



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Prop. 99 L

(2015–2016)

Proposisjon til Stortinget (forslag til lovvedtak)

Endringer i pasient- og
brukerrettighetsloven og helse-
og omsorgstjenesteloven (rett til opphold
i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt
tilrettelagt for heldøgns tjenester
– kriterier og ventelister)

Innhold

1	Proposisjonens hovedinnhold	5	6	Kommunens plikt til å sørge for opphold i sykehjem eller tilsvarende bolig presiseres i lov	21
2	Bakgrunnen for forslaget	6	7	Lovfesting av kriterier for tildeling av langtidsopphold, rett til vedtak og føring av ventelister	21
2.1	Pasientens og brukerens helse- og omsorgstjeneste	6	7.1	Innledning	21
2.2	Kommunale heldøgns helse- og omsorgstjenester mv.	6	7.1.1	Større forutsigbarhet og trygghet for pasienter og brukere som med forsvarlig hjelp kan vente på langtidsopphold	21
2.2.1	Pasienter og brukere i de kommunale helse- og omsorgstjenestene	6	7.1.2	Kriterier og objektive vilkår	22
2.2.2	Botilbudet i de kommunale helse- og omsorgstjenestene	7	7.2	Nasjonale kriterier for tildeling av langtidsopphold i sykehjem eller tilsvarende bolig	23
2.2.3	Finansiering og egenandel for botilbud	8	7.2.1	Forsøk med statlig finansiering av omsorgstjenestene	23
2.2.4	Kommunenes utgifter til helse- og omsorgstjenestene	8	7.2.2	Høringsnotatet	23
2.2.5	Praksis ved tildeling av institusjonsplass og omsorgsbolig	8	7.2.3	Høringsinstansenes syn	24
2.2.6	Brukernes oppfatninger	10	7.2.4	Departementets vurdering og forslag	24
2.3	Høringen	10	7.3	Kommunale kriterier for tildeling av langtidsopphold i sykehjem eller tilsvarende bolig	25
3	Gjeldende rett	12	7.3.1	Innledning	25
3.1	Innledning	12	7.3.2	Høringsnotatet	25
3.2	Kommunens ansvar og plikter – heldøgns tjenester	12	7.3.3	Høringsinstansenes syn	25
3.3	Rett til heldøgns helse- og omsorgstjenester, herunder sykehjemsplass	13	7.3.4	Departementets vurdering og forslag	26
3.4	Krav til saksbehandlingen	14	7.4	Rett til vedtak	28
3.5	Klage og tilsyn	15	7.4.1	Høringsnotatet	28
3.6	Regulering av tjenester i sykehjem og egen bolig	16	7.4.2	Høringsinstansenes syn	28
3.7	Generelt om rettighetsfesting i helse- og omsorgslovgivningen	16	7.4.3	Departementets vurdering og forslag	29
4	Generelt om høringsforslaget og høringen	18	7.5	Ventelister	30
4.1	Kort om forslagene i høringsnotatet	18	7.5.1	Høringsnotatet	30
4.2	Generelt om høringen	18	7.5.2	Høringsinstansenes syn	30
5	Retten til opphold i sykehjem eller tilsvarende bolig presiseres i lov	18	7.5.3	Departementets vurdering og forslag	31
5.1	Gjeldende rett	18	8	Klage	32
5.2	Høringsnotatet	19	9	Ikrafttredelse	32
5.3	Høringsinstansenes syn	19	10	Økonomiske og administrative konsekvenser	33
5.4	Departementets vurdering og forslag	20			

11	Merknader til de enkelte bestemmelsene	33
11.1	Til pasient- og brukerrettighetsloven	33
11.2	Til helse- og omsorgstjenesteloven	34
11.3	Til ikrafttredelsesbestemmelsen	34

Forslag til lov om endringer i pasient- og brukerrettighetsloven og helse- og omsorgstjenesteloven (rett til opphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester – kriterier og ventelister)	36
---	-----------



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Prop. 99 L

(2015–2016)

Proposisjon til Stortinget (forslag til lovvedtak)

Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven og helse- og omsorgstjenesteloven (rett til opphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester – kriterier og ventelister)

*Tilråding fra Helse- og omsorgsdepartementet 15. april 2016,
godkjent i statsråd samme dag.
(Regjeringen Solberg)*

1 Proposisjonens hovedinnhold

Regjeringen foreslår i denne proposisjonen lovendringer som skal bedre rettsstillingen til pasienter og brukere når det gjelder retten til opphold i sykehjem og tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester.

For å tydeliggjøre retten til sykehjems plass eller opphold i tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester, foreslår Helse- og omsorgsdepartementet at rettigheten presiseres i pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 e første ledd. Det vil etter forslaget fremgå klart av loven at pasient eller bruker har rett til slikt opphold dersom dette etter en helse- og omsorgsfaglig vurdering er det eneste kommunale tilbudet som kan sikre pasienten og brukeren nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester.

Kommunens korresponderende plikt til å tilby slike tjenester presiseres i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 a første ledd.

Regjeringen vil innføre nasjonale kriterier for tildeling av langtidsopphold i sykehjem eller tilsvarende bolig. Helse- og omsorgsdepartementet foreslår derfor en lovhjemmel for å gi slike nasjonale kriterier. Hensikten med slike kriterier er å

bidra til bedre forutsigbarhet og mer åpenhet rundt tildelingsprosessen. Denne delen av høringsforslaget vil først iverksettes når erfaringene fra de kommunale kriteriene og evalueringen av bruk av nasjonale kriterier i forsøksordningen med statlig finansiering av omsorgstjenesten foreligger. I denne sammenheng vil også de økonomiske konsekvensene av innføring av nasjonale kriterier bli utredet.

Inntil nasjonale kriterier er på plass, foreslår Helse- og omsorgsdepartementet at den enkelte kommune på bakgrunn av kommunens helhetlige tilbud må gi forskrift med kriterier for tildeling av langtidsopphold i sykehjem eller tilsvarende bolig i kommunen. Pasient eller bruker som med forsvarlig hjelp kan vente på en langtidsplass, men som fyller kommunens kriterier, skal ha rett til vedtak om dette. Kommunene skal etter forslaget føre ventelister over pasienter og brukere som venter på langtidsplass i kommunen.

Kommunens forskrift skal også regulere hvordan kommunen skal følge opp personer som står på venteliste.

Kommunene har ansvaret for å sørge for kommunale helse- og omsorgstjenester. De må etter forslaget være tydelige overfor egne innbyggere

på hvilke tjenester som kan forventes i egen kommune. Pasientens og brukerens rett til vedtak i dette systemet skal gi trygghet for at vedkommendes behov er sett og at et kommunalt tilbud om sykehjems plass eller tilsvarende bolig er der når behovet oppstår.

Det er stor variasjon i hvordan kommunene organiserer sitt helse- og omsorgstjenestetilbud, både når det gjelder innholdet i tjenestene og hvor tjenestene ytes. Det er etter hvert vanskelig å se forskjell på sykehjem og enkelte omsorgsboliger. For å ta høyde for kommunenes ulike tjeneste- og boligtilbud omfatter forslaget både plass i sykehjem og opphold i tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester. Med «tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester» menes i lovforslaget boliger som er tilpasset for å kunne yte tjenester som dekker beboerens helse- og omsorgsbehov døgnet rundt. Bistand fra egnet personell og tilsyn med pasienten eller brukeren må tilsvare det som ville blitt gitt dersom vedkommende hadde vært innlagt på sykehjem. Opphold i sykehjem er oftest et tjenestetilbud beregnet på eldre pasienter. Regelforslaget vil derfor i hovedsak være innrettet mot eldre pasienter og brukere.

2 Bakgrunnen for forslaget

2.1 Pasientens og brukerens helse- og omsorgstjeneste

Regjeringen vil skape pasientens og brukerens helse- og omsorgstjeneste. Pasientens og brukerens behov skal settes i sentrum for utvikling og endring av helse- og omsorgstjenesten. De kommunale helse- og omsorgstjenestene skal være utført slik at de møter pasientenes og brukernes behov og ønsker, og bidrar til god helse og mestring. For å møte de fremtidige utfordringene, er det behov for endringer i helse- og omsorgstjenesten.

I regjeringsplattformen fremgår det at Regjeringen vil utrede lovfestet rett til heldøgns pleie og omsorg. Regjeringen foreslår i denne proposisjonen lovendringer som skal bedre rettsstillingen til pasienter og brukere når det gjelder retten til opphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester.

Regjeringen har igangsatt et forsøk med statlig finansiering av omsorgstjenesten. Som en del av forsøket har Helsedirektoratet utviklet nasjonale tildelingskriterier. Forsøket skal etter planen være gjennomført i løpet av første halvdel av 2019 og skal følgeevalueres.

Regjeringen vil innføre nasjonale kriterier for tildeling av langtidsopphold i sykehjem eller tilsvarende bolig. Slike kriterier vil etter regjeringens mening bidra til bedre forutsigbarhet og mer åpenhet rundt tildelingsprosessen. Erfaringene fra forsøksordningen med statlig finansiering av omsorgstjenesten vil være et viktig grunnlag for å utarbeide nasjonale kriterier som skal gjelde for alle kommunene.

Regjeringens samlede lovforslag vil:

- vesentlig styrke rettighetene til omsorgstrende i praksis
- forplikte kommunene sterkere enn i dag til å innfri de pliktene de har
- tydeliggjøre at alle med omsorgsbehov skal få en vurdering om rett omsorgsnivå som ikke er knyttet til kommunens kapasitet der og da
- gjennom åpenhet om både kriterier for tildeling og ventelister, legge et sterkere press på kommunene.

2.2 Kommunale heldøgns helse- og omsorgstjenester mv.

2.2.1 Pasienter og brukere i de kommunale helse- og omsorgstjenestene

De kommunale helse- og omsorgstjenestene dekker i dag hele livsløpet, og har brukere og pasienter i alle aldersgrupper med svært ulike behov og et mangfold av diagnoser, funksjonsnedsettelse og utfordringer. Det er stor variasjon i hvordan kommunene har organisert sine helse- og omsorgstjenester. Alle kommunene har tilbud både i institusjon og i hjemmet. Likevel er det store variasjoner mellom kommunene ettersom noen kommuner har valgt å fokusere på sykehjem og institusjonstjenester, mens andre kommuner satser mer på hjemmetjenester, dagaktivitetstilbud og omsorgsboliger.

Tall fra Statistisk sentralbyrå (SSB) viser at det i alt var om lag 272 000 personer som mottok kommunale institusjons- og hjemmetjenester ved utgangen av 2014. Av disse mottakerne hadde om lag 43 000 personer opphold i institusjon, og om lag 180 000 personer mottok hjemmesykepleie og/eller praktisk bistand i eget hjem (herunder beboere i omsorgsboliger). Vel 48 500 personer mottok andre typer tjenester til hjemmeboende (som avlastning, omsorgslønn, støttekontakt mv.). Tallene viser videre at vel to av ti tjenestemottakere bor i en institusjon, eller i en bolig med fast tilknyttet personell hele døgnet. En av ti bor i en annen bolig som kommunen stiller til disposisjon, og noen av disse boligene har fast personell deler

av døgnet. De aller fleste tjenestemottakerne, syv av ti, bor imidlertid i en vanlig bolig. Halvparten av disse bor alene.

Med gjennomstrømming menes den årlige utskiftingen av tjenestemottakere som ikke fanges opp av den ordinære tverrsnittstatistikken ved årets slutt. Foreløpige tall viser at hele 341 000 unike personer mottok kommunale institusjons- og hjemmetjenester i løpet av 2014.

De største endringene i de kommunale helse- og omsorgstjenestene de siste tiårene har først og fremst skjedd i hjemmetjenestene, og det er hjemmesykepleien som vokser. Dette er uttrykk for to markante utviklingstrekk i sektoren, der retningen på tjenesteutøvelsen går fra institusjonsbaserte tjenester til hjemmebaserte tjenester og fra praktisk bistand til helsetjenester.

I de siste tiårene er tallet på tjenestemottakere under 67 år nesten tredoblet, og utgjør snart 40 pst. av de som mottar disse tjenestene. Samtidig er tallet på tjenestemottakere mellom 67–79 år redusert, mens tallet på tjenestemottakere 80 år og over har holdt seg på om lag samme nivå til tross for sterk vekst i de eldste eldres andel av befolkningen.

2.2.2 Botilbudet i de kommunale helse- og omsorgstjenestene

Kommunene yter botilbud i institusjon, herunder sykehjem, eller eventuelt i ulike former for omsorgsboliger til personer med behov for et tilrettelagt botilbud. Antallet institusjonsplasser har som helhet blitt noe redusert de siste to tiårene. Det er først og fremst de gamle aldershjemmene som er tatt ut av drift. Siden 1998 er om lag halvparten av institusjonsplassene fornyet eller skiftet ut, og standarden på institusjonsplassene har derfor økt. Blant annet er nå de fleste institusjonsplassene i enerom.

