uten å ha økonomiske og administrative konsekvenser.

Følgende forslag er en videreføring av bestemmelser i tannhelsetjenesteloven, folkehelseloven og annen relevant lovgivning, og anses i all hovedsak å ikke ha økonomiske eller administrative konsekvenser:

- Krav til anvendelse av reglene i forvaltningsloven kapittel II (inhabilitet) og III (alminnelige regler om saksbehandling) ved tildeling av rett til kommunale tannhelsetjenester, jf. punkt 5.7.2.
- Plikt til å gi et regelmessig og oppsøkende tannhelsetilbud, jf. punkt 5.9.
- Helsefremmende og forebyggende tannhelsearbeid, jf. punkt 5.10.
- Ansvar for å sørge for akutt tannhelsehjelp, jf. punkt 5.13.
- Plikt til å utarbeide beredskapsplan, jf. punkt 5.16.2.
- Plikt til å yte bistand ved ulykker og andre akutte situasjoner, jf. punkt 5.16.3.
- Plikt til å registrere meldinger fra helsepersonell, jf. punkt 5.16.5.
- Opplysningsplikt til Statens helsetilsyn og Fylkesmannen, jf. punkt 5.16.7.
- Krav til journal- og informasjonssystemer, jf. punkt 5.16.8.
- Plikt til undervisning og praktisk opplæring samt videre- og etterutdanning av ansatt personell, jf. punkt 5.18.1 og 5.18.2.
- Ansvar for finansiering av pasienttransport til og fra kommunal tannhelsetjeneste, jf. punkt 5.19.3.
- Plikt til å utarbeide atskilte regnskaper for tannhelsetjenester som regnes som henholdsvis økonomisk og ikke-økonomisk aktivitet for å hindre krysssubsidiering i strid med statsstøttereglene, jf. punkt 5.19.4.
- Regler om statlig tilsyn med kommunen, jf. punkt 5.20.2. Forslaget innebærer en tilpasning til tilsynsreglene i helse- og omsorgstjenesteloven som er utformet i tråd med de generelle tilsynsreglene i kommuneloven.

- Barns rett til tannhelsekontroll, jf. punkt 5.21.6. Plikten til å medvirke til at barnet møter opp til regelmessige tannhelsekontroller følger allerede av innholdet i foreldreansvaret.
- Regler om klageadgang over manglende tannhelsehjelp, jf. 5.21.7.

8.2.1.4 Forslag som kan ha økonomiske og administrative konsekvenser

Enkelte forslag vil kunne ha økonomiske og administrative konsekvenser i varierende grad, uten at det er mulig å anslå eventuelle merkostnader. Dette gjelder blant annet:

- Ansvar for at tannhelsetjenester er tilgjengelige for befolkningen, jf. punkt 5.8. Dagens begrensninger i ansvaret som ligger i at tjenestene "i rimelig grad" må være tilgjengelige videreføres ikke, siden formuleringen ikke lenger anses å ha reell betydning. Hvorvidt tilgjengeligheten til tjenestene er forsvarlig, avhenger av en rekke faktorer som det i første rekke er opp til kommunen å vurdere.
- Lovfesting av ansvar for tannhelsetjenester til personer med rusavhengighet, jf. punkt 5.9.9. Forslaget er i hovedsak en kodifisering av gjeldende rett som er fragmentert og følger dels av tannhelsetjenesteloven, dels av Stortingets budsjettvedtak og departementets presiseringer i rundskriv.
- Lovfesting av kommunens ansvar for tannhelsehjelp til innsatte i fengsler i kriminalomsorgen, jf. punkt 5.9.10. Forslaget er en kodifisering av gjeldende rett som følger av Stortingets budsjettvedtak og retningslinjer gitt i rundskriv.
- Hjemmel for å forskriftsfeste krav til privat tannhelsevirksomhet som ikke har avtale med kommunen, jf. punkt 5.11.2. Eventuelle konsekvenser for private vil være avhengig av at departementet benytter hjemmelen til å utarbeide slik forskrift. Eventuelle konsekvenser vil måtte bli vurdert i den sammenheng.
- Plikt til samhandling og samarbeid mellom ulike deltjenester innad i kommunen, med andre tjenesteytere og forvaltningsnivå, jf. punkt 5.12.
- Krav til pasient- og brukermedvirkning på systemnivå, jf. punkt 5.14.
- Krav til forsvarlighet, pasientsikkerhet og kvalitet, jf. punkt 5.15. Slike krav følger i dag av tilretteleggingsplikten i tannhelsetjenesteloven, internkontrollforskriften og det ulovfestede forsvarlighetskravet. Kommunens informasjonsplikt om ulike ordninger ved pasientskade vil omfatte pasient- og brukerombudsordningen og adgangen til å be om vurdering av pliktbrudd, som begge er nye ordninger for tannhelsetjenester.
- Lovfesting av ansvar for å sørge for utførelsen og finansieringen av transport av behandlingsspersonell til pasienter som på grunn av sin helsetilstand ikke kan møte frem på behandlingsstedet, jf. punkt 5.16.1.
- Krav til politiattest, jf. punkt 5.16.4. I Prop. 94 L (2015-2016) er det foreslått en utvidelse av kommunens plikt til å kreve fremlagt politiattest for alle som skal yte tjenester etter loven, uavhengig av hvem de skal yte tjenester til.
- Krav til individuell plan som gir pasienten en tilsvarende rettighet til slik plan, jf. punkt 5.17. Plikten er ny når det gjelder tannhelsetjenester. Kravet innebærer at personer med rett til individuell plan og med rett til nødvendig tannhelsehjelp fra kommunen også inngår i vurderingen av behov for koordinering med øvrige helse- og omsorgstjenester.
- Ansvar for å medvirke til at personell i privat tannhelsevirksomhet som har avtale med kommunen får tilgang til nødvendig etter- og videreutdanning, jf. punkt 5.18.2.
- Plikt til å medvirke til forskning, jf. punkt 5.18.3. Plikten er ny når det gjelder tannhelsetjenester.
- Regler om skjerpet taushetsplikt for personell som utfører rent administrative oppgaver knyttet til tannhelsetjenester, jf. punkt 5.20.1.

- Utvidelse av pasient- og brukerombudsordningen til å omfatte kommunale tannhelsetjenester, jf. punkt 5.21.8. Dette vil bli ivaretatt av departementet i budsjettssammenheng.

8.2.1.5 Sammendrag

En nærmere vurdering av konsekvensene av disse forslagene fremgår under de enkelte punktene i kapittel 5 i høringsnotatet.

Det generelle utgangspunkt er at tilgangen på tannpleiere og tannleger er god. Dette innebærer at de aller fleste fylkeskommunale tannpleier- og tannlegestillinger er besatt. Etablering av tannlegeutdanningen i Tromsø har bidratt til en tilgang på tannleger og stabilitet i tannlegestillinger som man må tilbake til 1970-tallet for å finne maken til. Den geografiske fordelingen av tannlegespesialister gjennom oppbyggingen av regionale odontologiske kompetansesentre bidrar også til en gradvis bedre geografisk fordeling av spesialistkompetanse og til systematisk fagstøtte til allmenntannklinikkene. Kommunene vil med andre ord ha gode forutsetninger når det gjelder tilgang på personell og deres kompetanse for å ivareta ansvaret for tannhelsetilbudet. Dette gjelder både tilgjengelighetsansvaret, tjenester til personer med rusavhengighet, tjenester til innsatte i fengsel og medvirkning til forskning. Med unntak av medvirkning til forskning er de andre øvrige oppgaver vel innarbeidet i de fylkeskommunale tannhelsetjenesten med etablerte rutiner. Forslaget om å rettighetsfeste tannhelsehjelp til personer med rusavhengighet og personer innsatt i fengsler, kan innebære økonomiske konsekvenser, avhengig av i hvilken grad eksisterende tilbud vil være på nivå med det som kommunene vil anse som nødvendig og forsvarlig tannhelsehjelp. Tannhelsetjenester til innsatte i fengsler finansieres gjennom tilskuddsmidler til vertskommuner for fengselsinstitusjoner.

Flere av de øvrige pliktene vil i hovedsak være av administrativ karakter. På administrativt nivå gjelder dette krav til brukermedvirkning på systemnivå, krav til forsvarlighet, pasientsikkerhet og kvalitet, krav til politiattest, behov for koordinering av deltjenester for personer med rett til individuell plan og som også har rett til nødvendig tannhelsehjelp samt regler om taushetsplikt for personer som utfører rent administrative oppgaver. Når det gjelder ansvar for å finansiere transport av behandlingspersonell til pasienter som på grunn av sin helsetilstand ikke kan møte frem på behandlingsstedet, vil det kunne gjelde personell som reiser til institusjon/sykehjem og til personer i eget hjem for å kunne utføre undersøkelse, opplæring og eventuell behandling. I hvilken grad det blir merkostnad for kommunene, vil langt på vei være avhengig av fylkeskommunenes praksis ved overføringstidspunktet.

Omfanget av personell i privat virksomhet som har avtale med fylkeskommune utgjør i antall årsverk et svært lite antall, anslagsvis mellom 20 og 30 årsverk. Bestemmelsen om å sørge for at kommunen skal medvirke til at disse får adgang til nødvendig etter- og videreutdanning, vil få marginale konsekvenser. Hvis kommunene i større grad vil basere sitt ansvar for tjenestetilbud på avtale med private, vil omfanget av kommunalt ansatte bli lavere. Dette vil ikke endre på de økonomiske konsekvenser av ansvaret.

Plikten til å medvirke til forskning spesifiserer ikke omfanget av plikten og hvordan dette skal organiseres. Tannklinikker i samtlige fylker er allerede i varierende grad involvert i

praksisnær forskning. Ansvar for forskningsprosjektene er forankret i virksomheter med forskningskompetanse, slik som universitetene, NIOM og de regionale odontologiske kompetansesentre. Forskningsaktivitetene forankret ved kompetansesentrene er under oppbygging, og foregår som regel i samarbeid med andre fagmiljøer med forskningskompetanse. Fler og fler allmenntannklinikker trekkes inn i forskningsvirksomhet gjennom bidrag med data fra elektronisk pasientjournal. I mange av prosjektene analyseres sammenhengen mellom tannhelse og øvrig helse. Ved tidspunktet for overføring av tannhelsetjenesten til kommunene vil omfanget av tannklinikkenes involvering i forskningsprosjekter antagelig være betydelig høyere enn tilsvarende for øvrige kommunale tjenester. Plikten til medvirkning til forskning vil i praksis ha små konsekvenser for kommunene, ut over at tannklinikkenes bidrag i forskningen bidrar til kvalitetsheving av tjenestene. Forskningen skal bidra til bedre og mer kunnskapsbaserte tjenester, og forutsettes å på sikt ha gunstig effekt for kommunens samlede ansvar for helse- og omsorgstjenester.

8.2.2 Etablering av forsøksordning med kommunalt drevet DPS

Det er redegjort nærmere for administrative og økonomiske konsekvenser av forslaget i punkt 4.5. I henhold til forslaget skal det etableres en forsøksordning som åpner for forsøk med kommunal drift av noen DPS. Hvilke DPS og kommuner som ønsker å delta i slikt forsøk er ikke avklart ennå. Aktuelle kommuner og regionale helseforetak som ønsker å delta i forsøket skal først forhandle om å inngå en avtale om forsøk, og deretter må dette godkjennes av Kommunal- og moderniseringsdepartementet i samråd med Helse- og omsorgsdepartementet.

Siden det ikke vil være kjent på forhånd hvilke og hvor mange DPSer og kommuner som skal inngå avtale om deltagelse i forsøket, vil det ikke være mulig å flytte midler fra Helse- og omsorgsdepartementets budsjettkapitler til Kommunal- og moderniseringsdepartementets budsjettkapitler. Det vil heller ikke være særlig treffsikkert å flytte midler til kommunenes inntektsrammer i og med at det trolig kun skal gjennomføres forsøk i noen kommuner.

Departementet har derfor foreslått at det økonomiske oppgjøret skal avtales lokalt og at det ikke skal gjøres endringer i overføringene fra statsbudsjettet fra henholdsvis Helse- og omsorgsdepartementet og Kommunal- og moderniseringsdepartementet til de regionale helseforetakene og kommunene som skal delta i forsøket. Departementet har foreslått at grunnlaget for overføringen bør være det regionale helseforetakets kostnader for drift av det aktuelle DPS. Målepunktet bør være siste kjente regnskapsår korrigert for generell vekst, herunder kompensasjon for lønns- og prisvekst. Kommunen som drifter DPSet bør bære de fulle kostnader ved å drive DPSet. Dette forutsetter at kommunen får inndekning også for eventuelle kapitalkostnader eller eventuelle husleiekostnader. Årlig regulering av overføringen bør skje på grunnlag av den generelle prosentvise inntektsvekst for det regionale helseforetaket.

Det bør kunne avtales, direkte mellom ansvarlig kommune og det regionale helseforetaket, mulige tilleggsmidler ved eventuelt nye tjenestetilbud eller forutsetninger

om andre vesentlige endringer i tjenestetilbudet ved DPSet. Avtalen mellom ansvarlig kommune og det regionale helseforetaket må også sikre at det regionale helseforetak kan oppfylle sitt lovbestemte sørge for-ansvar, samtidig som kommunens frihet til å organisere tjenestene ivaretas

Takstrefusjoner fra staten (HELFO) er regulert gjennom forskrift 19. desember 2007 nr. 1761 om godtgjørelse av utgifter til helsehjelp som utføres poliklinisk ved statlige helseinstitusjoner og ved helseinstitusjoner som mottar driftstilskudd fra regionale helseforetak. Departementet foreslår ingen endringer i finansieringsordningene som følge av forsøksordningen. Det betyr at regionalt helseforetak fortsatt vil være mottaker av eventuelle aktivitetsbaserte inntekter ved det aktuelle DPSet og at det spesifiseres i avtalen at disse midlene videreføres til de aktuelle kommunene. Dette vil være i tråd med gjeldende praksis i avtalene med private og prinsippet om at midler fra staten skal følge sørge for-ansvaret.

I punkt 4.5 har departementet har bedt høringsinstansene særskilt kommentere departementets vurdering av at det økonomiske oppgjøret bør avtales lokalt og også departementets vurdering av hvilke prinsipper som bør ligge til grunn for å beregne overføring av midler fra det regionale helseforetaket til kommunen, herunder hva som bør kunne være gjenstand for forhandlinger mellom det regionale helseforetaket og kommunen.

8.3 Forslag om å tydeliggjøre kommunens plikt til psykososial beredskap og oppfølging

Det er redegjort nærmere for administrative og økonomiske konsekvenser av forslaget i punkt 7.5. Forslaget tydeliggjør gjeldende rett om kommunens ansvar for psykososial beredskap og oppfølging. Som utgangspunkt legger derfor departementet til grunn at forslaget ikke medfører økonomiske og administrative konsekvenser. For noen kommuner vil forslaget likevel kunne ha slike konsekvenser i praksis. En tydeliggjøring av ansvaret for psykososial beredskap og oppfølging vil kunne medføre at noen kommuner som ikke prioriterer dette feltet tilstrekkelig høyt i dag, vil måtte omdisponerer kommunale budsjettmidler som i dag brukes på andre oppgaver. Eventuelle utgifter forbundet med dette vil måtte dekkes innenfor kommunenes gjeldende budsjettammer.

9 Spesielle merknader til lovendringer

Merknad til høringsinstansene: Merk at det ikke er utarbeidet spesielle merknader til alle de foreslåtte lovendringene.

9.1 Merknader til forslag til endringer i helse- og omsorgstjenesteloven

Til § 1-2 Lovens virkeområde

Generelle merknader er gitt i punkt 5.6.2. I *første ledd* er det av pedagogiske hensyn tatt inn en presisering av helse- og omsorgstjenestelovens saklige virkeområde, slik at det klart fremgår at loven også gjelder tannhelsetjenester som tilbys eller ytes av kommunen eller private som har avtale med kommunen.

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

Generelle merknader er gitt i punkt 5.8. I *første ledd* presiseres at kommunens overordnede ansvar for å sørge for tannhelsetjenester ikke bare omfatter allmenntannhelsetjenester, men også odontologiske spesialisttjenester. Bestemmelsen er en videreføring av det ansvar som fylkeskommunen er pålagt etter tannhelsetjenesteloven § 1-1 første ledd. Begrepet "sørge for" pålegger kommunen ansvaret for at tannhelsetjenester gjøres tilgjengelig for alle som oppholder seg i kommunen, herunder for de som har rettigheter til tannhelsehjelp fra kommunen.

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

Generelle merknader er gitt i punkt 5.8. I *første ledd nytt nummer 7* er det tydeliggjort at tannhelsetjenester er blant de spesifikke tjenester som kommunen som et minimum skal tilby.

I bestemmelsens *andre ledd, nytt første punktum* foreslås lovfesting av kompetansekrav i form av opplisting av hvilken kjernekompetanse enhver kommune må ha knyttet til seg.

En slik lovfastsatt liste vil ikke være uttømmende for hva slags kompetanse eller hvilke fagprofesjoner den enkelte kommune må sørge for. For mange pasienter og brukere vil nødvendige helse- og omsorgstjenester bestå av summen av ulike delbidrag fra en rekke fagprofesjoner. Det kommunale ansvaret for helse- og omsorgstjenesten er omfattende, og sammensatt. Kommunene må ofte ha tilgang på et vidt spekter av personell med ulik kompetanse for å kunne utøve det kommunale ansvaret på en forsvarlig måte. Utover den kjernekompetanse som en lovfestet liste innebærer, må kommunen vurdere hva slags personell det er nødvendig å ansette eller inngå avtale med for å kunne oppfylle sitt ansvar for å sørge for et forsvarlig og nødvendig tilbud av helse- og omsorgstjenester. En opplisting av kjernekompetanse vil slik sett ikke endre på det tjenestetilbudet kommunen ellers har plikt til å tilby.

I tråd med prinsippet i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 femte ledd må den enkelte kommune selv vurdere om de ønsker å ansette personell i kommunal heltids- eller deltidsstilling eller om de heller ønsker å inngå avtale om kjøp av enkeltstående tjenester fra privatpraktiserende personell eller personell ansatt i en annen kommune. Hvilken tilknytningsform som er mest hensiktsmessig må det være opp til den enkelte kommune

selv å vurdere, forutsatt at kommunene ivaretar sitt ansvar om å sørge for nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester til pasienter og brukere i kommunen.

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

Generelle merknader er gitt i punkt 5.9. Bestemmelsen viderefører i hovedsak gjeldende rett etter tannhelsetjenesteloven § 1-3 i en mer oppdatert språkdrakt. Bestemmelsen innebærer en lovfesting av kommunens ansvar for tannhelsetjenester til personer med rusavhengighet og innsatte i fengsel i kriminalomsorgen. Dette er en kodifisering av det ansvar fylkeskommunen i dag har for disse gruppene i henhold til budsjettvedtak og departementets retningslinjer.

Oppregningen i *første ledd* angir de persongrupper som kommunen har ansvar for å gi et regelmessig og oppsøkende tannhelsetilbud til.

Nummer 1 omhandler barn og ungdom fra 0 til og med det året de fyller 20 år.

Bestemmelsen er en videreføring og sammenslåing av bestemmelsene i tannhelsetjenesteloven § 1-3 første ledd bokstav a og d. Av hensyn til forenkling og likebehandling er begrepet "behandlingsåret" i tannhelsetjenesteloven ikke videreført. I tråd med dagens praksis legges det i stedet til grunn at kommunens ansvar strekker seg ut det kalenderåret hvor pasienten fyller 20 år, uavhengig av pasientens fødselsdato.

Nummer 2 omhandler personer med utviklingshemming, både i og utenfor institusjon. Bestemmelsen er en videreføring av bestemmelsen i tannhelsetjenesteloven § 1-3 første ledd bokstav b.

Nummer 3 omhandler personer som mottar helsehjelp i institusjon. Bestemmelsen er en videreføring av deler av bestemmelsen i tannhelsetjenesteloven § 1-3 første ledd bokstav c. Begrepet "personer" benyttes gjennomgående i helse- og omsorgstjenesteloven og erstatter formuleringen "grupper av eldre, langtidssyke og uføre" i tannhelsetjenesteloven, uten at dette i seg selv medfører en utvidelse av personkretsen som omfattes av kommunens ansvar. Det avgjørende for retten til kommunal tannhelsehjelp er fortsatt hvorvidt den aktuelle personen mottar andre helse- og omsorgstjenester fra kommunen eller spesialisthelsetjenesten, det vil si såkalte avledede rettigheter. Bestemmelsen i nummer tre omfatter institusjoner både innenfor kommunen og i spesialisthelsetjenesten, enten institusjonene eies og drives av kommunen eller det regionale helseforetaket selv eller av private gjennom avtale med henholdsvis kommunen eller helseforetak. Det er bare helseinstitusjoner som omfattes av bestemmelsen i nummer 3, jf. formuleringen "helsehjelp i institusjon". Med helseinstitusjon siktes det til institusjon som har sengeplasser for døgnopphold. Bestemmelsen er ikke ment å omfatte behandling ved poliklinikk eller andre former for behandling som ikke innebærer innleggelse i institusjon, for eksempel dagkirurgisk behandling. Heller ikke innleggelse i kommunale døgnplasser som opprettes for å tilby øyeblikkelig hjelp, vil kvalifisere for rett til tannhelsehjelp, ettersom dette tjenestetilbudet ikke er ment å vare utover noen få dager.

Nummer 4 omhandler personer som mottar helsetjenester i hjemmet fra kommunen i form av sykepleie. Bestemmelsen viderefører den delen av innholdet i bestemmelsen i tannhelsetjenesteloven § 1-3 første ledd bokstav c som omfatter kommunens ansvar for tannhelsehjelp til personer som mottar hjemmesykepleie.

Nummer 5 bokstav a til c omhandler personer med rusavhengighet. Bestemmelsene er en kodifisering av det ansvar fylkeskommunen har i dag for tannhelsetjenester til denne gruppen basert på budsjettvedtak og departementets retningslinjer. Personer med rusavhengighet som er innlagt i helseinstitusjon for behandling som ikke nødvendigvis har med rusavhengigheten å gjøre, vil kunne omfattes av bestemmelsen i nummer 3. Personer med rusavhengighet som mottar helsetjenester i hjemmet i form av sykepleie, vil omfattes av den generelle bestemmelsen i nummer 4. Rusavhengige som mottar personlig assistanse, herunder praktisk bistand, støttekontakt, avlastningstiltak eller som oppholder seg i sykehjem, vil ha rett til kommunal tannhelsehjelp etter bestemmelsen i *bokstav a*. *Bokstav b og c* omfatter personer som er under legemiddelassistert rehabilitering (LAR) eller annen tverrfaglig spesialisert behandling for rusavhengighet (TSB).

Nummer 6 omhandler tannhelsetjenester til innsatte i fengsler i kriminalomsorgen. Bestemmelsen er en videreføring av gjeldende rett og tas inn i § 3-2 b for å gi en mest mulig fullstendig oversikt over hvilke grupper kommunen har et lovpålagt ansvar for. Bestemmelsen må ses i sammenheng med kommunens generelle ansvar for tilbud om helse- og omsorgstjenester til denne gruppen i § 3-9.

Til § 3-4 Kommunens plikt til samhandling og samarbeid

Generelle merknader er gitt i punkt 5.12. Bestemmelsen i *nytt andre ledd* viderefører det samordningsansvaret som fylkeskommunen er pålagt etter tannhelsetjenesteloven § 1-4. Kommunen får ansvar for å samordne offentlige og private tannhelsetjenester. Samordningen skal sikre at det finnes tilgang på tannhelsetjenester for hele befolkningen i kommunen.

Til § 5-8 Meldingsplikt til kommuneadministrasjonen

Generelle merknader er gitt i punkt 5.16.6. Bestemmelsen tydeliggjør at meldeplikten etter helse- og omsorgstjenesteloven § 5-8 også omfatter private tjenesteytere uten avtale med kommunen. Dette innebærer at alle private ytere av helse- og omsorgstjenester i kommunen, inkludert tannhelsetjenester, omfattes av meldeplikten.

Til § 11-1 Kommunens ansvar for utgifter

Generelle merknader er gitt i punkt 5.19.1 og 5.19.3. Bestemmelsene i *tredje og fjerde ledd* viderefører det ansvaret som fylkeskommunen er pålagt etter tannhelsetjenesteloven § 5-1.

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

Generelle merknader er gitt i punkt 5.19.4. Bestemmelsen er en videreføring av fylkeskommunens plikt etter tannhelsetjenesteloven § 5-3 jf. § 1-3 tredje ledd.

Til ny § 13-4 Overgangsbestemmelser ved overføring av tannhelsetjenester til kommunen

Generelle merknader er gitt i punkt 5.22. Bestemmelsen er ny i forhold til gjeldende rett og inneholder bestemmelser om regulering av det økonomiske oppgjøret ved virksomhetsoverdragelsen i forbindelse med overføringen av ansvaret for tannhelsetjenester fra fylkeskommunen til kommunen.

9.2 Merknader til forslag til endringer i pasient- og brukerrettighetsloven

Til § 1-3 Definisjoner

Generelle merknader er gitt i punkt 5.21.1. Bestemmelsen i *bokstav d* er en teknisk justering som følge av at begrepet "tannhelsetjenesten" ikke lenger vil ha selvstendig betydning.

Til § 2-1 a Rett til nødvendig hjelp fra kommunens helse- og omsorgstjeneste

Generelle merknader er gitt i punkt 5.21.2. Bestemmelsen i *nytt tredje ledd* er en presisering av at tannhelsetjenester ikke er omfattet av bestemmelsene i pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 a første og andre ledd. Bestemmelsen henviser i stedet til forslaget til ny § 2-1 f som i sin helhet regulerer retten til nødvendig tannhelsehjelp fra kommunen.

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

Generelle merknader er gitt i punkt 5.21.2. Bestemmelsen er ny, men viderefører de rettigheter som i dag følger av tannhelsetjenesteloven § 2-1 første ledd. Retten til nødvendig tannhelsehjelp inkluderer rett til akutt tannbehandling ved behov.

Til § 7-4 Anmodning om vurdering av mulig pliktbrudd

Generelle merknader er gitt i punkt 5.21.7. Bestemmelsen i *første ledd* inneholder en teknisk justering som følge av at tannhelsetjenesteloven foreslås opphevet.