Foreløpige tall viser at antall beboere i boliger med heldøgns bemanning har økt fra nesten 21 000 i 2010 til i overkant av 22 800 ved utgangen av 2015. Dette kommer i tillegg til de som mottar heldøgns tjenester i institusjon. Samtidig er det en del mennesker som får et omfattende tjenestetilbud i eget opprinnelig hjem. Det er vedkommendes tjenestebehov som skal avgjøre omfanget av tjenester, og ikke vedkommendes bosted.

Institusjons- og hjemmetjenestetradisjonen er i ferd med å forenes, og det er etter hvert blitt vanskelig å se forskjell på nye sykehjem med små avdelinger, og tun med omsorgsboliger og lokaler for hjemmetjenestene. I realiteten er ofte det eneste skillet mellom boformene finansierings- og brukerbetalingsordningene, som er ulike alt etter

som brukeren mottar tjenester i sitt eget hjem (herunder tjenester i omsorgsbolig) eller tjenester i institusjon.

Sykehjem

De fleste tjenestemottakerne som mottar institusjonstjenester befinner seg på et sykehjem. Dette gjelder både langtidsopphold og korttidsopphold. Tallet på mottakere av langtidsopphold i institusjon har vært stabilt på rundt 34 000 målt ved årets slutt de siste årene. Flertallet blant mottakerne med langtidsopphold i institusjon har omfattende bistandsbehov. Blant tjenestemottakere med langtidsopphold i institusjon er bare 1 pst. yngre enn 50 år, og nesten 80 pst. er 80 år eller eldre. Langtidsopphold i institusjon er derfor langt på vei en tjeneste for de eldste eldre.

Omsorgsboliger/bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester

Omsorgsboliger er et vidt begrep og omfatter mange typer boliger. Begrepet er en fellesbetegnelse på boliger gjerne oppført helt eller delvis med offentlige midler, og som er tilrettelagt for mennesker med særskilt hjelpe- og/eller tjenestebehov. Begrepet omsorgsbolig er et relativt nytt begrep, og benyttes eksklusivt for botilbud utenfor institusjon. Omsorgsboliger kan eies eller disponeres av kommunene, eller de kan organiseres som for eksempel borettslag eller sameie med brukerne selv som eiere.

Kommunene er ikke forpliktet til å tilby omsorgsboliger til mennesker med behov for helse- og omsorgstjenester, og det finnes ingen legaldefinisjon av omsorgsbolig. En omsorgsbolig kjennetegnes gjerne av at det er en tilrettelagt bolig som kommunen disponerer til sine tjenestemottakere, og som disse tjenestemottakerne betaler husleie for. Leieforholdet reguleres av husleieloven. Videre innebærer dette at en beboer i en omsorgsbolig, som alle andre som bor hjemme, må betale for de tjenester vedkommende mottar, herunder også de helse- og omsorgstjenester som kommunen kan kreve egenandel for. Se også punkt 3.6.

En omsorgsbolig er dermed ikke en bestemt tjeneste. Beboeren leier eller kjøper en omsorgsbolig, men det treffes egne vedtak om hvilke helse- og omsorgstjenester beboeren skal motta på samme måte som ved ordinære hjemmetjenester. Vedtakene kan handle om praktisk bistand, antall besøk fra sykepleier eller annet helsepersonell, matombringning eller lignende.

Kommunenes heldøgns tjeneste- og botilbud er forskjellig organisert. Det kan gis tilbud tilsvarende det som gis i sykehjem i omsorgsboliger. Av hensyn til kommunene omfatter derfor lovforlaget både plass i sykehjem og opphold i tilsvarende type omsorgsbolig som kan sammenlignes med sykehjem og det tilbudet en mottar der. Forlaget omfatter således omsorgsboliger som er særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester. Med dette menes i lovforlaget boliger som er tilpasset for å kunne yte tjenester som dekker beboerens helse- og omsorgsbehov døgnet rundt. Bistand fra egnet personell og tilsyn med pasienten eller brukeren må tilsvare det som ville blitt gitt dersom vedkommende hadde vært innlagt på sykehjem.

2.2.3 Finansiering og egenandel for botilbud

I dagens regler for finansiering og egenbetaling av helse- og omsorgstjenester går det et skille mellom de som bor i en kommunal helse- og omsorgsinstitusjon og de som bor i egen bolig. Med egen bolig menes i denne sammenhengen både de som bor i privat eid eller leid bolig, og de som bor i omsorgsbolig. Kommunene har hovedansvaret for finansiering av tjenestetilbudet uansett hvor tjenesten ytes, men kommunene har samtidig anledning til å kreve egenandel for de fleste av tjenestene. Adgangen til å kreve egenandel er nærmere regulert i forskrift om egenandel for kommunale helse- og omsorgstjenester, se punkt 3.6.

Tall fra SSB for 2014 viser at egenandelen for opphold i kommunale institusjoner utgjorde om lag 15 pst. av kommunenes kostnader til slike institusjoner. For hjemmetjenester utgjorde brukerbetalingen i overkant av 1 pst.

2.2.4 Kommunenes utgifter til helse- og omsorgstjenestene

Kommunenes utgifter til helse- og omsorgstjenestene er for det meste finansiert gjennom frie inntekter (rammefinansiering) og øremerkede tilskudd, og dels gjennom egenandeler.

Samlede brutto driftsutgifter for de kommunale helse- og omsorgstjenestene beløp seg i 2014 til nesten 122 mrd. kroner. Samlet representerer disse tjenestene om lag en tredel av kommunenes totale driftsutgifter.

Gjennomsnittlige driftsutgifter for en institusjonsplass på landsbasis i 2014 beløp seg til 1 050 000 kroner, mens driftsutgifter per bruker i hjemmetjenestene var i gjennomsnitt 241 600 kroner. Det er imidlertid store variasjoner i kommu-

nenes kostnader for både en institusjonsplass og for driftsutgifter per bruker i hjemmetjenestene.

Tall for ressursfordelingen i kommunene mellom hjemmetjenester og institusjonstjenester viser at kommunene i vesentlig større grad i dag enn tidligere benytter mer ressurser på hjemmetjenester fremfor institusjonstjenester.

2.2.5 Praksis ved tildeling av institusjonsplass og omsorgsbolig

Norge har i dag 428 kommuner som varierer både geografisk, demografisk, i fysisk størrelse og i sentralitet. Det er derfor stor variasjon i hvordan kommunene har organisert sine helse- og omsorgstjenester.

Mange kommuner har etablert egne bestillerkontor eller funksjoner som ivaretar saksbehandlingen av søknader og tildeling av tjenester. Søknad eller en henvendelse om et hjelpebehov kan komme både fra brukeren, pårørende eller fra sykehus, fastlege eller omsorgstjenesten i kommunen m.fl. Bestillerkontoret har ansvaret for å innhente nødvendig informasjon både fra brukeren selv og fra andre. Når behovet endrer seg, må tjenestetilbudet vurderes på nytt.

Utskrivningsklare pasienter fra sykehus og betalingsordning for disse, har medført at mange kommuner har endret på arbeidsflyten og rutiner for utredning og tildeling av tjenester. Det er ofte vanskelig å kunne vurdere hva brukerne vil ha behov for av tjenester når de ligger i sykehus, og man ser at mange kommuner tilbyr korttidsplass i sykehjem for å kunne gjøre en grundigere utredning og vurdering av brukerne.

2.2.5.1 Kriterier

Mange kommuner har utviklet egne kriterier som legges til grunn ved vurdering av behov for tildeling av tjenester. Kommunens kriterier kan ikke innsnevre pasientens og brukerens rettigheter etter lovverket.

Kriteriene sier noe om hva som skal vurderes for å få tildelt ulike typer tjenester, alt fra trygghetsalarm, omsorgsbolig og til forsterket sykehjemsplass. Ved søknad om rehabiliteringsopphold kan det for eksempel stilles krav til at søker er motivert, tar ansvar for egentrening og har et faglig begrunnet behov for rehabilitering. Et annet eksempel er Oslo kommunes tildeling av trygghetsalarm, der alder er et kriterium: Er du over 75 år kan du få tildelt trygghetsalarm etter søknad. Søkere under 75 år blir vurdert i hvert enkelt tilfelle, og det må følge legeopplysninger med søknaden.

Mange kommuner har også utarbeidet kriterier for å kunne innvilge plass i sykehjem. Som eksempel kan nevnes Stavanger kommune, som har utarbeidet følgende kriterier for å kunne innvilge plass i somatisk avdeling:

Behovet for medisinsk behandling og/eller sykepleie må være av så omfattende karakter at det er behov for heldøgns pleie og omsorg i institusjon. Ektepar skal tilbys plass i samme sykehjem. Andre aktuelle hjelpetiltak skal være vurdert før langtidsplass i sykehjem innvilges, som for eksempel:

- tilpasning av bolig, evt. skal alternativt botilbud være vurdert iht. søkerens fysiske, psykiske og sosiale situasjon
- tilrettelegging av hjelp i hjemmet, for eksempel hjemmesykepleie og/eller hjemmehjelp
- korttids- /vekselopphold i sykehjem
- familiesituasjon og nettverk skal være kartlagt
- sosiale støttetiltak, for eksempel dagsenter
- trygghetsskapende tiltak, for eksempel trygghetsalarm.

Kriterier kan settes sammen ut fra ulike parametere, der man eventuelt kan legge enkelte av dem til grunn på ulike nivå i tjenestetildelingen. I den kommunale omsorgstjenesten brukes ofte begreper som «tiltakskjede» og «omsorgstrappen». Dette er benevnelse som viser til at det finnes mange typer helse- og omsorgstjenester, og at disse må ses i sammenheng ved tildeling av tjenester. For eksempel vil begrepet «omsorgstrappen» vise til en sammenheng der økende hjelpebehov møtes med økende og mer omfattende tjenestetilbud av ulik art. Begrepet illustrerer en forståelse av at ulike helse- og omsorgstjenester (eller deltjenester), utgjør de forskjellige trinnene i trappen.

Kriteriene kan eksempelvis ta utgangspunkt i:

- vurdering av behov, basert på skåringsverktøy
- gitte forutsetninger, for eksempel alder
- saksbehandlingsprosedyrer, der ulike nivå i omsorgstrappen skal prøves ut først
- brukerens ønske.

Det finnes per dags dato flere ulike verktøy som kan brukes i kartlegging av behov for helse- og omsorgstjenester. Oslo kommune har utviklet inntakskriterier for institusjonsopphold som presiserer at tjenestene skal tilbys i henhold til LEON-prinsippet (laveste effektive omsorgsnivå) og tilpasses «omsorgstrappen». Hensikten med å utarbeide et sett felles inntakskriterier for bydelene, er å legge til rette for mest mulig rettferdig og likeartet praksis for tildeling av ulike typer institu-

sjonsopphold i Oslo kommune. Inntakskriteriene er ment å sikre at ulike institusjonstilbud blir rettferdig og riktig fordelt, uavhengig av hvilken bydel vedkommende mottaker tilhører. Det er også viktig at bydelenes bestillerkontor gis rom for å foreta faglig skjønn. Kriteriene må samtidig være fleksible nok til ikke å utelukke pasienter med særlige behov for å kunne motta de tjenester de har krav på.

I 2016 starter forsøket med statlig finansiering av omsorgstjenestene. Forsøket vil vare i 3 år. Forsøket består av to modeller, og i det som kalles forsøkets modell A skal statlige tildelingskriterier og en statlig finansieringsmodell benyttes. Det er utarbeidet rutiner og kriterier for arbeidsprosessen ved tildelingskontorene, som skal bidra til å sikre en god og lik tilnærming ved tildeling av tjenester. I tillegg er det utviklet tildelingskriterier for enkelttjenester. Hensikten med kriterier for tildeling av tjenester er først og fremst å sikre søkerne en helhetlig, tverrfaglig og likeverdig vurdering av behovet for de ulike omsorgstjenestene som tilbys. Modell B i forsøket innebærer øremerkede midler til sektoren.

Forsøket skal følgeevalueres, og evaluator vil blant annet se på effekten av å benytte nasjonale tildelingskriterier i forsøkskommunene, se nærmere omtale i punkt 7.2.1.

2.2.5.2 Ventelister

Kommunene følger i dag utviklingen i enkeltbrukeres behov gjennom ulike kontaktpunkter med brukere og pårørende, samt ulike saksbehandlings- og dokumentasjonsverktøy. Kommunen skal ha oversikt over den enkelte brukers behov, og det er mange måter dette kan gjøres på. Det er usikkerhet om hvor mange som venter på en sykehjemsplass. I rapporten «Kommunal variasjon i omsorgstjenester» (Rapport 2015/44) legger SSB frem statistikk for ventetider beregnet på grunnlag av antall dager mellom vedtaksdato og startdato for tjenesten (iverksettingstid) basert på IPLOS-statistikk. For alle typer tjenester sett under ett ble ca 83 pst. av vedtakene iverksatt innen 15 dager. Andelen med lang ventetid på langtidsopphold i institusjon varierer fra 6 pst. i noen av de små kommunegruppene til 24 pst. i Bergen, Trondheim og Stavanger. SSB peker i rapporten på at det må arbeides med forbedring av kvaliteten til datovariablene.