9.3 Merknader til forslag til endringer i andre lover

9.3.1 Folkehelseloven

Til § 21 Oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer i fylket

Generelle merknader er gitt i punkt 5.10. I første ledd bokstav b tas henvisningen til "tannhelsetjenesten" ut som følge av at tannhelsetjenester ikke lenger vil være en del av fylkeskommunens lovpålagte virksomhet. Fylkeskommunen vil fortsatt kunne basere oversikten på relevant kunnskap fra kommunene og fra fylkeskommunens egen virksomhet som har betydning for folkehelsen.

9.3.2 Pasientjournalloven

Til § 14 Registrering og melding av helseopplysninger

I første ledd tas henvisningen til "tannhelsetjenesteloven" ut som følge av forslaget om å oppheve denne loven.

9.3.3 Helseregisterloven

Til § 8 Vilkår for etablering av helseregistre ved forskrift

I tredje ledd tas henvisningen til "tannhelsetjenesteloven" ut som følge av forslaget om å oppheve loven.

Til § 13 Innmelding av helseopplysninger til helseregistre

I første ledd tas henvisningen til "tannhelsetjenesteloven" ut som følge av forslaget om oppheving av loven.

9.3.4 Merverdiavgiftsloven

Til § 3-2 Helsetjenester mv.

Henvisningen til "tannhelsetjenesteloven" tas ut av § 3-2 som følge av forslaget om å oppheve loven. Den øvrige delen av unntaksbestemmelsen i merverdiavgiftsloven § 3-2 nr. 1 bokstav b som omhandler tanntekniske tjenester, flyttes til bestemmelsen i § 3-2 nr. 1 bokstav a. Tannhelsetjenester som i dag er omfattet av tannhelsetjenesteloven, vil med oppgaveoverføringen fortsatt være omfattet av unntaket for merverdiavgift for omsetning og formidling av helsetjenester som følge av at tannhelsetjenester vil falle inn under helse- og omsorgstjenesteloven. Dette følger av henvisningen til helse- og omsorgstjenesteloven i merverdiavgiftsloven § 3-2 nr. 1 bokstav a. Endringsforslaget medfører derfor ingen realitetsendring.

9.3.5 Spesialisthelsetjenesteloven

Til § 2-5 c Kontaktlege

Generelle merknader er gitt i kapittel 6.

I første ledd første punktum er det foreslått at "helseforetaket" erstattes med "helseinstitusjon som omfattes av denne loven", slik at det blir tydelig at både offentlige og private helseinstitusjoner omfattes. Private spesialister, herunder spesialister som har inngått avtale med helseforetak eller regionale helseforetak, omfattes ikke.

10 Lovendringer

10.1 Forslag til endringer i helse- og omsorgstjenesteloven

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

§ 1-1 nr. 5 skal lyde:

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

§ 1-2 første ledd skal lyde:

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

§ 3-1 første ledd skal lyde:

Kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. *Kommunen skal sørge for at tannhelsetjenester, herunder spesialisttannhelsetjenester, er tilgjengelige for personer som oppholder seg i kommunen.*

§ 3-2 første ledd nr. 3 skal lyde:

"Hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner, herunder:

- a. legevakt,
- b. heldøgns medisinsk *akuttberedskap*,
- c. medisinsk nødmeldetjeneste og
- d. *psykososial beredskap og oppfølging*"

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

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

Når det gjelder lovfesting med ikraftsetting fra 1. januar 2018 foreslår departementet at nytt første punktum i § 3-2 andre ledd gis følgende ordlyd:

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

Når det gjelder lovfesting med ikraftsetting fra 1. januar 2020 foreslår departementet at nytt første punktum i § 3-2 andre ledd gis følgende ordlyd:

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

Ny § 3-2 b skal lyde:

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

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

- 1. Barn og ungdom til og med det året de fyller 20 år*
- 2. Personer med psykisk utviklingshemming*
- 3. Personer som mottar helsehjelp i institusjon, herunder helseinstitusjon i spesialisthelsetjenesten*
- 4. Personer som mottar helsetjenester i hjemmet i form av sykepleie*
- 5. Personer som på grunn av rusavhengighet mottar ett av følgende tilbud:*
 - a. tjenester som nevnt i § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav b til d*
 - b. legemiddelassistert rehabilitering*
 - c. annen tverrfaglig spesialisert behandling for rusavhengighet*
- 6. Innsatte i fengsler i kriminalomsorgen, jf. § 3-9.*

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

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

Ny § 3-3a skal lyde:

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

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

§ 3-4 nytt andre ledd skal lyde:

Kommunen har ansvar for å samordne kommunal og privat tannhelsevirksomhet.

Nåværende andre ledd blir nytt tredje ledd.

§ 5-8 første ledd skal lyde:

Kommunen kan pålegge personell som yter tjenester etter denne lov å gi opplysninger til bruk for pålegg, styring og utvikling av den kommunale helse- og omsorgstjenesten. *Dette gjelder også private tjenesteytere som ikke har avtale med kommunen.* Utlevering av taushetsbelagte opplysninger etter første punktum kan bare skje etter samtykke fra den opplysningene angår, hvis ikke annet er bestemt i eller i medhold av lov.

Ny § 5-11 skal lyde:

§ 5-11 Veiledningsplikt overfor spesialisthelsetjenesten
Helsepersonell som yter tjenester omfattet av loven her, skal gi spesialisthelsetjenesten råd, veiledning og opplysninger om helsemessige forhold som er påkrevet for at spesialisthelsetjenesten skal kunne løse sine oppgaver etter lov og forskrift.

§ 11-1 tredje ledd skal lyde:

Utgifter til privat praksis som drives etter avtale med kommunen, skal helt eller delvis dekkes av kommunen etter nærmere avtale mellom den privatpraktiserende og kommunen. *Dersom pasientens utgifter til tannhelsetjenester helt eller delvis skal dekkes av kommunen, må den privatpraktiserende ha avtale med kommunen.*

§ 11-1 nytt fjerde ledd skal lyde:

Kommunen skal gi forskrift om dekning av reiseutgifter for pasienter som får tilbud om tannhelsetjenester etter § 3-2 b.

Nåværende fjerde ledd blir nytt femte ledd.

Ny § 11-6 skal lyde:

§ 11-6 Plikt til å utarbeide atskilte regnskaper mv. for tannhelsetjenester
Departementet kan gi forskrift om føring av atskilte regnskaper, krav til fordeling av inntekter og utgifter, regulering av overskudd, kontrollsystemer, informasjon og andre krav som er nødvendige for å unngå kryssubsidiering mellom tannhelsetjenester som kommunen tilbyr der det ikke foreligger annet tilstrekkelig tilbud, og tjenester som tilbys i konkurranse med private tjenesteytere.

Ny § 13-4 skal lyde:

§ 13-4 Overgangsbestemmelser ved overføring av tannhelsetjenester til kommunen
Fra og med ikraftsettingen av endringer i denne loven som følge av overføring av ansvaret for tannhelsetjenester fra fylkeskommunen til kommunen, har den kommune hvor virksomheten er lokalisert rett og plikt til å overta alle formuesposisjoner som er knyttet til virksomheter innenfor den offentlige tannhelsetjenesten, herunder offentlige tannklinikker og regionale odontologiske kompetansesentre. Overtakelsen skal omfatte alle eiendeler, rettigheter og plikter som er knyttet til virksomhetene. Overføringen

gjennomføres med kontinuitet i rettighets- og forpliktelsesposisjoner. Overdragelsen skjer vederlagsfritt.

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

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

Kommunen kan uten hinder av bestemmelsene i foregående ledd avtale med andre kommuner eller fylkeskommunen at disse helt eller delvis skal ha eiendomsrett til virksomheten.

10.2 Forslag til endringer i pasient- og brukerrettighetsloven

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

§ 1-3 bokstav d skal lyde:

I loven her menes med

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

§ 2-1 a nytt tredje ledd skal lyde:

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

Nåværende tredje ledd blir fjerde ledd.

Ny § 2-1 f skal lyde:

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

Pasient og bruker som omfattes av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 b har rett til et regelmessig og oppsøkende tannhelsetilbud fra kommunen, herunder nødvendig tannhelsehjelp. Kommunen skal gi den som søker eller trenger tannhelsetjenester, de helse- og behandlingsmessige opplysninger vedkommende trenger for å ivareta sin rett.

§ 7-4 første ledd skal lyde:

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

av. Tilsvarende rett gjelder for nærmeste pårørende til avdød pasient eller bruker og for nærmeste pårørende til pasient eller bruker over 18 år uten samtykkekompetanse.

10.3 Forslag til endringer i andre lover

10.3.1 Folkehelseloven

I lov 24. juni 2011 nr. 29 om folkehelsearbeid gjøres følgende endring:

§ 21 første ledd bokstav b) skal lyde:

Fylkeskommunen skal ha nødvendig oversikt over helsetilstanden i fylket og de positive og negative faktorer som kan virke inn på denne. Oversikten skal blant annet baseres på:

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

10.3.2 Pasientjournalloven

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

§ 14 første ledd skal lyde:

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

10.3.3 Helseregisterloven

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

§ 8 tredje ledd skal lyde:

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

§ 13 første ledd skal lyde:

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

10.3.4 Merverdiavgiftsloven

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

§ 3-2 nr. 1 bokstav a skal lyde:

Omsetning og formidling av helsetjenester er unntatt fra loven, herunder tjenester som omfattes av helse- og omsorgstjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven, *samt tanntekniske tjenester.*

§ 3-2 nr. 1 bokstav b oppheves.

10.3.5 Spesialisthelsetjenesteloven

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

Ny § 2-1f skal lyde:

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

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

§ 2-5 c første ledd første punktum skal lyde:

Helseinstitusjon som omfattes av denne loven, skal oppnevne kontaktleger for pasienter som har alvorlig sykdom, skade eller lidelse, og som har behov for behandling eller oppfølging av spesialisthelsetjenesten av en viss varighet.

10.3.6 Tannhelsetjenesteloven

I lov om tannhelsetjenester skal ny § 1-3c lyde:

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

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

Merknad til høringsinstansene: Ny § 1-3c foreslås inntatt i tannhelsetjenesteloven og det tas sikte på ikraftsetting fra 1. januar 2018. Som det fremgår tas det sikte på opphevelse av tannhelsetjenesteloven, og inkorporering av denne i helse- og omsorgstjenesteloven, fra 1. januar 2020. Fra det tidspunkt vil det som den nye § 1-3 c omhandler, i så fall reguleres av forslag til ny § 3-3a i helse- og omsorgstjenesteloven, jf. ovenfor.

10.4 Forslag til oppheving av tannhelsetjenesteloven

Merknad til høringsinstansene: Merk at det fra og med 2018 tas sikte på å gjøres enkelte endringer i tannhelsetjenesteloven som skal gjelde helt til denne oppheves. Merk videre at det tas sikte på at enkelte andre lovendringer skal i kraft fra 2018, mens andre først fra 2020. I henhold til forslaget tas det sikte på at tannhelsetjenesteloven i sin helhet oppheves fra 2020.

Vedlegg 1.

Høringsutkast – Forskrift om forsøk med kommunal drift av distriktpsikiatrisk senter (DPS)

Forskrift dd.mm.åååå.nr. xxxx om forsøk med kommunal drift av distriktpsikiatrisk senter (...DPS) i ... kommune

Vedtatt av kommunestyret i kommune dd.mm.åååå, med hjemmel i lov om forsøk i offentlig forvaltning 26. juni 1992 nr. 87 § 5.

Godkjent av Kommunal og moderniseringsdepartementet dd.mm.åååå, med hjemmel i lov 26.juni 1992 nr. 87 om forsøk i offentlig forvaltning § 5, jf. Kgl. res. 11. desember 1992 nr. 1050.

(Merknad til høringsinstansene: Herværende utkast til forskrift gjelder overfor den kommune i kommunesamarbeidet som skal inneha driftsansvar for DPSet i forsøksperioden. Kommuner i DPSet's opptaksområde som skal delta i forsøket, men uten å ha driftsansvar, må også fastsette lokal forskrift hvor det fremgår at disse kommunene skal delta i forsøket og motta DPS-tjenester fra kommunen med driftsansvar. Kommunal forskrift for slike samarbeidende kommuner vil derfor måtte justeres på flere punkter sammelignet med dette forskriftsutkastet. I tillegg til kommunale forskrifter må kommuner som skal delta i forsøket inngå avtale som mer detaljert redegjør for hvordan samarbeidet mellom kommunene konkret skal finne sted.)

§ 1 Virkeområde

Forskriften gjelder forsøk med kommunal drift av ...DPS i ... kommune.

§ 2 Formål

Formålet med forsøket er å innhente erfaringer med at kommuner med tilstrekkelig kapasitet og kompetanse får et mer samlet driftsansvar for å yte tjenester til mennesker med psykiske lidelser og rusavhengighet, med sikte på mer koordinerte tjenester, bedre samhandling og mer effektiv ressursutnyttelse. Formålet med forsøksordningen er videre å skaffe kunnskap om hensiktsmessig oppgavefordeling mellom forvaltnings- og tjenestenivåene og kunnskap som kan bidra til å utvikle funksjonelle og effektive organisasjons- og driftsformer i offentlig forvaltning.