Etter sikker fortolkning av dagens regelverk kan personer som kun kan få oppfylt sitt behov for nødvendige helse- og omsorgstjenester i sykehjem eller tilsvarende bolig, ikke settes på vente-

liste. Dette presiseres også i forslag til § 2-1 e første ledd i pasient- og brukerrettighetsloven.

2.2.6 Brukernes oppfatninger

I 2014 avsluttet fylkesmennene vurderingen av 1326 klagesaker etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 a. I 540 av sakene fikk klageren helt eller delvis medhold. Av disse sakene ble det avsluttet 140 klagesaker om plass i sykehjem og 45 klagesaker om plass i annen institusjon. Klageren fikk helt eller delvis medhold i til sammen 62 av disse klagene.

Innbyggerundersøkelsen 2013, Difi rapport 2013:7, består av en innbyggerdel og en brukerdelen. Innbyggerdelen besvares av innbyggere både med og uten brukererfaring, mens brukerdelen kun besvares av dem med brukererfaring. Direktoratet for forvaltning og IKT (Difi) har sammenlignet svarene fra disse to delene, og sett at brukerne av helse- og omsorgstjenestene jevnt over er mer fornøyde enn det innbyggerne generelt er. Det gjelder for hele 16 av de 23 tjenestene. Utslagene er til dels store, særlig for omsorgstjenestene hvor brukerne er klart mer fornøyd enn det inntrykket til innbyggerne tilsier.

De kommunale helse- og omsorgstjenestene har langt mer fornøyde brukere enn innbyggernes oppfatninger skulle tilsi (jf. innbyggerdelen av innbyggerundersøkelsen 2013). I møte med brukerne får tjenestene jevnt over høye skårer. Spesielt fastlegene får svært gode tilbakemeldinger, men også omsorgstjenestene får på flere områder gode skussmål.

Undersøkelsen innbefatter også flere spørsmål som går på kvaliteten på en rekke helse- og omsorgstjenester. Jevnt over skårer alle tjenestene bedre i 2013 enn i 2010. Endringene er ikke så store, men viktige. Det er bare for hjemmehjelp skåren er uforandret. Tilgangen på sykehjemsplasser er det spørsmålet i 2013 som får lavest skår av de omsorgsrelaterte spørsmålene med en skår tilsvarende nøytral eller dårlig. Den lave skåren viser at innbyggerne ikke er fornøyde. Alle andre tjenester får en skår som indikerer at innbyggerne er delvis fornøyde. I siste innbyggerundersøkelse fra 2015 er imidlertid brukerne delvis fornøyde også med ventetiden for å få plass på sykehjem.

2.3 Høringen

Høringsnotat om rett til opphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns

tjenester ble sendt på høring 7. september 2015 med høringsfrist 7. desember samme år.

Høringsnotatet ble sendt til følgende instanser:

Departementene

Arbeids- og velferdsdirektoratet
 Arbeidstilsynet
 Barne-, ungdoms-, og familiedirektoratet
 Barneombudet
 Datatilsynet
 Helsedirektoratet
 Kontaktutvalget mellom innvandrerbefolkningen og myndighetene (KIM)
 Landets fylkesmenn
 Landets helseforetak
 Landets høyskoler (m/helsefaglig utdanning)
 Landets pasient- og brukerombud
 Landets regionale helseforetak
 Landets universiteter
 Likestillings- og diskrimineringsombudet
 Norges forskningsråd
 Norsk Institutt for by- og regionsforskning (NIBR)
 Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA)
 Sametinget
 Statistisk sentralbyrå (SSB)
 Statens arbeidsmiljøinstitutt (STAMI)
 Statens helsetilsyn
 Statens råd for likestilling av funksjonshemmede
 Statens seniorråd
 Stortingets ombudsmann for forvaltningen
 Universitets- og høyskolerådet

Landets kommuner

Geriatrisk ressurscenter i Oslo
 Helse- og sosialombudet i Oslo
 Innovasjon Norge
 Institutt for samfunnsforskning
 Landets utviklingssentre for sykehjem og hjemmetjenester
 Likestillingssenteret
 Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse
 Nasjonal kompetansetjeneste for døvblinde
 Nasjonal kompetansetjeneste for sjeldne diagnoser
 Nasjonalt kompetansesenter for kultur, helse og omsorg
 Norsk senter for menneskerettigheter
 Senter for omsorgsforskning Midt-Norge
 Senter for omsorgsforskning Nord-Norge
 Senter for omsorgsforskning Sør

Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven og helse- og omsorgstjenesteloven (rett til opphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester – kriterier og ventelister)

Senter for omsorgsforskning Vest
Senter for omsorgsforskning Øst

Følgende høringsinstanser har kommentarer til høringen:

Abelia
Akademikerne
Arbeidsgiverforeningen Spekter
Dedicare
Den Norske Advokatforening
Den norske Dommerforening
Den norske Helsingforskomite
Den norske legeförening
Fafø
Fagforbundet
Fellesorganisasjonen (FO)
Foreningen Norges døvblinde
Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon (FFO)
Hovedorganisasjonen Virke
Hjernerådet
Human Rights Service (HRS)
Innvandrernes Landsorganisasjon (INLO)
Kirkens bymisjon
KS
Landslaget for offentlige pensjonister (LOP)
Landsorganisasjonen i Norge (LO)
Medborgerenes Menneskerettighets Kommissjon
Mental Helse Norge
Nasjonalföreningen for folkehelsen
Norges Handikapforbund
Norges Juristforbund
Norges Røde Kors
Norsk Ergoterapeutforbund
Norsk Forbund for Utviklingshemmede (NFU)
Norsk Fysioterapeutforbund
Norsk Helse- og velferdsforum
Norsk Pasientforening
Norsk Psykiatrisk Forening
Norsk Psykologforening
Norsk Sykepleierforbund
Norsk Tjenestemannslag (NTL)
Norske Kvinners Sanitetsforening
Næringslivets Hovedorganisasjon
Organisasjonen Mot Offentlig Diskriminering (OMOD)
PARAT
PARAT-Helse
Pensjonistforbundet
Personskadeforbundet LTN
Ressurssenteret for omstilling i kommunene (RO)
Rådet for psykisk helse
Seniorsaken i Norge
Senter for seniorpolitikk
Stiftelsen Menneskerettighetshuset
Yrkesorganisasjonenes Sentralforbund (YS)

Diakonhjemmets sykehus
Fylkesmannen i Aust-Agder
Fylkesmannen i Hedmark
Fylkesmannen i Hordaland
Fylkesmannen i Møre og Romsdal
Fylkesmannen i Oppland
Fylkesmannen i Sør-Trøndelag
Fylkesmannen i Telemark
Fylkesmannen i Vestfold
Fylkesmannen i Østfold
Helsedirektoratet
Helse Nord-Trøndelag HF
Høgskolen i Bergen, institutt for sykepleiefag
Landets pasient- og brukerombud
Oslo universitetssykehus HF
Pasient- og brukerombudet i Oslo
Statistisk sentralbyrå (SSB)
Statens helsetilsyn

Andøy kommune
Asker kommune
Bergen kommune
Bærum kommune
Drammen kommune
Eidsvoll kommune
Fet kommune
Fjell kommune
Fredrikstad kommune
Gjerdrum kommune
Gjesdal kommune
Grimstad kommune
Halden kommune
Horten kommune
Hurdal kommune
Hå kommune
Kristiansand kommune
Lindås kommune
Lørenskog kommune
Mandal kommune
Melhus kommune
Midtre Gauldal kommune
Molde kommune
Naustdal kommune
Nes kommune Akershus
Nesodden kommune
Nøtterøy kommune
Oppegård kommune
Osen kommune
Oslo kommune
Oslo kommune, Det sentrale eldreråd
Osterøy kommune

Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven og helse- og omsorgstjenesteloven (rett til opphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester – kriterier og ventelister)

Overhalla kommune
 Re kommune
 Rælingen kommune
 Sandefjord kommune
 Sarpsborg kommune
 Sogndal kommune
 Sortland kommune
 Stavanger kommune
 Stord kommune
 Søgne kommune
 Sørums kommunen
 Time kommune
 Tromsø kommune
 Trondheim kommune
 Tynset kommune
 Tønsberg kommune
 Vaksdal kommune
 Vennesla kommune
 Vestnes kommune
 Vestregionen – kommunehelsesamarbeidet
 Ørskog kommune
 Ålesund kommune

Helseregion Sør-Gudbrandsdal
 Sjustjerna helse og omsorg

Nasjonalt kompetansesenter for sjeldne
 diagnoser
 Sentrene for omsorgsforskning
 Utviklingssenter for sykehjem i Hedmark (USH)
 USHT Buskerud

Arbeidsgiverforeningen Spekter
 Den Norske Advokatforening
 Den norske legeförening
 Forsvarets seniorforbund
 KS
 Landslaget for offentlige pensjonister (LOP)
 Nasjonalforeningen for folkehelsen
 Norsk Ergoterapeutforbund
 Norsk Helse- og velferdsforum
 Omsorgsjuss AS
 Pensjonistforbundet
 Pensjonistforbundet Møre og Romsdal
 Personskadeforbundet LTN
 Seniorenes fellesorganisasjon
 Seniorsaken ressursgruppe Helse og omsorg
 Seniorsaken ressursgruppe Jus og økonomi

Følgende høringsinstanser har uttalt at de ikke har merknader eller innvendinger til høringsforslaget eller at de ikke ønsker å avgi høringsuttalelse:

Arbeids- og sosialdepartementet
 Arbeids- og velferdsdirektoratet

Justis og beredskapsdepartementet
 Klima- og miljødepartementet
 Landbruks- og matdepartementet
 Landsorganisasjonen (LO)
 Nesodden kommune
 Norges forskningsråd
 Samferdselsdepartementet
 Statens arbeidsmiljøinstitutt
 Universitets- og høgskolerådet
 Utenriksdepartementet
 Vestnes kommune

I tillegg til disse høringsuttalelsene har departementet også mottatt høringsuttalelse fra en privatperson.

3 Gjeldende rett

3.1 Innledning

Det er en overordnet målsetting for helse- og omsorgstjenestene at befolkningen skal sikres lik tilgang til gode og likeverdige helse- og omsorgstjenester, uavhengig av diagnose eller behov, alder, kjønn, personlig økonomi og bosted. Å gi et helhetlig og tværfaglig tilbud tilpasset den enkelte bruker står sentralt i tjenesteytingen. Andre verdier som er grunnleggende for tjenestene er trygghet, respekt, individuelle hensyn og valgfrihet, medvirkning, selvbestemmelse og faglig god kvalitet.

Disse og andre grunnleggende verdier ligger nedfelt i regelverket for helse- og omsorgstjenesten i dag. Regelverket skal også bidra til rettsikkerhet for pasienter og brukere, det vil si at den enkelte lett skal kunne sette seg inn i hva kommunens helse- og omsorgstilbud skal omfatte, hvilke rettigheter den enkelte har og en klagegang som sikrer at den enkeltes rettigheter blir ivaretatt.

Det er videre et prinsipielt utgangspunkt at kommunene selv organiserer sine tjenester ut fra lokale forhold og behov. Det er særlig nærhet til brukerne, effektiv tjenesteproduksjon og hensynet til demokratisk styring av tjenestene, som begrunner lokal handlefrihet.

3.2 Kommunens ansvar og plikter – heldøgns tjenester

Helse- og omsorgstjenesteloven angir rammene for det kommunale ansvaret for helse- og omsorgstjenester. Det sentrale er at kommunene skal tilby nødvendige helse- og omsorgstjenester

som ikke er spesialisthelsetjeneste, og at kommunene innenfor disse rammene skal tilby et forsvarlig, helhetlig og koordinert tilbud.

Kommunens overordnede ansvar for helse- og omsorgstjenester følger av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1, der det fremgår at kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. Tjenestene kan ytes av kommunen selv eller ved at kommunen inngår avtale med private, jf. loven § 3-1. Hva som ligger i kravet «nødvendige» tjenester må sees i sammenheng med kravet til forsvarlige tjenester, hvilket betyr at tjenesten må holde tilfredsstillende kvalitet, ytes i tide og i tilstrekkelig omfang. Forsvarlighetskravet er grunnleggende i helselovgivningen og favner vidt. Det omfatter både helsefaglige vurderinger, herunder medisinske, og omsorgsfaglige vurderinger. Plikten for kommunen til å sørge for forsvarlige helse- og omsorgstjenester fremgår av helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 og for helsepersonell følger kravet av helsepersonelloven § 4. Når det gjelder omfanget og nivået på tjenesten, må denne dimensjoneres ut fra en konkret vurdering av den hjelpetrequerendes behov ut fra en helse- og omsorgsfaglig vurdering. Dette betyr at kommunen må foreta en individuell vurdering av den enkeltes behov, og på den bakgrunn tilpasse et forsvarlig tjenestetilbud. Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 bidrar til en ytterligere utdyping av kravet til «nødvendige helse- og omsorgstjenester» ved å angi de tjenestene kommunen som et minimum plikter å sørge for. Av bestemmelsens første ledd nr. 6 fremgår det at kommunen skal tilby helsetjenester i hjemmet, personlig assistanse, plass i institusjon, herunder sykehjemsplass og avlastning.