§ 3 Kommunens samarbeid med regionalt helseforetak

... kommune plikter å legge til rette for, og samarbeide med det regionale helseforetaket, slik at helseforetaket, med de unntaksbestemmelser som fremgår av denne forskriften, kan ivareta sine plikter og sitt ansvar i medhold av lov og forskrift, herunder sørge for-ansvaret etter lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenester § 2-1 a).

Tilrettelegging og samarbeid som nevnt i første ledd reguleres i kontrakt dd.mm.åååå om forsøksordning med kommunal drift av ...DPS mellom ... kommune og Helse ... RHF.

§ 4 Kommunens oppgaver og ansvar

Kommunen skal i forsøksperioden videreføre og videreutvikle de plikter, oppgaver og den kompetanse som er nødvendig for å yte spesialisert utredning og differensiert behandling på DPS-nivå for innbyggerne de kommunene som deltar i forsøket, av alle typer alvorlige psykiske lidelser, poliklinisk, ambulant eller som dag- og døgnbehandling.

Kommunens ansvar og plikter etter første ledd er avgrenset til DPSet's opptaksområde.

De spesialiserte tjenestene etter første ledd skal tilbys pasientene av ... DPS i samsvar med

kommunens kontrakt dd.mm.åååå med Helse ... RHF.

§ 5 Kommunens driftsansvar

Kommunens driftsansvar for DPS etter denne forskriften, innebærer ansvar for budsjett og økonomisk resultat, arbeidsgiveransvar, ansvar for å forvalte og prioritere samlede ressurser, organisering og koordinering med andre tjenester og ansvar for at virksomheten drives iht. gjeldende lov- og regelverk (spesialisthelsetjenesteloven, psykisk helsevernloven, pasientrettighetsloven, helsepersonelloven mm) og iht kommunens kontrakt dd.mm.åååå med Helse ... RHF.

I kontrakt mellom kommunen og regionalt helseforetak kan det inntas nærmere bestemmelser om hva kommunens driftsansvar inkluderer.

§ 6 Kommunens driftsansvar og samarbeid med andre kommuner

.... kommunes driftsansvar for DPS etter denne kontrakten, innebærer ansvar for at spesialiserte tjenestene etter § 4 første ledd tilbys pasienter fra ... kommunene ... kommune, [...] og ... kommune, som i henhold til kontrakt dd.mm.åååå skal delta i forsøksordningen.

§ 7 Regionalt helseforetaks sørge for-ansvar

I henhold til spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a skal de regionale helseforetakene sørge for at befolkningen i helseregionen blir tilbudt spesialisthelsetjenester. Helsetjenester som tilbys eller ytes skal være faglig forsvarlige, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, jf. helsepersonellovens § 4.

Det regionale helseforetaks skal i forsøksperioden ivareta sitt sørge for-ansvar for de funksjoner og for det opptaksområdet som er fastsatt forDPS, selv om driftsansvaret ivaretas av ... kommune i tråd med kontrakt dd.mm.åååå med Helse ... RHF.

§ 8 Forholdet til lov om helseforetak m.m.

Lov 15. juni 2001 nr. 93 om helseforetak m.m., med tilhørende forskrifter, gjelder i sin helhet for forsøket, med følgende unntak:

- a) Lovens § 42 første ledd andre punktum, om at virksomhet som yter spesialisthelsetjenester skal organiseres som helseforetak, gjelder ikke for forsøksordningen.

§ 9 Forholdet til lov om spesialisthelsetjenester

Lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenester, med tilhørende forskrifter, gjelder i sin helhet for forsøket, med følgende unntak:

- a) Helse RHF har dd.mm.åååå inngått kontrakt med ... kommune om drift av DPS innenfor forsøket, for å oppfylle det regionale helseforetakets plikter til å sørge for pasientens rett etter loven til nødvendig helsehjelp fra ... DPS.
- b) ...kommune overtar oppgaver og ansvar for drift avDPS i samsvar med forskriftens §§ 3 og 4.
- c) Lovens kapittel 5, om finansiering, gjelder ikke for kommunal drift av ...DPS.

§ 10 Forholdet til lov om psykisk helsevern

Lov 2. juli 1999 nr. 62 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern, med tilhørende forskrifter, herunder forskrift 16. desember 2011 nr. 1258 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern mm. gjelder i sin helhet for forsøket, med følgende unntak:

- a) Pasientens rett etter loven til psykisk helsevern fraDPS, skal innenfor forsøket ytes av det kommunalt drevne DPS.

§ 11 Forholdet til lov om pasient- og brukerrettigheter

Lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter, med tilhørende forskrifter, gjelder i sin helhet for forsøket med følgende presisering:

- a) Nødvendig helsehjelp som pasienten har rett til etter lovens § 2-1 b, skal innenfor forsøket ytes av det kommunalt drevne DPS.

§ 12 Forholdet til forskrift om godtgjørelse av utgifter til helsehjelp som utføres poliklinisk ved statlige helseinstitusjoner og ved helseinstitusjoner som mottar driftstilskudd fra regionale helseforetak

Godtgjørelse fra staten i samsvar med forskrift 19. desember 2007 nr. 1761 om godtgjørelse av utgifter til helsehjelp som utføres poliklinisk ved statlige helseinstitusjoner og ved helseinstitusjoner som mottar driftstilskudd fra regionale helseforetak, utbetales fortsatt til det regionale helseforetaket. Slike midler videreføres til den kommune som har driftsansvar for den helseinstitusjonen der den polikliniske helsehjelpen som omfattes av forsøket ytes, i tråd med kontrakt som nevnt i § 3. Helseinstitusjonen kan ikke kreve pasienten for den delen av godtgjørelsen som staten dekker, heller ikke som egenandel.

§ 13 Tilsyn

Fylkesmannen i ... skal føre tilsyn med at ... kommune i forsøksperioden utfører de oppgaver den er pålagt etter lovgivningen og vedtektene for forsøksvirksomheten, jf. lov 30. mars 1984 nr. 15 om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten m.m.

§ 14 Ikrafttreden og varighet

Forskriften trer i kraft dd.mm.åååå og varer til dd.mm.åååå.

Vedlegg 2.

Høringsutkast – Kontrakt om forsøksordning med kommunal drift av distriktpsikiatriske sentre (DPS)

(Merknad til høringsinstansene: Herværende utkast til kontrakt mellom RHF og kommune gjelder overfor den kommune i kommunesamarbeidet som skal inneha driftsansvar for DPSet i forsøksperioden. Kommuner i DPSetts opptaksområde som skal delta i forsøket, men uten å ha driftsansvar, må inngå avtale med den kommune som skal ha driftsansvaret hvor det mer detaljert redegjøres for hvordan samarbeidet mellom kommunene konkret skal finne sted.)

NB: Tekst i kursiv er ikke gjenstand for forhandlinger mellom RHF og kommune, men skal stå slik det er skrevet i standardkontrakten. Det kan imidlertid gjøres tilføyelser der kontraktspartene presiserer hvordan det konkretiseres og operasjonaliseres i kontrakten.

1 Partene

Kontraktsparter er:

Helse RHF,

Adresse:

Organisasjonsnummer:

..... kommune,

Adresse:

Organisasjonsnummer:

Det kommunalt drevne DPS, som har flere kommuner i opptaksområdet, har i det avtalte interkommunale samarbeidet som er opprettet for formålet pekt ut .. kommune som samarbeidets kontraktspart overfor Helse....RHF.

2 Bakgrunn

Regjeringen har besluttet å iverksette en forsøksordning med overføring av driftsansvaret for enkelte distriktpsikiatriske sentre (DPS) til noen forsøkskommuner som har tilstrekkelig kapasitet og kompetanse og som ønsker å prøve ut en slik ordning.

Kommunal- og moderniseringsdepartementet har foreslått forsøksordningen i Meld. St.14 (2014-2015) Kommunereformen – nye oppgaver til større kommuner, og forsøksordningen er beskrevet i Meld. St.26 (2014-2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet. Stortinget har under behandlingen av disse meldingene gitt sin tilslutning til iverksetting av en slik forsøksordning.

3 Kontraktens struktur

Kontraktforholdet mellom HelseRHF ogkommune(r) er regulert i denne kontrakten med vedlegg.

I den grad det skulle være motstrid mellom denne kontrakten og bestemmelser angitt i vedlegg til kontrakten eller tilleggsavtaler mellom partene, skal denne kontraktens bestemmelser ha forrang, med mindre annet er uttrykkelig avtalt mellom partene. Det presiseres at rettslige rammebetingelsene som følger av de til enhver tid gjeldende lover, forskrifter eller offentlige vedtak ikke kan endres ved avtale.

Følgende vedlegg finnes til kontrakten:

- Vedlegg 1: Rettslige rammebetingelser
- Vedlegg 2: Dokumentasjon av tjenester som utføres av DPS og kommune på tidspunkt for overføring av driftsansvar
- Vedlegg 3: Økonomisk oppgjør for avtalte tillegg mv. i forsøksperioden.
- Vedlegg 4: Definisjoner
- Vedlegg 5: Krav om rapportering
- Vedlegg 6: Brev fra Helse- og omsorgsdepartementet datert 28. januar 2010 som omhandler RHF-enes sørge for-ansvar

4 Definisjoner

Partene er enige om at definisjonene i vedlegg 4 skal benyttes ved fortolkningen av denne kontrakten med vedlegg og tilleggsavtaler.

5 Godkjente avvik fra lover, forskrifter og bestemmelser

Kommunal- og moderniseringsdepartementet har, ved forskrift av, i medhold av lov om forsøk i offentlig forvaltning § 3, første ledd bokstavene a) og b), samt forskrift med delegering av myndighet, godkjent avvik fra nærmere angitte lover, med tilhørende forskrifter om organisering av statens og kommunenes virksomhet og oppgaveløsning, samt bestemmelser om oppgavefordelingen mellom statlige og kommunale forvaltningsorganer.

6 Formål

6.1 Formålet med forsøksordningen

Formålet med forsøksordningen er å innhente erfaringer med at noen kommuner med tilstrekkelig kapasitet og kompetanse får et mer samlet driftsansvar for å yte tjenester til mennesker med psykiske lidelser og rusmiddelproblemer/-avhengighet, med sikte på mer koordinerte tjenester, bedre samhandling og mer effektiv ressursutnyttelse. Formålet med forsøksordningen er videre å skaffe kunnskap om hensiktsmessig oppgavefordeling mellom forvaltnings- og tjenestenivåene og kunnskap som kan bidra til å utvikle funksjonelle og effektive organisasjons- og driftsformer i offentlig forvaltning.

Det lovbestemte sørge for-ansvaret skal forbli hos RHF i forsøksordningen. Ordningen skal sikre at kommunalt drevet DPS kan fortsette å tilby og videreutvikle spesialisthelsetjenester og samtidig gi kommunen råderett over ressursene i DPS med frihet til å se tilbudet ved DPS i sammenheng med kommunale tjenester til målgruppen. Gjeldende pasient- og brukerrettigheter videreføres i forsøket. Forsøket skal evalueres.

Med kommunens driftsansvar for DPS menes ansvar for budsjett og økonomisk resultat, arbeidsgiveransvar, ansvar for å forvalte og prioritere samlede ressurser, koordinering ift andre tjenester og for at virksomheten drives iht gjeldende lov- og regelverk (spesialisthelsetjenesteloven, psykisk helsevernloven, pasientrettighetsloven, helsepersonelloven mm) og denne kontrakt. Kommunens driftsansvar inkluderer også tilrettelegging for drift iht nasjonale faglige retningslinjer og veiledere.

6.2 Formålet med kontrakten

Kontrakten har som formål å regulere forholdet mellom HelseRHF ogkommune(r) om ytelse av desentraliserte spesialisthelsetjenester innen psykisk helsevern i et distriktpspsykiatrisk senter (DPS) til befolkningen i kommune(r) innenfor rammen av formålet med henholdsvis forsøksloven og forsøksordningen.

7 RHFenes "sørge for-ansvar" og kommunens driftsansvar

7.1 RHFenes sørge for-ansvar

I henhold til spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a har de regionale helseforetakene ansvar for å sørge for at befolkningen i helseregionen blir tilbudt spesialisthelsetjenester. Helsetjenester som tilbys eller ytes skal være faglig forsvarlige, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, jf. helsepersonellovens § 4.

Det regionale helseforetaks ivaretagelse av sitt sørge for-ansvar for de funksjoner og for det opptaksområdet som er fastsatt for ...DPS, ved oppstart av prøveordning, er nærmere beskrevet i vedlegg 2.

7.2 Kommunens driftsansvar

Kommunens driftsansvar for ___ DPS etter denne kontrakten, herunder formålsbestemmelsene i pkt. 6 over, innebærer ansvar for budsjett og økonomisk resultat, arbeidsgiveransvar, ansvar for å forvalte og prioritere samlede ressurser, organisering og koordinering med andre tjenester og ansvar for at virksomheten drives iht. gjeldende lov- og regelverk (spesialisthelsetjenesteloven, psykisk helsevernloven, pasientrettighetsloven, helsepersonelloven mm) og iht denne kontrakt. Kommunens driftsansvar inkluderer også tilrettelegging for drift iht nasjonale faglige retningslinjer og veiledere.