Selv om det ikke går klart frem av loven, omfatter kommunens plikt til å tilby nødvendige helse- og omsorgstjenester også heldøgns tjenester dersom dette er nødvendig. Dersom plass på sykehjem er det eneste tilbudet som kan sikre pasienten nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester, har kommunen plikt til å tilby sykehjemsplass.

Heldøgns helse- og omsorgstjenester er ikke definert i dagens regelverk. I praksis er det lagt til grunn at kommunene yter heldøgns tjenester både i institusjon og i pasientens eller brukerens eget hjem. Plass i institusjon, herunder sykehjem, regnes alltid som et heldøgns tilbud, selv om det i liten grad er nærmere presisert hva tjenestetilbudet skal omfatte. Se punkt 3.6 om regulering av tjenester i sykehjem og egne boliger.

For å 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. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 tredje ledd. For å kunne ivareta planleggingsansvar må kommunen for eksempel til enhver tid kjenne til hvor mange som venter på plass i sykehjem eller opphold i omsorgsbolig. Kommunens plikt til internkontroll er utdypet i forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten.

3.3 Rett til heldøgns helse- og omsorgstjenester, herunder sykehjemsplass

Etter pasient- og brukerrettighetsloven har pasient og bruker rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester fra kommunen de oppholder seg i, jf. loven § 2-1 a.

I forarbeidene til endringer av loven, Prop. 91 L (2010–2011) punkt 29.5.2, er det presisert at pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 a andre ledd skal tolkes slik at pasient og bruker har krav på «nødvendig hjelp med en forsvarlig standard, basert på en individuell helsefaglig og/eller sosialfaglig vurdering av behov.» Det er også uttalt at det er vanskelig å angi presist hva som er nødvendig hjelp på et overordnet nivå, og at omfang og nivå på hjelpen må bestemmes etter en konkret vurdering. Videre er det presisert:

«I vurderingen må behovet til den enkelte veies opp mot fellesskapets behov, og det kan legges vekt på kommunens økonomiske ressurser. Det er imidlertid en minstestandard som kommunene ikke kan gå under med henvisning til dårlig økonomi. (...)

Selv om en person har et rettskrav på nødvendige helse- og omsorgstjenester betyr ikke det at vedkommende i utgangspunktet har krav på en bestemt type tjeneste fra kommunen. Med andre ord er det ikke slik at selv om en person har krav på helse- og omsorgstjenester fra kommunen, så har personen også dermed et rettskrav på en bestemt tjeneste, for eksempel en institusjonsplass. Dette er en videreføring av gjeldende rett (...), men blir nå tydeliggjort ved at kommunens plikter og pasientens og brukernes rettigheter blir regulert i ulike lover. Dersom en pasient eller bruker har krav på nødvendige helse- og omsorgstjenester, er det kommunen som må vurdere og i utgangspunktet beslutte hva slags hjelp

som skal tilbys ut fra de tilbudene og ressursene kommunen har. Slik sett kan en kommune fatte vedtak om tilbud om helsetjenester i hjemmet, fremfor tildeling av plass i institusjon under forutsetning av at det innebærer et forsvarlig tilbud.

Kommunen står imidlertid ikke helt fritt. Formålsbestemmelsene i lovene er utgangspunktet, og det skal tas hensyn til tjenestemottakernes ønsker og synspunkter. Dette gjelder særlig ved utforming av tjenester etter forslaget i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 nr. 6, hvor det skal legges stor vekt på hva brukeren mener. (...) I tillegg er det sentralt at formen for tjenesteyting må være forsvarlig. Hva som er å anse som forsvarlig vil være en helsefaglig og /eller sosialfaglig vurdering i det konkrete tilfellet. Det vil si at dersom for eksempel en plass i institusjon er eneste alternativ for at hjelpen er å anse som forsvarlig i det konkrete tilfellet, vil vedkommende pasient eller bruker ha et rettskrav på opphold i institusjon.»

Selv om det ikke går klart frem av loven, omfatter altså rettigheten også rett til heldøgns tjenester dersom dette er nødvendig. Dersom plass på sykehjem er det eneste tilbudet som kan sikre pasienten nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester, har pasienten rett til sykehjemsplass. I disse tilfellene må pasienten tildeles plass og kan ikke settes på venteliste.

Når det gjelder omfanget og nivået på tjenesten, må dette dimensjoneres og utformes ut fra en konkret helse- og omsorgsfaglig vurdering av den hjelpetrengendes behov. Dette betyr at kommunen må foreta en individuell vurdering av den enkeltes behov, og på den bakgrunn tilpasse et forsvarlig tjenestetilbud. I utformingen av tjenestetilbudet skal det etter loven legges stor vekt på hva brukeren mener.

I helhetsvurderingen vil blant annet følgende elementer normalt inngå:

- brukerens eller pasientens funksjonsnivå og hjelpebehov
- medisinske vurderinger og diagnoser
- prognoser mht. hjelpebehov, diagnoser o.a.
- vurdering av rehabiliteringspotensialet
- tjenestetilbudet kommunen for øvrig kan tilby, herunder bl.a. hjemmetjenester, teknologi og annen tilretteleggingsmulighet i eget hjem
- pasientens eller brukerens ønsker
- hvor pasienten eller brukeren bor og muligheten for å tilpasse boligen
- pasientens eller brukerens hjemmesituasjon.

Vurderingen forutsetter en tverrfaglig utredning og vil bygge på opplysninger fra pasient eller bruker og pårørende, hjemmehjelp og hjemmesykepleie, fastlege, og andre deler av helse- og omsorgstjenester. Hjemmebesøk (vurderingsbesøk), gjerne med pårørende til stede, vil ofte også inngå prosessen. Behandlende leges vurderinger/erklæring/epikrise etc. skal sammen med andre relevante opplysninger vektlegges i den helse- og omsorgsfaglige vurderingen som kommunen foretar og være en del av beslutningsgrunnlaget. I enkelte situasjoner kan hjemmetjenesten, som foretar en kontinuerlig vurdering av pasienten, vurdere at denne trenger sykehjemsplass. Kommunen foretar da en innleggelse uten at fastlegen er involvert.

Elementene i helhetsvurderingen ovenfor vil være sentrale også når den enkelte kommune skal fastsette kommunale kriterier. Vektingen av elementene vil avgjøre om pasienten omfattes av basisrettigheten, jf. dagens rettighet som er foreslått presisert, og dermed ha rett til opphold i sykehjem eller tilsvarende bolig, eller om det vil være hensiktsmessig og forsvarlig å sette vedkommende på venteliste samtidig som det gis tilbud om for eksempel helsetjenester i hjemmet.

Kommunen kan i noen tilfeller vurdere at sykehjemsplass vil være det ideelle tjenestetilbudet for en pasient, selv om forsvarlige tjenester kan ytes i pasientens hjem. Da det kan være knapphet på sykehjemsplasser velger enkelte kommuner å føre opp disse pasientene på venteliste til sykehjemsplass, se punkt 2.2.5. I disse tilfellene har pasienten krav på nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester i ventetiden.

Ved søknad om helse- og omsorgstjenester, herunder sykehjemsplass i kommunen har pasient og bruker rettigheter under saksbehandlingen, som for eksempel rett på informasjon og medvirkning, se om dette i punkt 3.4.

3.4 Krav til saksbehandlingen

Forvaltningsloven regulerer saksbehandlingen i forvaltningssaker og inneholder viktige rettssikkerhetsgarantier for den enkelte i møte med den offentlige forvaltning. I helse- og omsorgstjenesteloven § 2-2 fremgår det at forvaltningsloven gjelder for kommunens virksomhet, men at særlige bestemmelser kan følge av helse- og omsorgstjenesteloven og pasient- og brukerrettighetsloven. Unntakene fra forvaltningsloven er begrunnet i at helse- og omsorgslovgivningen har særlige regler som sikrer at pasientenes og brukernes

interesser blir ivaretatt når det gjelder blant annet informasjon, medvirkning og rett til å klage.

Ulovfestede forvaltningsrettslige prinsipper vil også gjelde for saksbehandlingen og innholdet i avgjørelse om helse- og omsorgstjenester. Prinsippene skal blant annet hindre vilkårlige og sterkt urimelige avgjørelser samt usaklig forskjellsbehandling.

Tildeling av helsetjenester i hjemmet, personlig assistanse, avlastning og sykehjemsplass som forventes å vare lenger enn to uker skal treffes ved *enkeltvedtak*, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-7 andre ledd. Krav til enkeltvedtak følger av forvaltningsloven kapittel V. Der fremgår det at enkeltvedtak som hovedregel skal være skriftlige, og at de skal begrunnes jf. henholdsvis §§ 23 og 24. Dersom den som har søkt om tjenester fullt ut har fått innvilget det vedkommende har søkt om er det ikke nødvendig å begrunne vedtaket, jf. loven § 24 andre ledd.

Når en søknad eller et hjelpebehov meldes på annen måte til kommunen har kommunen *opplysnings-, veilednings- og informasjonsplikt*. Dette følger av forvaltningsloven § 11 og § 17. I tillegg gir pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2 regler om pasientens eller brukerens rett til informasjon. Brukeren skal bl.a. ha den informasjon som er nødvendig for å få tilstrekkelig innsikt i tjenestetilbudet og for å kunne ivareta sine rettigheter.

God og grundig kartlegging av behovet for hjelp er en forutsetning for at tjenestetilbudet på best mulig måte skal kunne dekke det faktiske behovet. Den enkeltes evne og mulighet til selv å ivareta sin helse eller sosial aktivitet skal danne utgangspunkt for kartlegging av hjelpebehovet. Forvaltningsloven § 17 gir regler om forvaltningsorganets *utredningsplikt*. Etter bestemmelsen skal kommunen påse at saken er så godt opplyst som mulig før vedtak treffes. Helse- og omsorgstjenester som kommunen tilbyr etter helse- og omsorgstjenesteloven skal være forsvarlige, jf. loven § 4-1. Kommunens utredning av brukerens hjelpebehov og innhenting av opplysninger fra andre må etter dette være tilstrekkelig til å kunne gi tjenester som tilfredsstillende *forsvarlighetskravet*. Kommunene er pålagt å bruke IPLOS som en del av saksbehandlingen. I PLOS er et lovbestemt helseregister som danner grunnlag for nasjonal statistikk for helse- og omsorgssektoren. Det er et verktøy for dokumentasjon, rapportering og statistikk for kommunene og for statlige myndigheter. I IPLOS registreres brukerens behov for bistand, assistanse og helsehjelp. Ved søknad om heldøgns tjenester i sykehjem eller omsorgsbolig vil kommunen i de fleste tilfelle kreve en uttalelse

fra søkers fastlege med funksjonsbeskrivelse og vurdering av hjelpebehov samt nødvendig medisinsk dokumentasjon.

Ved behov for helsetjenester i hjemmet, personlig assistanse, avlastningstiltak og plass i sykehjem gir pasient- og brukerrettighetsloven pasienten og brukeren en *rett til å medvirke* ved utformingen av tjenestetilbudet. Det fremgår av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 andre ledd at slikt tjenestetilbud så langt som mulig skal utformes i samarbeid med pasient og bruker. Videre skal det legges stor vekt på hva pasienten og brukeren mener ved utforming av tjenestetilbudet. Kommunen må sikre slik brukermedvirkning i saksbehandlingen og hele prosessen frem til et tjenestetilbud er på plass. Pasient- og bruker har også rett til å medvirke ved gjennomføringen av tjenestetilbudet, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1 første ledd.

Tildeling av omsorgsbolig eller annen kommunal disponert bolig vil være tildeling av et velferdsgode det er knapphet på i de fleste kommuner og er i forvaltningsrettslig forstand et enkeltvedtak. Tildeling av slik bolig skal derfor følge reglene i forvaltningsloven, herunder også reglene for enkeltvedtak. Tildeling av helse- og omsorgstjenester treffes som oftest i eget vedtak.

Saksbehandlingstid. Etter forvaltningsloven § 11 a skal forvaltningsorganet forberede og avgjøre søknad om helse- og omsorgstjenester uten ugrunnet opphold. Dersom det må ventes at det vil ta uforholdsmessig lang tid før en søknaden kan besvares, skal kommunen i løpet av en måned gi et foreløpig svar. I svaret skal det gjøres rede for grunnen til at henvendelsen ikke kan behandles tidligere, og så vidt mulig angis når svar kan ventes.

Pasient og bruker som har søkt om sykehjemsplass har rett til nødvendig helse- og omsorgstjenester under saksbehandlingstiden og i ventetiden dersom det treffes vedtak om sykehjemsplass og pasienten eller brukeren må vente på ledig plass.

3.5 Klage og tilsyn

Vedtak om helse- og omsorgstjenester, herunder avslag på søknad, etter helse- og omsorgstjenesteloven kan påklages til Fylkesmannen etter reglene i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 7, se § 7-1. Det følger av lovens § 7-2 at pasienten eller brukeren kan be fylkesmannen om en vurdering dersom vedkommende mener bestemmelser om plikter fastsatt i eller i medhold av helsepersonelloven eller helse- og omsorgstjenesteloven er brutt til ulempe for seg.

Enkeltvedtak om kommunal bolig kan påklages til kommunen. Tilvisning av den konkrete boligen kan som hovedregel ikke påklages.

3.6 Regulering av tjenester i sykehjem og egen bolig

Det er stor variasjon i hvordan kommunene organiserer sitt helse- og omsorgstjenestetilbud både når det gjelder innhold i tjenestene og hvor tjenestene ytes, se kapittel 2.2. Tjenestene kan ytes i institusjon, herunder sykehjem, eller i eget hjem. Rettslig regnes helse- og omsorgstjenester tildelt i omsorgsboliger og andre kommunalt tildelte boliger som tjenester tildelt i eget hjem. Skillet i og utenfor institusjon har rettslig betydning i flere sammenhenger.

Sykehjem

Følgende tjenestetilbud regnes som kommunal helse- og omsorgsinstitusjon etter helse- og omsorgstjenesteloven: barneboliger, kommunale rusinstitusjoner, aldershjem, sykehjem og døgnplasser for øyeblikkelig hjelp, jf. forskrift 16. desember 2011 nr. 1254 om kommunal helse- og omsorgsinstitusjon.

Sykehjem er en lovpålagt oppgave for kommunene etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav c, og nærmere regulert gjennom sykehjemsforskriften (forskrift 14. november 1988 nr. 932). I forskriften stilles det som krav at sykehjemmet har en administrativ leder, en lege som skal ha ansvaret for den medisinske behandling, en sykepleier som skal ha ansvaret for sykepleien, og det antall personell for øvrig som er nødvendig for å sikre beboer nødvendig omsorg og bistand. Det er ikke lagt til grunn noen kvalitetsnorm eller bemanningsnorm for drift av sykehjem. Institusjonen må imidlertid bemannes og driftes på en slik måte at kravet til forsvarlighet oppfylles, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 og helsepersonellovens § 4.

Det skal treffes vedtak om plass i institusjon som forventes å vare lenger enn to uker, se pasient- og brukerrettighetstjenesteloven § 2-7, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav c. Tjenestene følger forutsetningsvis av vedtaket.

Forskrift om egenandel for kommunale helse- og omsorgstjenester har særskilte regler for tjenester i institusjon, jf. forskriftens kapittel 1. I institusjon betaler beboeren for et samlet bolig- og tjenestetilbud uten hensyn til omfanget av de tjenester som mottas. Forskrift om egenandel for kommu-

nale helse- og omsorgstjenester skiller mellom langtids- og korttidsopphold på institusjon. For korttidsopphold kan kommunene kreve betaling per døgn eller for det enkelte dag- eller nattopphold. For langtidsopphold kan kommunen for inntekter inntil folketrygdens grunnbeløp, fratrukket et sentralt fastsatt fribeløp også definert i forskriften, kreve 75 pst. i egenbetaling. Av inntekter utover grunnbeløpet kan kommunen kreve inntil 85 pst. Det legges i tillegg noen begrensninger på egenandelens størrelse for å skjerme beboerens økonomi.

Tjenester i hjemmet, herunder omsorgsbolig og andre kommunalt tildelte boliger

Det er ikke gitt rettslig definisjon av omsorgsboliger eller andre kommunalt tildelte boliger. Slike boliger regnes rettslig som beboerens eget hjem. Leieforholdet reguleres av husleieloven og leieavtale. Helse- og omsorgstjenester tildeles på samme måte som til tjenestemottakere som bor i sitt eget private hjem.

Helse- og omsorgstjenester i hjemmet som er forventet å vare lenger enn to uker skal treffes ved enkeltvedtak, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-7 andre ledd.

Forskrift om egenandel for kommunale helse- og omsorgstjenester har særskilte regler for tjenester utenfor institusjon, jf. forskriftens kapittel 2. Brukere som bor i egen bolig betaler for hjemmetjenester. Hjemmesykepleie og personrettet praktisk bistand er fritatt for egenandel. Det samme er støttekontakt og avlastningstiltak. Som personrettet praktisk bistand regnes personlig stell og egenomsorg, som nødvendig hjelp til å stå opp, toalettbesøk, personlig hygiene, hjelp til å kle av og på seg, hjelp til å spise, nødvendig tilsyn og tilsvarende grunnleggende behov.

3.7 Generelt om rettighetsfesting i helse- og omsorgslovgivningen

I helse- og omsorgslovgivningen skiller det mellom regler som pålegger kommunene eller helseforetakene ansvar og plikter, og regler som gir den enkelte pasient og bruker rettigheter. Begge settene med regler har som formål å sikre nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester til befolkningen. I pasient- og brukerrettighetsloven, hvor en stor del av pasient- og brukerrettighetene er samlet, finnes både prosessuelle og materielle regler.

Når det gjelder den enkelte pasient eller brukers rettigheter, kan det generelt trekkes et skille

mellom materielle og prosessuelle rettigheter. Det som kjennetegner en prosessuell pasient- og brukerrettighet er at den har som hovedformål å styrke pasienter og brukeres rettssikkerhet. Prosessuelle regler er regler om saksbehandling i relativt vid forstand. Det er regler om hvordan avgjørelser skal treffes, hvem som har kompetanse til å treffe avgjørelser osv. I pasient- og brukerrettighetsloven er en stor del av lovbestemmelsene prosessuelle regler, for eksempel retten til informasjon, retten til medvirkning og retten til å samtykke til helsehjelp.

Materielle pasient- og brukerrettigheter kjennetegnes ved at de gir rett til ulike former for helse- og omsorgstjenester. I pasient- og brukerrettighetsloven er det i utgangspunktet kapittel 2 som inneholder de materielle rettighetene. Det kan for eksempel vises til pasient- og brukerrettighetslovens § 2-1 a andre ledd som gir pasient og bruker rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester fra kommunen. Dersom en person oppfyller vilkårene som gir en rettighet, kan han eller hun ta rettslige skritt for å få denne oppfylt. Dette i motsetning til pliktbestemmelser som retter seg mot det offentlige, men som ikke direkte motsvares av en individuell rettighet for den enkelte.

Rettighetsfesting skal bidra til å styrke pasienters og brukeres rettssikkerhet, og sikre den enkeltes mulighet til å få gjennomført sine rettigheter. I juridisk sammenheng er det vanlig å knytte en rettighet til en form for sanksjon eller håndhevelse. Det gir en pasient eller bruker som opplever at han eller hun ikke får oppfylt sin rettighet, mulighet til å ta rettslige skritt for å få den oppfylt, for eksempel ved å klage til Fylkesmannen. Det følger av pasient- og brukerrettighetslovens § 7-2 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. Dersom saken ikke fører frem etter klage til Fylkesmannen, kan vedkommende pasient eller bruker ta saken inn for domstolen. Det er gjennom klage- og domstolsbehandling at pasienten eller brukeren kan anvende rettighetene som et grunnlag for å oppnå det helse- og omsorgstilbudet som vedkommende mener å ha krav på (hvis kommunen ikke frivillig innfrir). Rettighetsfesting bidrar på denne måten til større trygghet og forutsigbarhet for den enkelte, og reduserer risikoen for vilkårlig forskjellsbehandling.

Hvordan rettigheten er utformet vil ha innvirkning på hvor «sterk» eller «svak» rettigheten vil være sett ut i fra et pasient- og brukerperspektiv. En rettighet som gir en pasient eller bruker et

rettskrav dersom et objektivt og lett målbart vilkår er oppfylt, vil være naturlig å anse som en sterk rettighet. En rettighet som er utformet mer generelt og hvor det kreves for eksempel en medisinsk kompetanse for å avgjøre om vilkårene i rettighetene er oppfylt, vil fra et pasientperspektiv være å anse som en svakere rettighet.

Departementet viser til at enkelte høringsinstanser har påpekt at deler av forslaget til rettighetsbestemmelser er å anse som en svak rettighet. I helse- og omsorgsretten er det mange skjønnsvurderinger og hensyn som skal ivaretas. Det er derfor ikke uvanlig å gi rettigheter som kan fremstå som noe svakere. Rettigheten må imidlertid ses i sammenheng med det faglige skjønn og forsvarlighetskravet som er tungt forankret i lovgivningen. Et eksempel på dette er rett til helsehjelp i daværende § 2-1 i pasientrettighetsloven da den kom i 1999, hvor det bl.a. fremgikk at pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Opprinnelig var rettigheten uten frist og ble derfor av enkelte oppfattet som en svak rettighet. I herværende forslag om tildeeling av sykehjemsplass eller opphold i tilsvarende bolig, vil rettigheten bli underbygget av kommunale kriterier. Disse vil være førende for oppfyllelsen av rettigheten.

Spørsmålet om innføring av rettigheter må også vurderes ut fra et bredere perspektiv hvor blant annet hensynet til likeverdige tjenester, ressurser og prioritering tas inn. Rettigheter som er utformet med klare og lett målbare vilkår kan ha utfordrende sider ved seg. Den kommunale helse- og omsorgstjenesten har et helhetlig ansvar for å yte tjenester til hele befolkningen. Rettigheter for en gruppe av pasienter og brukere kan medføre en vridningseffekt som kan føre til færre valgmuligheter og et dårligere tjenestetilbud til andre grupper brukere og pasienter. Det er til enhver tid en utvikling i den kommunale helse- og omsorgstjenesten som følge av blant annet nye brukergrupper og faglig og teknologisk utvikling. Det tilsier at rettighetsbestemmelser bør utformes slik at vilkårene er generelle nok til å ta høyde for den utviklingen som skjer, selv om bestemmelsen fra et pasient- og brukerperspektiv kan fremstå noe svakere.

Det er med andre ord mange avveininger og vurderinger som må gjøres når det er tale om å innføre nye pasient- og brukerrettigheter. Det er ikke nødvendigvis slik at pasient- og brukerrettigheter som i utgangspunktet sett fra en gruppe pasienters og brukeres perspektiv oppfattes som sterke, bidrar til et godt, forsvarlig og likeverdig tjenestetilbud for kommunens pasienter og bru-

kere samlet sett. En rettighet til et bestemt kommunalt tjenestetilbud bidrar heller ikke nødvendigvis til en best og mest effektiv bruk av kommunens ressurser.

4 Generelt om høringsforslaget og høringen

4.1 Kort om forslagene i høringsnotatet

Regjeringen mener det er behov for å bedre rettsstillingen for personer som har behov for opphold i sykehjem eller tilsvarende boliger særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester. I høringsnotatet ble det derfor foreslått at retten til slike tjenester presiseres i pasient- og brukerrettighetsloven.

Regjeringen vil innføre nasjonale kriterier for tildeling av langtidsopphold i sykehjem eller tilsvarende bolig. Formålet med forslaget er å bidra til bedre forutsigbarhet og mer åpenhet rundt tildelingsprosessen. Inntil slike kriterier foreligger ble det foreslått i høringsnotatet å lovfeste krav for kommunene til å fastsette kommunale kriterier for å bli vurdert for langtidsopphold i sykehjem og tilsvarende bolig. Det ble fremgikk at kriteriene skal fastsettes ut fra lokale behov og tjenestetilbud og det ble foreslått at den som oppfyller kriteriene skal ha rett til vedtak om dette.

Kommunene skal ha oversikt over hvilke personer som venter på langtidsplass i kommunen. Det varierer imidlertid i hvilken grad kommunene har systematisert dette og i hvilken grad det er gjort kjent for brukerne. I høringsnotatet ble det derfor foreslått at dette blir regulert på en mer ensartet måte ved at kommunene pålegges å føre ventelister over personer som venter på langtidsplass.