7.3 Forholdet mellom RHFets sørge for-ansvar og kommunens driftsansvar

Helse- og omsorgsdepartementets brev, datert 28. januar 2010 omhandler RHFenes sørge for-ansvar (vedlegg 6). Dette omfatter ansvar for planlegging, gjennomføring, evaluering og korrigerende. Kommunenes sørge for-ansvar for de kommunale tjenestene utgjør ansvar for disse aktivitetene på kommunalt nivå, jf. Prop 91L (2010-2011) til ny helse- og omsorgstjenestelov for kommunene, avsnitt 12.6.2 s.140.

Partene er innforstått med at når sørge for-ansvaret for tjenesten ligger til RHF, og driftsansvaret ligger til kommunen, medfører dette behov for avklaring av myndighetsforhold mellom partene.

8 Status ved inngåelse av kontrakten. Endringer

8.1 Innhold og omfang

Kontrakten regulerer kommunal drift av spesialisthelsetjenester i DPS.

Vedlegg 2 dokumenterer DPS-ets virksomhet ved tidspunktet for oppstart av prøveordningen. Tilsvarende gjelder for kommunens psykiske helsearbeid og rusarbeid.

8.2 Plan for tjenestetilbudet i forsøksperioden

Ved oppstart av forsøket skal kommunen utarbeide en samlet overordnet plan for dimensjonering, innretning og organisering av det kommunalt drevne DPS og de kommunale tjenestene til målgruppen gjeldende for forsøksperioden. Utgangspunktet for planen er dokumentasjonen gitt i vedlegg 2. Det regionale helseforetak plikter å gi de faktaopplysninger til kommunen som er nødvendig for å kunne utarbeide planen.

8.3 Endringer

Kommunen er innforstått med at føringer som gis fra sentrale myndigheter til de regionale helseforetakene mht. produksjon og aktivitet også vil bli gjort gjeldende mellomkommune og HelseRHF etter denne kontrakten.

HelseRHF har for det enkelte år i kontraktsperioden rett til å pålegge det kommunalt drevne DPS de tillegg og endringer i tjenestetilbudet som følger av krav fra sentrale statlige helsemyndigheter. Slike pålegg skal gis med rimelig frist.

Ved pålegg som nevnt i andre avsnitt foran og ved en eventuell fremtidig endring av funksjonsfordeling foretatt av statlige helsemyndigheter som berører kommunalt drevet DPS og/eller kommunen, skal partene ta opp dette i særskilte forhandlinger. Forhandlingene må minst omfatte økonomisk oppgjør og plan for gjennomføring. Det vises til vedlegg 3.

Dersom kommunen ønsker å foreta endringer i organiseringen av det kommunalt drevne DPS-et skal dette legges fram for RHF til godkjenning. RHF kan nekte godkjenning når endringen medfører at RHF ikke kan oppfylle sitt lovbestemte sørge for-ansvar og andre plikter i medhold av lov.

9 Pasientrettigheter

9.1 Generelt

Pasientene har samme rettigheter i denne forsøksordningen som de har hatt med DPS drevet av helseforetak, jf. vedlegg 1 til denne kontrakten.

9.2 Pasienterfaringsundersøkelser

Kommunen skal sikre at pasienter og brukere i kommunale psykiske helsetjenester og i kommunalt drevet DPS kan delta i pasienterfaringsundersøkelser, jf. for eksempel helse- og omsorgstjenestelovens § 3-10 eller nasjonale målinger av brukeropplevd kvalitet. Kommunen skal formidle disse erfaringene til det regionale helseforetaket. I tillegg skal pasienterfaringer inngå i evalueringen av prøveordningen.

10 Tvungent psykisk helsevern

Psykisk helsevern ytes som hovedregel med pasientens samtykke etter bestemmelsene i pasient- og brukerrettighetslovens § 4-1. Spesialisthelsetjenesten kan, på nærmere bestemte vilkår, likevel fatte vedtak om tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern. I slike tilfeller gjelder særskilte saksbehandlingsregler. For at et kommunalt drevet DPS skal kunne ha ansvar for tvungent psykisk helsevern, kreves det at DPS-et har godkjenning fra Helsedirektoratet, jf. psykisk helsevernforskriften § 2.

Kommunalt drevet DPS som er godkjent, kan være ansvarlig for tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern med eller uten døgnopphold. Gjennomføringen av tvunget psykisk helsevern skal skje i samsvar med reglene i psykisk helsevernloven og psykisk helsevernforskriften.

11 Organisering og samarbeid

11.1 Samarbeid om overordnet organisering av tjenestene

Driften skal organiseres og utføres på en slik måte at den sikrer ivaretagelse av RHFets sørge for-ansvar, samtidig som den også ivaretar hensynet til kommunens driftsansvar for de kommunale tjenester innenfor psykisk helsearbeid og rusarbeid etter helse- og omsorgstjenesteloven.

11.2 Samarbeidsmøter

Partene er enige om å avholde samarbeidsmøter i kontraktsperioden til drøfting av saker som berører forsøket. På møtene deltar partene med representanter for administrativ ledelse i kommune x og Helse...RHF. Daglig leder ved kommunalt drevet DPS og klinikkleder i helseforetaket skal innkalles til samarbeidsmøter.

Samarbeidsmøter skal avholdes minimum to ganger per kalenderår.

I samsvar med formålet med forsøket skal følgende saker behandles på samarbeidsmøter:

3. Sentrale føringer og overordnede prioriteringer som Helse RHF fastsetter for å oppfylle sine nasjonale forpliktelser for DPS-ets virksomhet.
 4. Sentrale føringer og overordnede prioriteringer som kommunen fastsetter for å oppfylle sine nasjonale forpliktelser for sin virksomhet.
 5. Retningslinjer i kommune X som skal gjøres gjeldende for alle kommunens virksomheter.
 6. Retningslinjer i Helse...RHF som skal gjøres gjeldende for alle virksomheter i regionen.
 7. Endringer i plan for tjenestetilbud, jf. pkt. 8.2 og 8.3.
 8. Andre endringer i kommunens tilbud, tjenester og driftsansvar med mulig konsekvens for sørge for-ansvaret til Helse....RHF.
 9. Endringer i tilbud og tjenester i regi av Helse....RHF med mulig konsekvens for det kommunalt drevne DPS.
 10. Tilsetting av leder for kommunalt drevet DPS.
 11. Øvrige saker av prinsipiell art med betydning for samarbeidet.
- Partene plikter å holde hverandre løpende orientert gjennom forsøksperioden om saker av felles interesse for partene.

12 Krav til pasientsikkerhet, kvalitet, service og kompetanse

12.1 Generelt

Arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet ved kommunalt drevet DPS, slik det framgår av vedlegg 2, skal videreføres slik at myndighetskrav i lov og forskrift oppfylles. Dette skal skje ved videreutvikling av kompetansekrav, tverrfaglighet, krav til utstyr og utredningsmuligheter, akuttberedskap og tydelige rutiner for ivaretagelse av krevende uforutsette hendelser. Krav om videreutvikling med vesentlig økonomisk konsekvens må kompenseres, jf. vedlegg 3.

12.2 Pasientsikkerhet

Den utredning og pasientbehandling som skal utføres i henhold til denne kontrakten skal være faglig forsvarlig og i samsvar med de til enhver tid gjeldende helsefaglige og behandlingmessige krav til utførelse av tilsvarende helsetjenester. Tjenestene skal holde høyt faglig nivå og følge anerkjente behandlingsprinsipper, det vil blant annet si at nasjonale faglige retningslinjer og veiledere skal være implementert i utredning, behandling og oppfølging.

Partene er enige om at tjenestenes kvalitet og service vurderes ut fra de til enhver tid gjeldende nasjonale målbare og ikke-målbare indikatorer. Status ved oppstart av prøveordningen framgår av vedlegg 2.

Det forutsettes at kommunen legger til rette for at det etableres en god dialog mellom kommunalt drevet DPS og det øvrige behandlingsapparatet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten innen Helse ... RHF for å sikre at pasientene ved behov får samtidige helsetjenester på tvers av fagområder og nivåer.

Kommunen skal sørge for at kommunalt drevet DPS viderefører det kontinuerlige arbeidet med kunnskapsutvikling og kvalitet i pasientbehandlingen med utgangspunkt i tjenesten slik den ble drevet før forsøket startet opp, jf. spesialisthelsetjenestelovens § 3-4 a og helse- og omsorgstjenestelovens § 4-2.

Pasienter som mottar spesialisthelsetjenester har rett til behandling innen de frister som følger av pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b andre ledd. Kommunen skal ha oversikt over situasjonen når det gjelder ventetider for behandling i DPS. Kommunen skal følge opp eventuelle krav fra eier av RHF for å få redusert ventetidene. Dersom særskilte tiltak som Helse ...RHF iverksetter i egne helseforetak for å få redusert ventetidene også skal gjøres gjeldende for kommunalt drevet DPS, skal dette drøftes mellom partene.

12.3 Kvalitetsdata

Kommunalt drevet DPS skal avgi den dokumentasjon over pasienttilfredshetsdata og kvalitetsdata som pålegges av offentlige myndigheter og/eller som fremgår av gjeldende lovgivning, jf. tilsvarende data ved inngåelsen av forsøket. Helse RHF har rett til innsyn i det kommunalt drevne DPS-ets styringssystem.

12.4 Kvalitetsindikatorer

Kommunen og kommunalt drevet DPS skal følge opp registrering og rapportering på nasjonale kvalitetsindikatorer og eventuelle regionale kvalitetskrav. Beskrivelse av dette arbeidet med rapportering siste år før forsøket er gitt i vedlegg 2 og vedlegg 5.

12.5 Krav til personell og kompetanse

Kommunalt drevet DPS skal ha personell som innehar de kunnskaper, ferdigheter og holdninger, herunder de formelle og faglige kvalifikasjoner, som er nødvendige for å kunne yte helsetjenester i henhold til kravene i medhold av lov, om faglig forsvarlighet og god kvalitet i de desentraliserte spesialisthelsetjenestene innen psykisk helsevern.

Helse...RHF skal tilby det kommunalt drevne DPS deltakelse i kompetanseutviklingstiltak på linje med øvrige DPS i regionen. Helse...RHF kan ikke kreve godtgjørelse fra kommunen for slik deltakelse.

13 Offentligrettslige krav

Kommunalt drevet DPS skal oppfylle kontrakten i samsvar med de til enhver tid gjeldende lover, forskrifter og offentlige vedtak, samt Helse RHF's krav i henhold til kontrakten og de til enhver tid vedtatte kvalitetsmål.

Kommunen, som driftsansvarlig for kommunalt drevet DPS, skal i samråd med Helse RHF holde kontakt med, og innhente nødvendige tillatelser fra, offentlige myndigheter. DPSet skal varsle Helse RHF om pålegg som er rettet direkte mot DPSet fra offentlige myndigheter og som har sammenheng med denne kontrakten.

14 Forskning og utvikling

Kommunalt drevet DPS skal videreføre sin deltakelse i det felles forsknings- og utviklingsarbeidet i Helse RHF, inkludert deltakelse i nettverk/utvalg for fag- og kvalitetsutvikling. Eksisterende tiltak ved oppstart av forsøksperioden framgår av vedlegg 2.

Kommunalt drevet DPS skal også kunne iverksette nye forsknings- og utviklingsarbeid i forsøksperioden.

Kommunalt drevet DPS har for øvrig et ansvar for at det skjer en kompetanseutvikling gjennom veiledning, etter- og videreutdanning i kommunens psykisk helse- og rusarbeid og i kommunalt drevet DPS.

Kommunalt drevet DPS skal også delta i relevant forsknings- og utviklingsarbeid i kommunen.

15 Tilsyn

Kommunen og kommunalt drevet DPS plikter å samarbeide med representantene fra offentlige organer som fører tilsyn og kontroll med tjenesten. Kommunen og kommunalt drevet DPS har plikt til å legge forholdene til rette for slikt tilsyn, herunder gi tilsynsorganet alle nødvendige opplysninger.

Kommunen skal umiddelbart varsle Helse RHF dersom varsel om tilsyn er gitt av Helsetilsynet med hjemmel i helsetilsynslovens § 5.

Kopi av varsel og rapport gitt av Helsetilsynet skal sendes fortløpende til Helse ...RHF. Det samme gjelder svarbrev fra kommunen og eventuelt pålegg fra Helsetilsynet.

Avvik som ikke er lukket av det regionale helseforetak før oppstart av forsøket skal framgå av vedlegg 2. Det regionale helseforetaket har ansvar for at avvik lukkes.

16 Forsikring

Pasienter som behandles under kontrakten med Helse RHF er forsikret gjennom Norsk Pasientskadeerstatning (NPE), jf. lov av 14. juni 2001 nr. 53 (LOV-2001-06-15-53) om erstatning ved pasientsaker mv. Ved skadetilfeller betaler kommunen egenandel etter samme takster som helseforetakene er pålagt, jf. pasientskadelovens § 7.

17 Pensjon

Tilsatte ved kommunalt drevet DPS skal i forsøksperioden tilhøre samme pensjonsordning som før oppstart av forsøksordningen. Personell som tilsettes i forsøksperioden skal meldes inn i tilsvarende pensjonsordning som tilsatte ved oppstart av ordning tilhører.