4.2 Generelt om høringen

Nær samtlige høringsinstanser stiller seg bak høringsforslagets intensjon. Blant pasient- og brukerorganisasjonene er det et flertall som er positive til forslagene i høringsnotatet. I sine uttalelser legger organisasjonene blant annet vekt på at endringene vil bidra til at brukernes behov og ønsker i større grad enn i dag kan møtes. Høringsinstansene fremhever videre at kommunale kriterier for tildeling av langtidsplass vil kunne bidra til å tydeliggjøre hvilke tjenester innbyggerne kan forvente seg i egen kommune. Åpenhet om kriteriene vil ifølge enkelte høringsinstanser legge større press på kommunene og samtidig styrke innbyggernes grunnlag for å

fremme klage. Det legges videre vekt på at kommunale ventelister kan gi den enkelte bruker trygghet. Videre at ventelister kan være et hensiktsmessig virkemiddel for å ivareta kommunens plikt til å ha oversikt over behovet for langtidsplasser, for å følge opp den enkelte bruker og som grunnlag for planlegging. Et flertall av høringsinstansene mener imidlertid at det samlede forslag, eller deler av dette, ikke medfører en styrket rett til heldøgns plass eller vil forsterke kommunenes ansvar. Høringsinstansenes begrunnelser er flere, men i hovedsak legges det vekt på at forslaget ikke vil medføre noen endringer av vesentlig karakter i forhold til dagens praksis. Flere mener at dagens lovgivning allerede gir de rettigheter som er nødvendig for å gi den enkelte nødvendige helse- og omsorgstjenester, herunder sykehjemsplass. Flere peker også på at deler av lovforslaget vil føre til unødig økt byråkratisering. Enkelte mener at de foreslåtte endringer vil villedde pasienter eller brukere til å tro at de får en styrket rett til sykehjemsplass eller tilsvarende bolig.

Helse- og omsorgsdepartementet har lagt avgjørende vekt på hensynet til pasientenes og brukernes rettssikkerhet i lovproposisjonen. Etter departementets vurdering vil både en klargjøring av den enkeltes rett til sykehjemsplass mv. i pasient- og brukerrettighetsloven og en plikt for kommunene til å ha kriterier for langtidsopphold, bidra til en mer forutsigbar rettsstilling for den enkelte og mer åpenhet rundt tildelingsprosessen. Rett til vedtak og mulighet for å klage vil i tillegg sikre riktige avgjørelser.

5 Retten til opphold i sykehjem eller tilsvarende bolig presiseres i lov

5.1 Gjeldende rett

Som det er gjort rede for under kapittel 3.3, har pasient og bruker rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester fra kommunen de oppholder seg i etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 a. Selv om det ikke går klart frem av lovteksten, er det sikker fortolkning at retten til nødvendige helse- og omsorgstjenester fra kommunen kan omfatte rett til heldøgns tjenester. Dersom heldøgns tilbud med opphold i sykehjem eller bolig særskilt tilrettelagt for slikt tilbud er det eneste tilbudet som kan sikre pasienten eller brukeren nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester, har vedkommende rett til dette tilbudet.

5.2 Høringsnotatet

Enkelte brukere og pårørende opplever ikke at det foreligger en rett etter dagens regelverk som beskrevet i forrige punkt. For å tydeliggjøre retten til sykehjemsplass eller opphold i tilsvarende bolig, foreslo departementet i høringsnotatet en ny bestemmelse i pasient- og brukerrettighetsloven. I forslaget til lovtekst ble det presisert at pasient eller bruker har rett til opphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester dersom dette etter en helse- og omsorgsfaglig vurdering er det eneste tilbudet som kan sikre pasienten eller brukeren nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester.

I høringsnotatet ble det understreket at behandlende leges vurderinger/erklæring/epi-krise etc. skal vektlegges i den helse- og omsorgsfaglige vurderingen som kommunen foretar og være en del av beslutningsgrunnlaget.

5.3 Høringsinstansenes syn

Av de høringsinstanser som uttaler seg om spørsmålet er det et flertall som mener at lovforslaget er overflødig fordi rettigheten allerede er forankret i dagens regelverk.

Hurdal kommune uttaler:

«Retten til sykehjemsplass eksisterer i dag, og forslaget vil ikke innebære noen endring. Å gi inntrykk av at man har skapt en ny rettighet uten at en ny rettighet er skapt vil være å forlede befolkningen, og kan bidra til økt konflikt-nivå i en sårbar tid for pasienter og brukere.»

Andre høringsinstanser mener at en presisering av eksisterende rettighet i lov kan være positivt for potensielle brukere av tjenesten. *Stord kommune* skriver i sin uttalelse:

«Rett til sjukeheims-plass er allerede forankra i gjeldande lovverk. Slik sett blir det liten endring i praksis for kommunane. Stord kommune ser likevel det positive i at innbyggjarane ved den føreslegne presiseringa vil få forsvarleg helsehjelp heima og vite at han/ho har rett på sjukeheims-plass dersom det vert uforsvarleg å bu heima.»

Flere av høringsinstansene mener at forslaget går på tvers av andre politiske føringer bl.a. ved at forslaget oppfattes som en satsing på langtids-plasser og tjenester på høyeste nivå i kommunenes til-

takskjede. Det fremheves at dette kan få utilsiktede negative konsekvenser for utviklingen av helse- og omsorgstjenestene.

KS skriver:

«KS vil også på generelt grunnlag advare mot en økt bruk av rettighetsfesting på det mest ressursintensive området i den kommunale pleie- og omsorgstjenesten. Hensynet til det totale pleie- og omsorgsbehovet, veid opp mot tilgjengelige offentlige ressurser både i dag og i fremtiden, tilsier at tildeling av nødvendig helse- og omsorgsbistand må skje etter LEON-prinsippet (laveste effektive omsorgsnivå). Kommunene har satset på hjemmebaserte tjenester, ambulante team, bygget ulike tilrettelagte boformer, økt andel korttids-plasser og mange har langtidsplanlegging som ivaretar riktig dimensjonering av tjenestene for å møte den enkeltes behov i dag og i fremtiden. Bedre tilrettelegging av egen bolig, bruk av velferdsteknologi, dagtilbud, utbygging av trygghetsboliger og sterkere satsing på hjemmetjenester og rehabilitering, er viktige tiltak for å kunne utsette behovet for heldøgns omsorgsplasser. En «vesentlig styrking av rettigheter» i den øvre delen av omsorgsskalaen, slik høringsnotatet beskriver forslagene, bygger ikke opp under denne ønskede og nødvendige utviklingen av pleie- og omsorgstjenestene.»

Andre høringsinstanser mener at det er behov for å styrke retten til disse tjenestene rettslig. *De fem regionale Sentrene for omsorgsforskning* stiller seg positivt til regjeringens høringsnotat og uttaler:

«At det er behov for å bedre rettsstillingen til personer med behov for opphold i sykehjem eller tilsvarende er en oppfatning som vi deler. At retten til denne type tjeneste blir presisert i pasient- og brukerrettighetsloven er et vesentlig skritt for å oppnå dette.»

En stor andel av instansene mener at forslaget innebærer en klar forskjellsbehandling av eldre og yngre tjenestemottakere. *Osterøy kommune* påpeker at yngre menneske med stort tjenestebehov er minst like avhengig av forutsigbarhet og trygghet for tjeneste-/botilbud som eldre.

Høringsforslaget var utformet på en måte som har gjort at flere høringsinstanser har tolket forslaget slik at det i kommunens vurdering av om det skal tildeles sykehjemsplass eller tilsvarende bolig skal legges avgjørende vekt på behandlende

leges vurdering/erklæring/epikrise etc. *Legeforeningen* uttaler blant annet:

«Vurderingen av om en pasient har krav på sykehjems plass bør ikke gjøres av den behandlende lege alene. Fastlegen bør trekkes inn i denne prosessen fordi fastlegen ofte vil ha god kjennskap til pasienten. Det bør også gjøres en tverrfaglig utredning, gjerne fra noen som kjenner godt til kommunens tjenestetilbud. Det er svært mange andre faktorer enn de rent medisinske som avgjør om en person har krav på sykehjems plass.»

Legeforeningen understreker at man også bør rette fokus mot tiltak som kan forhindre eller utsette behovet for sykehjems plass (geriatrik utredning). *Ergoterapiforeningen* mener en vurdering av rehabiliteringspotensiale, velferdsteknologi og annen tilretteleggingsmuligheter i eget hjem bør tydeliggjøres som et alternativ til plass i sykehjem eller omsorgsbolig.

Mange av høringsinstansene etterlyser en klarere definisjon av «tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester». Enkelte av disse, særlig fylkesmennene, hevder at departementet sidestiller de to boformene i større grad enn det er grunnlag for i dag.

5.4 Departementets vurdering og forslag

Helse- og omsorgsdepartementet ser at å presisere en gjeldende rett til opphold i sykehjem eller tilsvarende bolig i lovverket kan fremstå som overflødig. Departementet mener imidlertid at en tydeliggjøring at rettigheten i lovtekst sammen med plikt for kommunene til å ha kriterier for langtidsopphold er viktig for at pasienter, brukere og pårørende i større grad skal kunne forutsi sin rettsstilling og føle seg trygge på at kommunen har en plikt til å tilby et slikt tjenestetilbud når behovet oppstår.

Som enkelte av høringsinstansene påpeker kan det være utfordrende for helheten i de kommunale tjenestene å foreslå lovfesting av én tjenesteform (sykehjem og tilsvarende bolig). Forslaget oppfattes av høringsinstansene som et signal om at kommunene skal satse på heldøgns omsorgsplasser til eldre pasienter eller brukere, samtidig som forslaget understreker den friheten og det ansvaret kommunen har til å utvikle og tilpasse tjenestetilbudet til lokale forhold. Et godt utbygd og tilrettelagt hjemmetjenestetilbud vil medføre et mindre behov for heldøgns omsorgsplasser og at færre personer vil omfattes av rettigheten.

Utbygging av heldøgns omsorgsplasser er en klar prioritering for regjeringen. Det er samtidig viktig å understreke at omsorgstjenestene fortsatt skal ta i bruk de ressursene brukerne selv har og som finnes i deres omgivelser. Som enkelte høringsinstanser har påpekt ligger det store muligheter i å legge større vekt på mestring og hverdagsrehabilitering og i å ta i bruk ny velferdsteknologi.

De foreslåtte lovendringene er i hovedsak rettet mot den eldre delen av helse- og omsorgstjenestens brukergrupper. En styrking av rettsstillingen for denne brukergruppen kan begrunnes med at den kommunale ressursinnsatsen generelt sett er lavere for eldre brukere sett i forhold til yngre brukergrupper.

Dersom opphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester er det eneste kommunale tilbudet som etter en helse- og omsorgsfaglig vurdering kan sikre pasienten og brukeren nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester, har pasienten rett til et slikt tilbud. I disse tilfellene må pasienten eller brukeren tildeles plass og kan ikke settes på venteliste.

Vurderingen forutsetter en tverrfaglig utredning og vil bygge på opplysninger fra pasient eller bruker og pårørende, hjemmehjelp og hjemmesykepleie, fastlege, og andre deler av helse- og omsorgstjenesten. Hjemmebesøk (vurderingsbesøk), gjerne med pårørende, vil ofte også inngå prosessen. Behandlende leges vurderinger/erklæring/epikrise etc. skal sammen med andre relevante opplysninger vektlegges i den helse- og omsorgsfaglige vurderingen som kommunen foretar og være en del av beslutningsgrunnlaget. I enkelte situasjoner kan hjemmetjenesten, som foretar en kontinuerlig vurdering av pasienten, vurdere at denne trenger sykehjems plass. Kommunen foretar da en innleggelse uten at fastlegen er involvert.

Rettigheten gjelder både korttidsopphold og langtidstilbud.

Det nærmere innhold i rettigheten vil ha nær sammenheng med innretningen av den enkelte kommunes tjenestetilbud. Alle pasienter og brukere har rett på nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester, men kommunene vil kunne tilby dette på forskjellige måter. Noen kommuner har forholdsmessig mange sykehjems plasser og tilsvarende mindre hjemmebaserte tjenester. I andre kommuner kan denne fordelingen være motsatt. Det varierer også i hvilken grad kommunene har satsset på utbygging av heldøgns tilbud i sykehjem eller i særskilte tilrettelagte boliger, se

om dagens helse- og omsorgstjenester i kommunene i punkt 2.2.

Høringsuttalelsene viser at det er behov for å utdype hva som ligger i begrepet *tilsvarende bolig*. Med «tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester» menes i lovforslaget boliger som er tilpasset for å kunne yte tjenester som dekker beboerens behandlings-, omsorgs- og assistansebehov døgnet rundt. Beboeren må ved hjelp av tilkallingsmuligheter, som for eksempel velferdsteknologiske innretninger, trygghetsalarm, snoralarm eller lignende kunne få kontakt og bistand fra egnet personell, med tilsvarende responstid som vedkommende ville fått på sykehjem. Tilsyn med pasienten eller brukeren må tilsvare det tilsynet som ville blitt gitt dersom vedkommende hadde vært innlagt på institusjon.

Departementet antar at avgrensningen ikke vil skape store problemer for kommunene i praksis, da kommunene vet hvilke tjenestetilbud som kan tilbys ved de enkelte boligene.

Departementets forslag til endringer i pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 e første ledd er en presisering og tydeliggjøring av gjeldende rett. Gjeldende rett er nærmere beskrevet i punkt 3.3.