18 Force majeure

Dersom kontraktens gjennomføring helt eller delvis hindres, eller i vesentlig grad vanskeliggjøres av omstendigheter som ligger utenfor partenes kontroll og som de ikke

burde eller kunne ha forutsatt ved kontraktens inngåelse, suspenderes partenes plikter for så lang tid omstendighetene hindrer kontraktsoppfyllelse. Dette gjelder forhold som etter norsk rett betraktes som force majeure. Som force majeure regnes også streik og lockout.

Bestemmelsen gjelder ikke dersom den rammede part uten urimelige kostnader og ulempe kan overvinne følgene av de uforutsette hindringene.

Den rammede part plikter å varsle den annen part straks en blir kjent med at slike hindringer kan oppstå.

19 Mislighold

Dersom en av partene mener at den annen part har misligholdt kontrakten på ett eller flere punkter, skal skriftlig underretning gis uten ugrunnet opphold. I underretningen må den part som vil påberope seg misligholdet gjøre rede for hva som anses misligholdt og hvilke forhold som kreves rettet.

Ved uenighet mellom partene om det foreligger mislighold skal saken fremmes tilsynsmyndighet for forsøket for avgjørelse. Dersom tilsynsmyndighet finner at det foreligger mislighold og misligholdet ikke blir rettet innen 30 dager etter at underretning er mottatt, kan kontrakten sies opp.

20 Offentlighet

Kontrakten er offentlig.

21 Kontraktperiode

Denne kontrakten gjelder for en forsøksperiode på inntil 4 – fire – år. Forsøksperioden kan forlenges for ytterligere 2 – to - år, jf. lov om forsøk i offentlig forvaltning § 3, tredje ledd.

22 Finansiering

22.1 Generelt

Mellom Helse.... RHF og kommune X skal det avtales et årlig overføringsbeløp. Grunnlaget for overføringen skal være RHFets kostnader for drift av det aktuelle DPS. Målepunktet skal være siste kjente regnskapsår korrigert for generell vekst, herunder kompensasjon for lønns- og prisvekst. Kommune X som drifter DPSet skal bære de fulle kostnadene ved å drive DPSet. Dette forutsetter at kommunen får inndekning også for eventuelle kapitalkostnader eller eventuelle husleiekostnader. Årlig regulering av overføringen skal skje på grunnlag av den generelle prosentvise inntektsvekst for RHFet.

22.2 Bruk av anleggsmidler

Som vederlag for bruk av anleggsmidler tilhørende Helse.... RHF, skal kommune X betale en sum stor kr :.....

22.3 Bruk av personell

Som vederlag for bruk av ansatte utenfor kommunalt drevet DPS, som i forsøksperioden fortsatt har Helse...RHF som arbeidsgiver, skal kommune X betale en sum stor kr.

22.4 Finansiering, inkludert finansiering av det kommunale psykiske helse- og rusarbeidet

Som vederlag for levering av de bestilte tilleggstjenester, skal Helse ... RHF betale ... kommune i samsvar med den betalingsmodell som følger som del av vedlegg 3 til avtalen. Betalingsmodellen er gjenstand for årlig revisjon etter ønske fra en av partene

23 Informasjon og rapportering

23.1 Generelt

Kommunen skal sende RHFet sin årsmelding etter nærmere fastsatt mal.

Kommunen plikter å avgi til RHF eller sentral registreier de data vedrørende kommunalt drevet DPS som er nødvendig for at RHF kan oppfylle krav til rapportering iht. lov, forskrift eller oppdragsbrev. Dette omfatter blant annet rapportering til Norsk Pasientregister og SSB.

Kommunen/kommunalt drevet DPS skal i tillegg rapportere til det regionale helseforetaket i samsvar med vedlegg 5 til denne kontrakten.

23.2 Innsyn

I den grad Helse ..RHF ikke finner den oversendte dokumentasjon iht. ovennevnte punkter tilstrekkelig eller tilfredsstillende, har Helse.. RHF rett til å kreve innsyn i dokumentgrunnlaget for rapporteringen.

Når RHF-et krever innsyn i kommunens regnskaper og budsjett, herunder regnskapsbilagene, kan kommunens revisor være til stede under gjennomgangen av dokumentasjonen.

24 Reforhandling

Dersom det i kontraktsperioden oppstår vesentlige endringer som får betydning for kontrakten, og som ingen av partene kunne ha forutsett ved kontraktsinngåelsen, kan hver av partene kreve at kontraktens bestemmelser, reforhandles.

Dette gjelder ikke føringer som gis fra sentrale myndigheter til de regionale helseforetakene mht. produksjon og aktivitet som også vil bli gjort gjeldende i dette kontraktsforholdet.

Forhandlingene skal igangsettes senest 3 uker etter at krav om reforhandling er fremsatt skriftlig.

25 Tvisteløsning

Ved uenighet om kontraktens innhold eller om omstendigheter som har sammenheng med gjennomføringen av kontrakten, skal uenigheten søkes løst mellom partene. Fylkesmannen er tilsynsmyndighet for forsøket.

26 Evaluering av forsøksordningen

Forsøket skal evalueres fra oppstart, underveis og ved avslutning. Partene skal delta og bidra i dette evalueringsarbeidet.

Sted, dato

..... kommune ved ordføreren

Helse RHF ved styrets leder

Vedlegg 3.

Høringsutkast – Vedlegg 1 til kontrakt om forsøksordning med kommunal drift av distriktpsikiatriske sentre (DPS):

Rettslige rammebetingelser

1. Rettslige rammer som gjelder for virksomheten

Kommunalt drevet DPS skal utføre oppdraget i samsvar med de til enhver tid gjeldende lover, forskrifter, offentlige vedtak og kontraktens bestemmelser. Nedenfor er det listet opp de viktigste lovene som regulerer virksomheten med link til Lovdata, der det til enhver tid finnes en konsolidert versjon av lovene. Disse rettslige rammebetingelsene kan ikke endres ved avtale.

Det vil, i tillegg til de lover som er gjengitt nedenfor, bli gitt en forskrift med hjemmel i forsøksloven som gir detaljerte regler om hvilke lov- og forskriftsbestemmelser der Kongen (Kommunal- og moderniseringsdepartementet etter delegering av Kongens myndighet etter lov om forsøk i offentlig forvaltning til Kommunal- og moderniseringsdepartementet i FOR-1992-12-11-1050) har godkjent avvik fra lovgivningen i forbindelse med denne forsøksordningen.

Listen nedenfor er ikke uttømmende og kan suppleres av partene. Forskrifter gitt med hjemmel relevante lover vil på vanlig måte selvsagt også gjelde for kommunalt drevet DPS.

Dersom kommunen trenger bistand til å tolke lovtekstene, kan Fylkesmannen eller Helsedirektoratet kontaktes. Det finnes også nærmere informasjon om tolking av denne lovgivningen her: <https://helsedirektoratet.no/lover>

2. Tjenestelovgivningen

2.1 Lov om spesialisthelsetjenester

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>

2.2 Lov om psykisk helsevern

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62>

2.3 Helse- og omsorgstjenesteloven

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>

2.4 Pasientjournalloven

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2014-06-20-42>

3 Pasient- og brukerrettighetsloven

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

4 Helsepersonelloven

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

5 Helsetilsynsloven

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1984-03-30-15>

6 Forsøksloven

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1992-06-26-87>

7 Kommuneloven

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1992-09-25-107>

Vedlegg 4.

Høringsutkast – Vedlegg 2 til kontrakt om forsøksordning med kommunal drift av distriktpsikiatriske sentre (DPS):

Dokumentasjon av tjenester som utføres av henholdsvis DPS og kommune på tidspunkt for overføring av driftsansvar

Dokumentasjon av status for ...DPS og ...kommune(r)

Her framstiller partene dokumentasjon av tjenestene på overføringstidspunktet som er nødvendig for å vurdere ivaretagelse av sørge for-ansvarene på overføringstidspunktet og for å kunne følge-evaluere forsøket.

Vedlegg 5.

Høringsutkast – Vedlegg 3 til kontrakt om forsøksordning med kommunal drift av distriktpsikiatriske sentre (DPS):

Økonomisk oppgjør for avtalte tillegg mv. i forsøksperioden

Økonomisk oppgjør for avtalte tillegg mv.

Her framstiller partene hvordan det økonomiske oppgjøret skal skje for avtalte tillegg mv. som oppstår i forsøksperioden.

Vedlegg 6.

Høringsutkast – Vedlegg 4 til kontrakt om forsøksordning med kommunal drift av distriktpsikiatriske sentre (DPS):

Definisjoner

Ved behov framstiller partene her hvilke definisjoner som skal benyttes ved fortolkningen av denne kontrakten med vedlegg og tilleggsavtaler.

Vedlegg 7.

Høringsutkast – Vedlegg 5 til kontrakt om forsøksordning med kommunal drift av distriktpsikiatriske sentre (DPS):

Krav om rapportering

Her framstiller partene hvordan rapportering skal skje, herunder mal og innholdskrav for den årsmelding som kommunen skal sende RHFet.

Vedlegg 8.

Høringsutkast – Vedlegg 6 til kontrakt om forsøksordning med kommunal drift av distriktpsikiatriske sentre (DPS):

Helse- og omsorgsdepartementets brev av 28. januar 2010 – RHFenes sørge for-ansvar

De regionale helseforetakene

Deres ref

Vår ref
201000440

Dato
28.01.2010

Påminnelse om helseforetakenes plikter etter helselovgivningen og de regionale helseforetakenes ”sørge for ansvar”

I forbindelse med hendelsene ved Asker og Bærum sykehus finner Helse- og omsorgsdepartementet ved Eieravdelingen det nødvendig å minne om helseforetakenes plikter etter helselovgivningen, herunder pasientrettighetsloven og forsvarlighetskravet i spesialisthelsetjenesteloven og helsepersonelloven. Vi vil også minne om de regionale helseforetakenes ”sørge for” ansvar.

[...]

De regionale helseforetakenes ”sørge for ansvar”.

I henhold til spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a har de regionale helseforetakene ansvar for å sørge for at befolkningen i helseregionen blir tilbudt spesialisthelsetjeneste. Helsetjenester som tilbys eller ytes skal være forsvarlige, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-2.

”Sørge for ansvaret” stiller krav om at RHFet må utøve en overordnet organisering og styring slik at helsetjenesten som tilbys og ytes er forsvarlig. ”Sørge for ansvaret” innebærer blant annet at foretaket må ivareta følgende styringsfunksjoner/elementer:

Ansvar for planlegging

For det første innebærer RHFets ”sørge for ansvar” et ansvar for planlegging. RHFet må vurdere, analysere og planlegge hvordan befolkningen i helseregionen skal få tilstrekkelig og forsvarlig helsetjeneste. I dette ligger blant annet at RHFet kjenner reglene som gjelder for helsetjenesten, har oversikt over behov og tilbud for helsetjeneste, samt har oversikt over områder med svikt eller fare for svikt. Ved utarbeidelse av planer/tiltak innenfor et RHF må det foretas risiko- og sårbarhetsanalyser knyttet til iverksettelse av tiltakene. Det må også

planlegges hvordan eventuell fare for svikt og svikt ved gjennomføringen av planer/tiltak skal håndteres.

Ansvar for gjennomføring av planer og tiltak

For det andre innebærer ”sørge for ansvaret” at RHFet har ansvar for å gjennomføre egne planer og tiltak som forutsatt og til fastsatt tid, slik at helsetjenesten som tilbys og ytes er forsvarlig.

Ansvar for evaluering

For det tredje innebærer ”sørge for ansvaret” at RHFet evaluerer gjennomføringen av planene og tiltakene. RHFet må evaluere om planene/tiltakene følges, effekten av planene/tiltakene og om gjennomføringen av planene/tiltakene har medført at det har oppstått områder med fare for svikt eller svikt som må håndteres for at foretaket skal kunne ha et forsvarlig tjenestetilbud. Dette innebærer bl.a. at RHFet på eget initiativ må innhente styringsinformasjon.

Ansvar for korrigerende tiltak

For det fjerde er et helt grunnleggende element av ”sørge for ansvaret” at RHFet har ansvar for å korrigere uforsvarlige forhold. Ansvaret innebærer at RHFet på eget initiativ må iverksette korrigerende tiltak dersom det i helseregionen ikke tilbys eller ytes tilstrekkelige og forsvarlige helsetjenester.

Med vennlig hilsen

Kari Sønderland e.f.
ekspedisjonssjef

Per Bleikelia e.f.
ekspedisjonssjef

Vedlegg 9.

Høringsutkast – Utfyllende merknader/veiledning til kontrakt om forsøksordning med kommunal drift av distriktpsykiatriske sentre (DPS)

1 Partene

Her må begge kontraktspartene identifiseres med firma og organisasjonsnummer fra Brønnøysundregistrene. Er det flere kommuner involvert som parter, må det presiseres hva slags selskapskonstruksjon som skal opptre på vegne av kommunene som part i denne kontrakten, identifisert med firma og organisasjonsnummer. Dersom det er flere kontraktsparter innen samme kommune, bør det også avklares nærmere hvem som skal opptre som kontaktpunkt eller fullmektig for partene i dette kontraktsforholdet.

2 Bakgrunn

Dette er generell informasjon om bakgrunnen for at det settes i verk forsøksordning på dette feltet. Innholdet i dette punktet er derfor ikke gjenstand for forhandlinger mellom kontraktspartene og kan derfor ikke endres under kontraktsforhandlingene.

3 Kontraktens struktur

I dette avsnittet er det vist til hvordan kontrakten er strukturert. Den er organisert med vedlegg.

Dette er dels fordi det er noen rammebetingelser for kontrakten som partene ikke kan forhandle om, men må godta slik de er, f.eks. når det gjelder rettslige reguleringer av området.

Vedlegg 2 skal dokumentere status for oppgaveporteføljen i aktuelt DPS og kommunalt psykisk helse- og rusarbeid i opptaksområdet på tidspunktet for oppstart av forsøket. Også status for aktiviteter som er forutsatt videreført/videreutviklet i forsøksperioden, jf. de relevante punktene i kontrakten må inngå i denne dokumentasjonen. Denne dokumentasjonen skal danne grunnlaget for evalueringen som følger forsøket. I tillegg skal denne dokumentasjonen suppleres med løpende oppdatering, f.eks. når de sentrale myndigheter endrer oppdraget til RHFene på dette området, eller dersom det skulle oppstå endringer av lokale forhold som bør lede til forhandlinger om kontraktsendring.

4 Definisjoner

I dette avsnittet må kontraktspartene under kontraktsforhandlingene sette inn definisjon av alle sentrale begrep som benyttes i kontrakten, slik at partene har en felles forståelse av hva begrepene betyr.

5 Godkjente avvik fra lover, forskrifter og bestemmelser

Dette gjelder hvordan Kongen (Kommunal- og moderniseringsdepartementet etter forskrift av 11. desember 1992 nr. 1050, etter delegert myndighet i lov 26. juni 1992 nr. 87 om forsøk i offentlig forvaltning), kan godkjenne avvik fra lovkrav for å kunne gjennomføre forsøksordningen. Se utkast til forskrift inntatt som vedlegg 1 til høringsnotatet.

De avvik fra lovgivningen som gjøres gjeldende er uttømmende beskrevet i nevnte forskrift/vedtak. Dette avsnittet er derfor ikke gjenstand for forhandlinger mellom kontraktspartene.

6 Formål

6.1 Formålet i forsøksloven

Formålet med forsøksloven er gjennom forsøk å utvikle funksjonelle og effektive organisasjons- og driftsformer i den offentlige forvaltning, og en hensiktsmessig oppgavefordeling mellom forvaltningsorganer og mellom forvaltningsnivåer. Det skal legges særlig vekt på å forbedre den offentlige tjenesteyting overfor borgerne og få til best mulig ressursutnyttelse. Ved forsøk som omfatter folkevalgte organer skal det også legges vekt på å fremme gode demokratiske styringsformer.

6.2 Formålet med forsøksordningen

Formålet med forsøksordningen er å se DPS-tjenestene som en større del av et større og samlet offentlig tilbud til pasienter med psykiske helseproblemer, som regionale helseforetak og kommuner samlet sett har ansvar for. Det lovpålagte ansvaret for at pasienter skal motta nødvendig helsehjelp er dels lagt på de regionale helseforetakene og dels på kommunene. De regionale helseforetakene skal sørge for spesialisthelsetjenester til befolkningen, herunder blant annet spesialisert utredning og behandling av psykiske lidelser. Kommunene skal sørge for lavterskel kommunale helse- og omsorgstjenester, blant annet for pasienter med psykiske helseproblemer. Staten har valgt å dele opp ansvaret på denne måten, men det forutsetter nødvendigvis samarbeid og sømløse overganger. Kommunene og de regionale helseforetakene har sammen ansvaret for hele kjeden av pasientbehandling fra kommunale helsetjenester til spesialisert behandling.

For pasientene spiller det liten rolle hvem som gir helsehjelpen. Pasientene vil bevege seg frem og tilbake mellom nivåene, men de skal oppfatte helsetjenesten som en helhet. God samhandling mellom nivåene er nødvendig for å kunne ivareta pasientenes behov for kontinuerlig, helhetlig og sømløs helsehjelp. Helse- og omsorgsdepartementet har over flere år fremhevet behovet for mer og bedre samhandling, jf. samhandlingsreformen og oppfølging på nasjonalt, regionalt og lokalt nivå. I praksis vil og må derfor helseforetak og kommuner samarbeide tett om ivaretakelsen av pasientene for å kunne utføre sitt lovpålagte ansvar for tjenestetilbudet. Se omtale av samarbeid mellom kommuner og

regionale helseforetak på side 333-335 i Prop. 91 L (2010.2011) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester.

Formålet med forsøksordningen er å innhente erfaringer med at noen større kommuner med tilstrekkelig kapasitet og kompetanse får et mer samlet driftsansvar for å yte tjenester til mennesker med psykiske lidelser og rusavhengighet, med sikte på mer koordinerte tjenester, bedre samhandling og mer effektiv ressursutnyttelse. DPS er en spesialisthelsetjeneste. Det lovbestemte sørge for-ansvaret skal forbli hos RHF i denne prøveordningen. Ordningen skal baseres på avtale mellom kommune og RHF, som sikrer at DPS kan fortsette å tilby og utvikle spesialiserte tjenester og som samtidig gir kommunene råderett over ressursene i DPS med frihet til nå organisere tilbudet i sammenheng med kommunale tjenester. RHF beholder ansvaret for sykehusavdelingene, og tett samarbeid mellom sykehus og kommunalt drevet DPS vil være en forutsetning. Gjeldende pasient- og brukerrettigheter skal videreføres i forsøket. Forsøksordningen skal evalueres.

Med driftsansvar menes ansvar for budsjett og økonomisk resultat, arbeidsgiveransvar (med mindre det ligger hos privat tjenesteyter), ansvar for å forvalte og prioritere samlede ressurser, koordinering ift. andre tjenester og for at virksomheten drives iht. avtaler med RHF, gjeldende lov- og regelverk, samt tilrettelegging for drift iht nasjonale faglige retningslinjer og veiledere.

6.3 Formålet i kontrakten

Her skal partene forhandle frem og nedtegne i kontrakten de konkrete målsetningene med den ordningen som avtales i kontrakten. Dette skal skje innenfor de rammebetingelsene som er gitt i oppdraget og i vedleggene til kontrakten. Dette kan gjøres ved å dele inn denne delen av kontraktsforhandlingen i en prosessuell del og en materiell del. I den prosessuelle delen kan man avtale hvordan partene skal samhandle seg frem til de konkrete målsetningene før oppstart av kontraktsforholdet og hvordan prosessen skal være for samhandling om nødvendige endringer av målsetningene underveis. Det skal også beskrives de konkrete målsetningene man i en slik prosess er blitt enige om og som settes inn i kontrakten.

7 RHFenes sørge for-ansvar og kommunenes driftsansvar

Innledning

Her må partene finne frem til formuleringer som balanserer hvordan partenes ansvar og myndighet skal være i forsøksordningen. På den ene side må det regionale helseforetakets sørge for-ansvar etter spesialisthelsetjenesteloven ivaretas ved god informasjon og rapportering i et transparent system. På den andre siden må det i forsøksordningen gis tilstrekkelig frihet til kommunen, slik at det kan tas ut gevinster ved synergi mellom den kommunale helsetjenesten på psykisk helse- og rusfeltet og de tjenester DPSet skal levere.

7.1 RHFenes sørge for-ansvar

Dette er en beskrivelse av RHFenes lovpålagte sørge for-ansvar og er derfor ikke noe som kan endres under kontraktsforhandlingene. Det eneste partene kan forhandle om her, er mere konkrete detaljer om hvordan man skal samhandle i form av informasjon og rapportering (skriftlig og i møter), slik at RHFet kan forsikre seg om at sørge for-ansvaret blir oppfylt på en god måte. Se vedlegg 6 som konkretiserer innholdet i sørge for-ansvaret.

7.2 Kommunens driftsansvar

Dette punktet kan justeres under kontraktsforhandlingene for å fange opp lokale forskjeller og behov. Det er i dette punktet viktig at partene forhandler om følgende temaer:

- Hvordan sikre at pasientene i kommunalt drevet DPS får minst like kvantitativt og kvalitativt gode tjenester som før denne kontrakten inngås?
- I de tilfellene der det er flere kommuner som samarbeider i forsøket; Hvordan sikre at de minste kommunenes pasienter får minst like kvantitativt og kvalitativt gode tjenester som før denne kontrakten inngås?
- I de tilfeller beslutninger omhandler både faglig kvalitet og drift, må kontrakten beskrive hvem som har beslutningsmyndighet. Dette kan, for eksempel, omhandle:
 - Styringslinjen for det medisinsk faglige ansvaret,
 - Tydelige ansvarslinjer for kommunale helse- og omsorgstjenester, spesialisthelsetjenester og ved samtidige tjenester,
 - Ansettelse og kompetansekrav,
 - Omdisponering av personell,
 - Uenighet om hva som ligger i hverandres ansvar,
 - Budsjettering som hindrer utførelse av spesialisthelsetjenesteoppgaver,
 - Meldrutiner dersom ansatte vurderer at virksomheten ikke driftes slik at de kan utføre sine plikter i tråd med lov/forskrift.
- Problemstillinger knyttet til pasientskader og uønskede hendelser.
- Hvordan overføre driftsansvaret i praksis?
- Når det gjelder finansieringen vises det til punkt 22.

7.3 Plan for tjenestetilbud i forsøksperioden

Her skal det tas inn i kontraktene de planer kommunen(e) har lagt for dimensjonering, innretning og organisering av det kommunalt drevne DPSet i forsøksperioden

8 Status ved inngåelse av kontrakten. Endringer

8.1 Innhold og omfang

Her må partene gi informasjon i samsvar med vedlegg 2 til kontrakten, jf. punkt 3 over.

8.2 Plan for tjenestetilbudet i forsøksperioden

Her må kommunen utarbeide en samlet overordnet plan for driften av DPSet, som tas inn i kontrakten etter avtale med RHFet.

8.3 Endringer

I dette avsnittet er partenes rettigheter og plikter når det oppstår behov for endringer av kontrakten beskrevet. Partene må, innenfor denne rammen, forhandle om hvordan dette endringsarbeidet skal utføres i praksis.

9 Pasientrettigheter

9.1 Generelt

Avsnittet om pasientrettigheter er viktig fordi det her skal klargjøres at pasientrettighetene ikke skal svekkes under forsøksordningen, men at formålet, tvert imot, er å styrke pasientrettighetene.

Dette innebærer at kontraktspartene, når de forhandler om dette punktet, må holde seg innenfor de gitte rammebetingelser, må forhandle om hvordan pasientrettighetene kan styrkes ved forsøksordningen, samt hvordan man i denne forsøksordningen kan konkretisere hvordan det skal gjøres i praksis.

Dette er en beskrivelse av de rettslige rammebetingelser når det gjelder pasientrettighetene på dette området, og er ikke gjenstand for forhandlinger mellom kontraktspartene. Disse rammebetingelsene anses å være så viktige at noen hovedpunkter må tas inn i selve kontrakten, selv om de også er beskrevet i vedlegg 1 til kontrakten.

Det samme gjelder pasientenes rett til informasjon og til å medvirke til behandlingen.

Kommunalt drevet DPS og kommunen skal sørge for at pasienten får informasjon om behandlingens innhold og bidra til at pasienten kan medvirke og gis medbestemmelse i eget behandlingsprogram, jf. pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 3. I den utstrekning helseforetakene i helseregionen benytter standardformularer for informasjon til pasienten, skal kommunen og kommunalt drevet DPS sørge for at samlet informasjon til pasienten også inkluderer denne informasjonen.

Kommunalt drevet DPS skal informere pasienten/henvisende instans om forventet ventetid for behandling og holde seg informert om ventetiden ved andre behandlingsinstitusjoner, i og utenfor egen helseregion. Pasienten skal videre informeres om behandlingen og forventet resultat, jf. prioriteringsforskriftens § 5.

Kommunen og kommunalt drevet DPS skal også informere pasienten om gjeldende lover og forskrifter, herunder klagerett. Dette er så viktige rettigheter at det bør tas inn noe i selve kontrakten om dette. De er heller ikke gjenstand for forhandlinger mellom partene.

Pasienter med behov for langvarige og koordinerte helsetjenester har rett til å få utarbeidet individuell plan. Kommunene og spesialisthelsetjenesten har på visse vilkår plikt til å utarbeide individuell plan, jf. pasient- og brukerrettighetslovens § 2-5, jf. helse-

og omsorgstjenestelovens § 7-1, spesialisthelsetjenestelovens § 2-5 og lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern § 4-1.

Partene må utvikle felles rutiner for utarbeiding av individuell plan der slike ikke foreligger, og, i nødvendig utstrekning, ta det de avtaler om dette inn i kontrakten.

9.2 Pasienterfaringsundersøkelser

Denne forsøksordningen skal evalueres. Det er viktig at evalueringen innbefatter en brukerundersøkelse fra de pasientene som berøres av forsøksordningen. Dette skal være en undersøkelse som gjøres i form av en kvalitativ undersøkelse. Kontraktspartene skal her avtale når og hvordan denne brukerundersøkelsen skal utføres, ved forsøksordningens start, underveis og ved avslutningen av forsøksordningen. Pasienter i kommunalt drevet DPS skal også få mulighet til å delta i nasjonale målinger av brukeropplevd kvalitet.