6 Kommunens plikt til å sørge for opphold i sykehjem eller tilsvarende bolig presiseres i lov

Retten til nødvendige helse- og omsorgstjenester etter pasient- og brukerrettighetsloven korresponderer med kommunens ansvar etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 til å sørge for slike tjenester til personer som oppholder seg i kommunen. Ansvaret omfatter også en plikt for kommunen til å sørge for heldøgns tjenester dersom dette er nødvendig, herunder plass i sykehjem eller opphold i tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester dersom dette er eneste forsvarlige tilbud for en pasient eller bruker.

Etter Helse- og omsorgsdepartementets vurdering bør dette komme tydeligere frem også i lovreguleringen av kommunens plikter. Departementet foreslo derfor i høringsnotatet at det presiseres i ny § 3-2 a i helse- og omsorgstjenesteloven at kommunen skal tilby opphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester dersom dette etter en helse- og omsorgsfaglig vurdering er det eneste tilbudet som kan sikre pasienten eller brukeren nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester.

Høringsinstansene som hadde merknader, knyttet disse til forslaget til rettighetsfesting og

ikke til forslaget til den korresponderende pliktbestemmelsen rettet mot kommunen.

Etter forslaget skal kommunen foreta en samlet konkret helse- og omsorgsfaglig vurdering av pasientens eller brukerens behov sett i sammenheng med kommunens tjenestetilbud. Dersom kommunen på bakgrunn av denne vurderingen kommer til at sykehjems plass eller opphold i tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester er det eneste forsvarlige tilbudet for en pasient eller bruker, må vedkommende tildeles plass og kan ikke settes på venteliste. Behandlende leges vurderinger/erklæring/epikrise etc. skal sammen med andre relevante opplysninger vektlegges i den helse- og omsorgsfaglige vurderingen som kommunen foretar og være en del av beslutningsgrunnlaget. Se om den helhetlige og konkrete vurderingen kommunen skal foreta under punkt 3.3.

Departementets forslag til endringer i pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 e første ledd og helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 a første ledd er en presisering og tydeliggjøring av gjeldende rett. Gjeldende rett er nærmere beskrevet i punkt 3.2.

7 Lovfesting av kriterier for tildeling av langtidsopphold, rett til vedtak og føring av ventelister

7.1 Innledning

7.1.1 *Større forutsigbarhet og trygghet for pasienter og brukere som med forsvarlig hjelp kan vente på langtidsopphold*

I dette punktet gis det en oversikt over modellen som er forslått lovfestet. De enkelte elementene i modellen; kriterier for tildeling av langtidsopphold, rett til vedtak og føring av ventelister, er beskrevet nærmere i påfølgende kapitler.

Regjeringen ønsker å legge til rette for bedre forutsigbarhet og mer åpenhet rundt tildelingsprosessen. Nasjonale kriterier for tildeling av langtidsopphold i sykehjem og tilsvarende bolig vil være et viktig virkemiddel for å bidra til dette. Regjeringen vil foreslå nasjonale kriterier når det er høstet erfaringer med de kommunale kriteriene og bruk av nasjonale kriterier i forsøksordningen for statlig finansiering av omsorgstjenestene, se punkt 7.2.

Inntil nasjonale kriterier er på plass foreslår Helse- og omsorgsdepartementet at kommunene pålegges å gi forskrifter med kriterier for langtidsopphold i egen kommune, se punkt 7.3.

Kriteriene kan ikke utformes på en slik måte at kommunen innsnevrer den enkelte pasients eller brukers rett til opphold i sykehjem eller tilsvarende bolig. Kommunens kriterier bør omfatte pasienter og brukere hvor utviklingen av helsetilstanden og hjelpebehovet tilsier at vedkommende vil være best tjent med en langtidsopphold i sykehjem eller tilsvarende bolig, men som med forsvarlig hjelp kan bo hjemme eller tildeles korttidsplass på sykehjem i påvente av langtidsopphold. Kommunene har ansvaret for å sørge for at det tildeles nødvendige kommunale helse- og omsorgstjenester i den perioden pasienten venter på langtidsopphold. De må etter forslaget være tydelige overfor egne innbyggere på hvilke tjenester som kan forventes i egen kommune.

Også pasienter og brukere som ikke har en umiddelbar rett på opphold i sykehjem eller tilsvarende bolig, fordi dette ikke vil være det eneste forsvarlige tilbudet, vil etter dette kunne oppfylle kommunale kriterier for tildeling av langtidsopphold. For denne gruppen varierer praksisen i kommunene i dag når det gjelder hvilken type vedtak de får. Dette kan skape usikkerhet og konflikt. Denne gruppen har behov for bedre trygghet og forutsigbarhet med hensyn til hvilket tjenestetilbud de kan forvente å motta fra kommunen fremover. Helse- og omsorgsdepartementet foreslår at regelverket endres slik at også pasienter og brukere som kvalifiserer for langtidsopphold i kommunen får rett til vedtak om dette, se punkt 7.4. Forslaget vil bidra til mer åpenhet rundt tildelingsprosessen.

For å sikre en ensartet oversikt over personer som har fått vedtak om at de kvalifiserer for langtidsopphold i kommunene, men som med forsvarlig hjelp kan bo hjemme i påvente av plass, foreslår departementet at kommunene pålegges å føre ventelister, se punkt 7.5.

Forslaget lovfester en modell der den enkelte kommune på bakgrunn av kommunens helhetlige tilbud må fastsette kriterier for tildeling av langtidsopphold i sykehjem eller tilsvarende bolig i kommunen. Når kommunen mottar en søknad, eller på annen måte blir oppmerksom på behovet for helse- og omsorgstjenester, må den vurdere om pasienten eller brukeren har rett til opphold i sykehjem eller tilsvarende bolig og må tildeles slik plass umiddelbart. Dersom søkeren ikke har rett på plass direkte, må kommunen vurdere om vedkommende oppfyller kommunens kriterier for langtidsopphold og kan settes på venteliste. Dersom det er tilfellet, må kommunen treffe vedtak om dette og føre vedkommende på kommunens venteliste.

Departementets forslag vil gi pasienter, brukere og pårørende større trygghet for at behovet for langtidsopphold i sykehjem og tilsvarende bolig er sett og vil bli ivaretatt av kommunen. Det vil også bidra til mer åpenhet rundt tildelingsprosessen.

7.1.2 Kriterier og objektive vilkår

Kriterier for tildeling av langtidsopphold i sykehjem eller tilsvarende bolig kan utformes på ulike måter. Et hovedskille går mellom å fastsette objektive vilkår og skjønnsmessige kriterier. Et lovbestemt objektivt vilkår innebærer at en omfattes av rettigheten når det lovbestemte vilkåret er oppfylt. Slikt objektivt vilkår kan for eksempel være alder på 80 år. Ved skjønnsmessige kriterier må det foretas en konkret vurdering i det enkelte tilfellet og hvor vektningen av kriteriene kan variere ut fra for eksempel pasientens eller brukerens hjelpebehov, diagnose, boligforhold etc.

Etter departementets vurdering er det ikke hensiktsmessig å supplere den materielle retten til opphold i sykehjem eller tilsvarende bolig med enkelte objektive vilkår. Pasienter og brukere som tilfredsstillt nærmere angitte vilkår vil etter en slik modell i så fall ha rett til å få plass i institusjon eller opphold i tilsvarende bolig uavhengig av et faglig skjønn. Objektive kriterier kan for eksempel være knyttet til alder (eks. over 67 eller 80 år) eller diagnosen demens. Fordelen med en slik modell er at det gir mer forutsigbarhet for brukere som oppfyller de objektive kriteriene og som dermed faller inn under rettigheten. Samfunnsøkonomisk vil det være utfordrende ettersom kommunen da må sørge for heldøgnsstilbud i sykehjem og tilsvarende boliger i et omfang som tilsvarende at alle som oppfyller inngangskriteriet kan få rettigheten oppfylt. En slik løsning vil kunne medføre en vridningseffekt på kommunenes heldøgns tjenestetilbud i form av økt satsing på heldøgns tjenestetilbud i institusjon og kommunale botilbud på bekostning av tilbud tilpasset brukere med stort hjelpebehov som ønsker tjenester i eget hjem. Skal en unngå en slik vridningseffekt og sikre brukere valgfrihet med hensyn til hvor heldøgns tjenester skal ytes, herunder kunne bo hjemme så lenge som mulig, må kommunen dimensjonere for begge former for tjenester. Det vil si at kommunen må bygge opp en overkapasitet for å ta høyde for dette. Dette er ikke ønskelig ut fra et samfunnsøkonomisk perspektiv. Helse- og omsorgsdepartementet foreslår derfor ikke at retten til sykehjems plass suppleres gjennom (mer) objektive vilkår.

7.2 Nasjonale kriterier for tildeling av langtidsopphold i sykehjem eller tilsvarende bolig

7.2.1 Forsøk med statlig finansiering av omsorgstjenestene

For 2016 bevilget Stortinget midler til gjennomføring av et forsøk med statlig finansiering av omsorgstjenestene. Hensikten med forsøket er å prøve ut om statlige tildelingskriterier og statlig satte budsjетtrammer gir økt likebehandling på tvers av kommunegrenser og riktigere behovsdekning.

Kommunene er tatt inn i forsøket på bakgrunn av søknad. Forsøket består av to ulike modeller og varer i 3 år fra 1. mai 2016. I forsøkets modell A tildeles tjenester etter statlige tildelingskriterier og statlig satt budsjетtramme. I forsøkets modell B øremerkes midler til sektoren. Kommunens egne tildelingskriterier benyttes i disse kommunene.

Med de begrensninger som følger av pasienters og brukers rett til nødvendige og forsvarlige tjenester, og det generelle kravet til brukermedvirkning og likebehandling, står kommunen i dag etter loven fritt til selv å bestemme hva den skal tilby og hvordan den skal organisere tjenestetilbudet ut fra lokale forhold og behov. Formålet med nasjonale kriterier vil være å bidra til bedre forutsigbarhet og mer åpenhet rundt tildelingsprosessen.

Overordnet målsetting for forsøket er å prøve ut om en modell med statlige kriterier og finansiering gir økt likebehandling på tvers av kommunegrenser og riktigere behovsdekning for innbyggerne/brukere av tjenestene.

Helsedirektoratet har gjennom en bred involvering utviklet nasjonale tildelingskriterier som skal benyttes i forsøksperioden, se rapport IS-2391. I dette arbeidet er også sentrale nasjonale føringer fra flere stortingsmeldinger lagt til grunn. Noen sentrale føringer som er vektlagt er brukermedvirkning, fokus på forebygging, tidlig innsats og mestring, samt helhetlige og koordinerte tjenester og samhandling.

Tjenestene skal altså utformes på en slik måte at det blir tatt hensyn til det enkelte individs behov. Det er et formål at tjenestene så langt som mulig baseres på tidlig intervensjon. Denne forebyggende tankegangen skal være med på å sikre innbyggernes selvstendige liv, god ressursutnyttelse, og er i tråd med nasjonale føringer.

Et viktig prinsipp for all tildeling av tjenester i forsøket vil være LEON-prinsippet og at mindre ressurskrevende tjenester skal være vurdert og om mulig også forsøkt før kostnadskrevende tje-

nester innvilges. For eksempel skal hjemme-tjenester i stort omfang ha vært forsøkt eller vurdert før langtids institusjonsplass innvilges.

LEON betyr Laveste Effektive OmsorgsNivå. Ved å ha ulike nivåer av tjenestetilbud, vil tilbudet kunne tildeles ut fra det hjelpebehov den enkelte bruker har. Tilbudene differensieres ved at tjenestetilbudet strekker seg fra lite hjelpebehov (lavterskel-tilbud) til stort hjelpebehov (høy terskel). LEON-prinsippet går ut på at tjenestetilbudet gis på et lavest mulig omsorgsnivå med fokus på brukers egne ressurser. Målet er at innbyggerne skal opprettholde størst mulig grad av egenmestring og livskvalitet, og at eventuell reduksjon i funksjonsnivå skal forebygges og motvirkes ved først å sette inn tiltak som fremmer egenmestring.

Kriteriene består av to elementer; arbeidsprosesskriterier og tildelingskriterier for enkelt-tjenester.

Tjenestekriteriene tar utgangspunkt i kommunens plikt til å sørge for nødvendige, forsvarlige og verdige tjenester til alle som oppholder seg i kommunen. Tjenestekriteriene i forsøket er delt inn i to hovedkategorier: kriterier for tjenester til hjemmeboende og kriterier for institusjonstjenester.

Tjenestetildelingen vil også i forsøket i stor grad basere seg på profesjonell og faglig skjønn-utøvelse og tjenestekriteriene er tenkt som en veiledning og hjelp i denne vurderingen. De skal bidra til at saksbehandler i samarbeid med tjenestemottaker skal kunne vurdere og tydeliggjøre hvilke tjenesteområder som vil være aktuelle og hvilke tiltak som vil være best egnet.