10 Tvungent psykisk helsevern

Her må partene avtale helt konkret hvordan behandlingen av saker der bruk av tvungent psykisk helsevern skal vedtas skal behandles, dels for å sikre at lovkravene til bruk av tvungent psykisk helsevern oppfylles, herunder at pasientens rettssikkerhet ivaretas, se vedlegg 1. Det må også avtales mer konkret hvordan det skal sikres at RHFet har kontroll med bruk av tvungent psykisk helsevern, samt at tilsynsmyndighetene skal få tilstrekkelig innsyn når de vil utføre tilsyn med bruk av tvungent psykisk helsevern.

Psykisk helsevernloven/forskriften oppstiller en rekke materielle krav og saksbehandlingsregler til etablering og gjennomføring av psykisk helsevern, herunder tvungent vern. Ettersom det ligger i premissene for forsøket med kommunale DPS at disse skal kunne ivareta de samme oppgaver som i dag ivaretas av DPS som del av helseforetak, må det kommunale DPS organiseres og ha ressurser slik at de også kan oppfylle disse kravene.

Noen forhold som man må være oppmerksom i den forbindelse er følgende:

- Dersom det er aktuelt å etablere tvungent vern, jf. phvl. §§ 3-2 og 3-3, i et kommunalt drevet DPS bør man være oppmerksom på kravet om undersøkelse av uavhengig lege. Det kommunalt drevne DPS-et kan ikke organiseres på en slik måte at det blir så tett forbindelse mellom lege som henviser til tvungent vern (fastlege eller legevakt) og DPS som innlegger til tvungent vern, at førstnevnte ikke kan sies å være uavhengig av DPS-et. Da vil vedkommende lege være inhabil, jf. helsepersonellovens § 15. Disse tjenestene kan altså ikke organiseres under samme ledelse, og bør heller ikke kjennetegnes av tett kontakt og/eller avhengighetsforhold mellom enhetene der undersøkende og innleggende lege arbeider, for eksempel av stor grad av felles lokaler og fasiliteter, og/eller løpende fellesmøter. Se nærmere i rundskriv IS-9/12 under kommentarene til § 3-3.
- Forskriften kapittel 1 – stiller krav til godkjenninger av institusjoner som skal være ansvarlig for, eller utføre tvang (Helsedirektoratet godkjenner), og inneholder materielle krav og bemanningskrav, blant annet krav til ansettelse av legespesialist og psykologspesialist og til døgnkontinuerlig tilgjengelighet.

- Det må sikres etablering av kontrollkommisjoner for ev. kommunalt drevne DPS, jf. phvl. § 6.

11 Organisering og samarbeid

11.1 Samarbeid om overordnet organisering av tjenestene

Her skal de overordnede prinsippene for organisering av den virksomheten kommunen skal drive avtales og beskrives, herunder skal det beskrives hvordan:

- Prinsippene for fordeling av ansvar i virksomheten skal være
- Prinsippene for fordeling av beslutningsmyndighet
- Prinsippene for fordeling av arbeidsoppgaver.

11.2. Samarbeidsmøter

I dette avsnittet skal kontraktspartene forhandle frem og nedtegne i kontrakten mer konkret hvordan samhandling og samarbeid skal skje i kontraktsperioden. Det er viktig at partene presiserer hvordan man i praksis skal overføre ansvaret for DPSets virksomhet fra statlig (RHF) til kommunal drift, samtidig som RHFet beholder sørge for-ansvaret i spesialisthelsetjenesteloven. En slik overføring av oppgaver, myndighet og ressurser krever transparens i alle ledd i kontraktsforholdet, slik at RHFet får den informasjon som er nødvendig for å kunne forsikre seg om at sørge for-ansvaret oppfylles på en tilfredsstillende måte. Det er også viktig at det avklares i kontrakten hvordan partene skal sikre at pasientene får nødvendig helsehjelp ved faglig forsvarlige helsetjenester av minst samme kvantitet og kvalitet som i dagens ordning.

Her beskrives i detalj hvordan kontraktspartene skal samarbeide ved bruker av møter, både på ledernivå og i det daglige på det mer operative nivået.

12 Krav til pasientsikkerhet, kvalitet, service og kompetanse

12.1 Generelt

I dette punktet skal det kontraktsfestes hvilke krav som skal stilles til det kommunalt drevne DPSet når det gjelder kvalitet, service og kompetanse på det personellet som skal utføre tjenestene. Fokuset skal være tjenestekvalitet og pasientsikkerhet.

12.2 Pasientsikkerhet

Her skal kontraktspartene forhandle frem de mer detaljerte bestemmelser om hvordan partene under forsøksordningen skal sørge for pasientsikkerheten, ved å oppfylle kravene i de til enhver tid gjeldende lover, forskrifter, nasjonale faglige retningslinjer, nasjonale veiledere og hva som anses som faglig forsvarlig behandling av de ulike pasientgruppene.

12.3 Kvalitetsdata (kvalitetssystem)

Det er to sider av dette temaet som partene skal forhandle frem og nedtegne i kontrakten konkrete løsninger av:

- Hvordan internkontrollplikten etter helselovgivningen skal ivaretas, se for eksempel:
 - Forskrift av 20. desember 2002 nr. 1731 om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten (er under revisjon) - <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2002-12-20-1731>
 - Forskrift 3. april 2008 nr. 320 om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp - <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/legemiddelhandteringsforskriften-med-kommentarer-rev>
- Hvordan internkontrollplikten etter arbeidsmiljølovgivningen skal ivaretas
 - <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-06-1355>. Dette er oppdaterte regler om HMS i arbeidsrettslig forstand.
 - Det kan være at det her bør presiseres at når kommunen overtar driftsansvaret for DPSet fra RHFet, skjer det en virksomhetsoverdragelse fra statlig til kommunal virksomhet, og at dette utløser rettigheter for de tilsatte i DPSet, jf. kapittel 16 i lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. (arbeidsmiljøloven) - <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-62>.

12.4 Kvalitetsindikatorer

Her skal partene identifisere og nedtegne hvilke kvalitetsindikatorer som skal gjelde for forsøksvirksomheten. Det skal også konkretiseres i kontrakten hvordan det skal måles og rapporteres på kvalitet. Her må det sikres at de til enhver tid gjeldende kravene til registrering av kvalitetsindikatorer i spesialisthelsetjenesten er inkludert.

12.5 Krav til personell og kompetanse

Her skal partene identifisere og nedtegne helt konkret hva slags krav som skal stilles til personellet som skal delta i forsøksordningen, samt hva slags kompetanse som kreves. Det skal også forhandles frem konkrete løsninger når det gjelder kompetanseutvikling.

13 Offentligrettslige krav

Her skal kontraktspartene identifisere og nedtegne hvilke offentligrettslige tillatelser som kreves for kommunal drift av DPS, samt hvordan disse tillatelsene skal skaffes.

14 Forskning og utvikling

Her skal kontraktspartene identifisere og nedtegne hvilke tiltak som skal gjelde i kontrakten på området forskning og utvikling.

15 Tilsyn

Her skal partene identifisere hvilke statlige tilsynsordninger som vil gjelde for forsøksordningen, samt hvilke tiltak som skal iverksettes på dette området.

Det er også viktig at kommunen/kommunalt drevet DPS varsler RHFet dersom det settes i verk tilsyn, men også dersom det oppstår en eller annen irregulær situasjon som RHFet bør gjøres kjent med for å kunne ivareta sitt sørge for-ansvar.

16 Forsikring

Kommunalt drevne DPS vil falle inn under pasientskadeordningen, jf. lov15. juni 2001 nr. 53 om erstatning ved pasientskader mv. (pasientskadeloven) - <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2001-06-15-53>

Det må også identifiseres hvilke andre forsikringsordninger som er nødvendige for forsøksordningen.

17 Pensjon

Det anses ikke hensiktsmessig å flytte pensjonsrettighetene til medarbeiderne som blir med over til det kommunalt drevne DPS-et i forsøksperioden. Dette bør avtales.

18 Force Majeure

Dette er en bestemmelse som regulerer partenes stilling dersom det skulle skje en uforutsett hendelse som faller inn under det rettslige begrepet force majeure. Partene skal kontraktfeste konkrete varslingsregler for slike situasjoner og hvordan man kan forebygge skade, eventuelt hva som skal skje dersom skade oppstår. Dette bør bygges på gjennomførte sårbarhets- og risikovurderinger.

19 Mislighold

Her skal partene diskutere mer konkret hva som er mislighold (forsinkelse eller mangler) ved oppfyllelse av kontrakten, regler om hvordan reklamasjon skal skje, samt hvilke mangelsbeføyelser som kan gjøres gjeldende (prisavslag, omlevering, erstatning e.l.) både for alminnelig mislighold og når misligholdet er så vesentlig at kontrakten kan heves.

20 Offentlighet

Dette er ikke gjenstand for forhandlinger, siden slike kontrakter er offentlige etter lov 19. mai 2006 nr. 16 om rett til innsyn i dokument i offentlig verksemd (offentleglova). - <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2001-06-15-53>.

Offentleglova inneholder enkelte hjemler for å unnta opplysninger fra offentlighet, jf. i denne forbindelse særlig offentliglova § 13, jf. forvaltningslovens § 13, første ledd nr. 1 og 2, som åpner for at opplysninger i kontrakten kan unntas offentlig dersom den

inneholder taushetsbelagte personopplysninger eller forretningshemmeligheter - <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1967-02-10>.

21 Kontraktperiode

Dette er ikke gjenstand for forhandlinger siden det bare er en gjentakelse av hva som står i forsøksloven.

22 Finansiering

22.1 Generelt

I dette punktet skal partene forhandle og nedtegne hvordan forsøksordningen mer detaljert skal finansieres.

I denne kontrakten vil dette være et fundament for diskusjonen mellom partene om RHFets økonomiske bidrag til det kommunalt drevne DPSet i forsøksperioden, dette for å sikre samme nivå på finansieringen som da DPSet ble drevet av RHFet. Partene må her avklare hvilken informasjon de trenger for å kunne avklare hva slags nivå det har vært på DPSet's virksomhet før inngåelse av denne kontrakten, samt hva som skal til for at virksomheten skal opprettholde samme nivå under forsøksperioden.

I kontrakten vil dette være et fundament for diskusjonen mellom partene om kommunen(e)s økonomiske bidrag til de kommunale tjenestene til pasienter innen psykisk helse- og rusfeltet, dette for å sikre samme nivå på finansieringen av den samordnete helsehjelpen innen rus og psykisk helse som før kommunen overtar ansvaret for driften av DPSet.

22.2 Finansiering, inkludert finansiering av det kommunale psykisk helse- og rusarbeidet

Partene skal, bygget på informasjonen som nevnt under punkt 21.1 foran, forhandle frem en kontraktsbestemmelse som viser hvordan partene vil finansiere forsøksordningen, slik at den tilfredsstillir myndighetenes krav og oppfyller de forpliktelser som følger av denne kontrakten.

Hovedfinansieringskilde for driften i forsøksperioden skal være et avtalt årlig overføringsbeløp fra det regionale helseforetak til kommunen. Grunnlaget for overføringen skal være RHFets kostnader for drift av det aktuelle DPS.

For oppstartsåret bør rammen være basert på driftskostnadene ved DPSet året forut for forsøksperioden, tillagt den generelle prosentvise veksten i overføringer til regionale helseforetak og tillagt andel av eventuelle felleskostnader for fellestjenester som i forsøksperioden må utføres av kommunen. I tillegg til dette skal medtas midler fra kommunens tilbud innen tjenester på psykisk helsetjeneste og rusarbeid.

Årlig regulering av ramme bør skje på grunnlag av den generelle prosentvise inntektsvekst for de regionale helseforetak.

Ved avslutning av forsøket bør den regulerte årlige rammen danne grunnlag for tilbakeføring fra kommune til det regionale helseforetaket.

Det bør kunne avtales direkte mellom ansvarlig kommune og regionalt helseforetak mulig tillegg til årlig ramme ved eventuelt nye tjenestetilbud eller forutsetninger om andre vesentlige endringer i tjenestetilbudet ved DPS-et.

23 Informasjon og rapportering

23.1 Generelt

I dette kontraktpunktet skal partene forhandle frem mer detaljerte regler om informasjon og rapportering om hvordan forsøksordningen drives og hvilke resultater som oppnås.

23.2 Innsyn

Her avtales mer konkret når og hvordan RHFet kan kreve innsyn i kommunen/DPSets dokumentasjon under forsøksordningen. Det for at RHFet skal kunne kontrollere at sørge for-ansvaret blir oppfylt.

24 Reforhandling

I dette punktet skal kontraktspartene identifisere hendelser eller forhold (bristende forutsetninger) som er av så vesentlig art at kontrakten bør kunne reforhandles, hvordan slike situasjoner skal varsles, samt hva som skal kunne reforhandles mellom partene.

25 Tvisteløsning

Dette punktet er ikke gjenstand for forhandlinger mellom partene. Eventuelle tvister mellom partene skal fortrinnsvis løses ved forhandlinger.

26 Evaluering av forsøksordningen

Forsøksordningen skal evalueres. I dette kontraktpunktet skal partene avtale hvordan evaluering skal skje helt konkret, ved start av forsøksordningen, underveis og når forsøksordningen avsluttes. Evalueringen må skje i henhold til de krav som fastsettes av Helse- og omsorgsdepartementet.