Forsøk med statlig finansiering av omsorgstjenestene skal følgeevalueres. Evaluator vil følge forsøket nøye gjennom dokumentstudier, intervjuer, spørreundersøkelser, gjennomgang av saker og statistisk analyse. Følgeevaluering vil både studere utviklingen i kommuner i forsøkets modell A og modell B og i utvalgte kontrollkommuner. Basert på dette vil evaluator blant annet se på effekten av å benytte de statlige tildelingskriteriene som er utviklet for forsøket. Resultatene av denne evalueringen vil være viktig når nasjonale tildelingskriterier for institusjonstjenester skal innføres på landsbasis.

7.2.2 Høringsnotatet

Regjeringen mener det er behov for nasjonale kriterier for tildeling av langtidsopphold i sykehjem eller tilsvarende bolig. Slike kriterier vil kunne bidra til bedre forutsigbarhet og mer åpenhet rundt tildelingsprosessen. Erfaringene fra

forsøksordningen vil uavhengig av erfaringene med statlig finansiering være et viktig grunnlag for å utarbeide nasjonale kriterier som skal gjelde for alle kommunene. I høringsnotatet ble det foreslått at Kongen i forskrift gir bestemmelser om kriterier for tildeling av langtidsopphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester. Innretningen av de nasjonale kriteriene skal også vurderes på bakgrunn av erfaringer med de kommunale kriteriene.

7.2.3 Høringsinstansenes syn

Høringsinstansene er delte i synet på om det er ønskelig med nasjonale kriterier for tildeling av langtidsopphold i sykehjem eller tilsvarende bolig. Flere av høringsinstansene legger vekt på behovet for å kunne organisere tjenestene ut fra lokale forhold, men har ulike oppfatninger av om dette er mulig innenfor rammen av nasjonale kriterier. Enkelte mener det bør utarbeides nasjonale retningslinjer i stedet for kriterier.

Halden kommune uttaler at det er positivt med nasjonale kriterier for tildeling av langtidsplass i institusjon. Dette vil skape mer helhetlig og lik praksis uavhengig av størrelse på kommune og økonomi.

Pensjonistforbundet støtter forslaget og mener det må vedtas nasjonale kriterier for hvem som har rett på sykehjemsplass, basert på grunnleggende medisinske, omsorgsmessige og psykososiale forhold.

Grimstad kommune uttaler:

«Nasjonale kriterier vil kunne være til hjelp for å sikre mer likeartet praksis kommunene imellom. Det er imidlertid grunn til å tro at det kan være vanskelig å utforme slike kriterier på en slik måte at de blir tilfredsstillende og relevante i alle kommuner, uten å gi stort rom for lokalt faglig skjønn og lokale tilpasninger.

Kommunene har frihet til selv å utforme sine tjenester så lenge de kan ivareta innbyggernes behov, og det har medført store forskjeller i hvordan tjenestetilbudet ser ut. For eksempel er det meget stor variasjon i antall sykehjemsplasser i forhold til befolkningsstørrelse, uten at det nødvendigvis betyr at det er tilsvarende stor forskjell på kvaliteten på tjenestene og kommunens evne til å ivareta innbyggernes behov. Det er ikke uten videre slik at en kommune med mange sykehjemsplasser ivaretar innbyggernes behov på en bedre måte enn en som har få. Kommuner med få sykehjemsplasser vil ofte ha et bredere og mer sammen-

satt tjenestetilbud som kan ivareta innbyggerne utenfor sykehjemmet.

Grimstad kommune vil likevel kunne gi støtte til forslaget, under den forutsetning at kommunene gis en vesentlig plass i arbeidet med å utforme slike kriterier.

IPLOS-registeret var, ved innføringen i 2006, ment å gi en objektiv beskrivelse av bistandsbehovet i kommunene. Dette har vist seg vanskelig å få til i praksis, men systemet har blitt utviklet videre. Et IPLOS-system med betydelig forbedret kvalitet, med flere bistandsvariabler, og med flere inndelinger i skår for hver variabel, kunne eventuelt være et grunnlag for et nasjonalt kriteriesystem.

Grimstad kommune vil derfor anbefale dette som grunnlag for et nasjonalt kriteriesystem.»

KS og Bergen kommune uttaler på sin side at forslaget innebærer en risiko for at kriteriene ikke er treffsikre vurdert opp mot lokal tjenesteinnretning og andre lokale forhold. At kriteriene skal fastsettes av departementet, er i seg selv et inngrep i kommunenes selvstyre.

Legeforeningen bemerker i sin uttalelse at utarbeidelsen av nasjonale retningslinjer er en krevende oppgave. Videre uttaler legeforeningen at:

«Man må ta høyde for at lokale forhold vil kunne spille en rolle. Utfordringen er å sette opp kriterier som på den ene siden skal være tydelige slik at man sikrer en enhetlig praksis og slik at kriteriene blir nyttige arbeidsverktøy, og på den andre siden er skjønnsmessige nok til at de vil passe for alle tilfeller og gi rom for de nødvendige individuelle vurderingene. Disse elementene mener vi bør være med i den helhetlige vurderingen av rett til sykehjemsplass; funksjonsnivå, hjelpebehov, medisinske vurderinger/diagnoser, prognoser for pasienten, pasientens ønsker, alternativt tilbud i kommunen, bosituasjonen (både fysisk og med tanke på nettverk/pårørende) og mulighet for tilpasning i hjemmet.»

7.2.4 Departementets vurdering og forslag

Regjeringen mener det er behov for nasjonale kriterier for tildeling av langtidsopphold i sykehjem eller tilsvarende bolig. Nasjonale kriterier skal bidra til bedre forutsigbarhet og mer åpenhet rundt tildelingsprosessen. For å legge til rette for slike forskrifter, foreslår Helse- og omsorgsdepartementet en forskriftshjemmel for nasjonale kriterier i forslaget til § 3-2 a tredje ledd.

Innretningen av de nasjonale kriterier vurderes på bakgrunn av erfaringer med de kommunale kriteriene og evalueringen av forsøket med statlig finansiering av omsorgstjenestene.

Helse- og omsorgsdepartementet har merket seg høringsinstansenes synspunkter og merknader til spørsmålet og vil vurdere disse i arbeid med nasjonale kriterier.

Forskriften vil først tre i kraft på et senere tidspunkt. I mellomtiden foreslår departementet at kommunene pålegges å gi forskrifter med kriterier for tildeling av langtidsplass i sykehjem og tilsvarende bolig, se punkt 7.3.

7.3 Kommunale kriterier for tildeling av langtidsopphold i sykehjem eller tilsvarende bolig

7.3.1 Innledning

På sikt vil departementet fastsette nasjonale kriterier for tildeling av sykehjemsplass eller opphold i tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester, se punkt 7.2.4. I lovforslaget foreslås det derfor nå å innta hjemmel til å fastsette slike nasjonale kriterier ved forskrift. Erfaringene fra forsøk med statlig finansiering av omsorgstjenesten vil være et viktig grunnlag for å utarbeide nasjonale tildelingskriterier. Forsøket avsluttes i 2019 og følgeevalueres. Resultatene fra følgeevalueringen ligger noen år frem i tid. Regjeringen mener det er behov for å klargjøre for pasienter, brukere og pårørende hvilke kriterier som gjelder for tildeling av langtidsopphold i sykehjem og tilsvarende bolig så raskt som mulig og ikke vente til nasjonale kriterier er på plass.

7.3.2 Høringsnotatet

Selv om pasienten kan klare seg hjemme med forsvarelige tjenester i en periode, er det viktig for bruker og pårørende å oppleve trygghet for at den enkeltes behov fremover er registrert og vurdert, og at dette vil bli fulgt opp videre av den kommunale helse- og omsorgstjenesten. For å gi den enkelte innbygger forutsigbarhet i hva vedkommende kan forvente av tjenester, bør det utarbeides kriterier for tildeling av langtidsplass i sykehjem og opphold i tilsvarende bolig. For å sikre den nevnte forutsigbarhet må disse kriteriene gjøres tilgjengelige for brukerne.

I høringsnotatet foreslo helse- og omsorgsdepartementet derfor en ny bestemmelse i helse- og omsorgstjenesteloven der kommunen påleg-

ges å gi forskrift med kriterier for tildeling av langtidsopphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester. Videre ble det foreslått at forskriften også skal regulere hvordan kommunen skal følge opp pasienter eller brukere som ville vært best tjent med langtidsopphold, men hvor kommunen etter en helhetlig vurdering finner det forsvarlig at vedkommende kan bo hjemme i påvente av slikt opphold.

7.3.3 Høringsinstansenes syn

Et flertall av kommunene som uttaler seg om spørsmålet er positive til kravet om at kommunene skal utarbeide kriterier for tildeling av langtidsopphold. Blant de øvrige høringsinstansene er synet delt. Flere, blant annet *Nøtterøy kommune* påpeker at kommunen allerede tildeler langtidsplasser etter lokalt kriteriesett. Forslaget vil derfor ikke innebære vesentlig endring, men være i tråd med nåværende praksis. *Nøtterøy kommune* skriver at åpenhet rundt kriteriene for tildeling er positivt sett fra et brukerperspektiv.

Grimstad kommune uttaler:

«Lokale kriterier vil, i noe varierende grad, allerede eksistere i form av serviceerklæringer, prosedyrer, plandokumenter og liknende. Det er mulig at et krav om forskriftsfesting av kriterier i hver kommune vil styrke, i det minste sikre på en bedre måte, at innbyggerne gis en likeartet vurdering ved søknad om langtidsplass. Slike lokale kriterier vil da måtte vedtas politisk, hvilket uansett kan være et gode.

Men et slikt krav til lokal forskriftsfesting vil etter vår antakelse heller befeste dagens praksis i kommunene, og dermed også heller befeste ulikhetene kommunene imellom, enn å redusere ulikhet i tjenestetilbudet.»

Enkelte av høringsinstansene peker på utfordringene med å utforme kriterier. *Halden kommune* skriver:

«Utfordringen i forhold til kriterier vil bli å lage kriterier som er stramme nok til at de ikke inkluderer de som kan klare seg hjemme med økt bistand fra andre tjenester som hjemme-sykepleie, men inkluderende nok til at alle forhold, både fysisk og psykisk helse, familieforhold, boforhold og nettverk vektlegges. Hjemmeboende demente personer, «gråsonepasienter», vil medføre den største utfordringen/kostnaden ved å rettighetsfeste retten til

langtidsplass og ved at demenssykdomsutviklingen i befolkningen øker.»

Enkelte høringsinstanser peker på at det er ressurskrevende og lite hensiktsmessig å pålegge kommunene noe som kun skal være i midlertidig bruk. *Ålesund kommune* uttaler:

«Det virker tungvint å pålegge samtlige av landets kommuner å starte et arbeid med utvikling av lokale kriterier og deretter en prosess for å få disse vedtatt med rettskraft som forskrift, i påvente av nasjonale kriterier. Mange kommuner har allerede tjenestebeskrivelser og serviceerklæringer som slår fast hva tjenesten sykehjem eller bolig med heldøgns omsorg inneholder. Helsedirektoratet har dessuten nå offentliggjort hvilke kriterier som skal benyttes i det 3-årige forsøket med statlig finansiering av omsorgstjenestene. Ålesund kommune mener primært at dette punktet om lokale forskrifter bør gå ut. Subsidiært mener vi at formuleringen bør erstattes med en svakere formulering om at det skal finnes lokale tjenestebeskrivelser og kriterier for tildeling, slik at kommunene i påvente av nasjonale kriterier synliggjør noe av det grunnlaget som finnes for skjønnsutøvelse»

Høringsinstansene som uttaler seg om spørsmålet er delt i synet på om kommunens kriterier bør fastsettes i form av forskrift. *Helsedirektoratet* mener at det ikke er riktig rettsanvendelse å definere kommunens kriterier som forskrift, da disse ikke vil gi noen rettigheter til noen personer. De som er imot begrunner dette imidlertid i hovedsak med at kravet vil medføre en unødvendig byråkratisering.

KS uttaler:

«KS er positiv til at krav om slike lokale kriterier innføres i helse- og omsorgstjenesteloven. Imidlertid er KS kritisk til at kommunene skal bindes til å innføre dette gjennom egne lokale forskrifter. Dette vil kunne innebære en unødvendig byråkratisering, og er heller ikke nødvendig for at bruker skal få informasjon om de kriterier som kommunen vektlegger. Det bør således være frihet til å vurdere lokalt om kriteriene fastsettes gjennom forskrift, tjenestebeskrivelse eller annen aktuell utforming, med politisk forankring.»

Trondheim kommune ser annerledes på dette og støtter forslaget om at kommunens kriterier for

langtidsopphold skal fastsettes som egen forskrift:

«Trondheim kommune har utviklet egne kriterier for tildeling av langtidsopphold i sykehjem eller i tilsvarende bolig og støtter forslaget om å innføre tilsvarende nasjonale kriterier. Trondheim kommune har utformet administrative kriterier for tildeling av langtidsopphold.

En utforming av dette som en egen forskrift, vil kreve at man må følge forvaltningslovens særlige saksbehandlingsregler i kapittel VII. Kapitlet inneholder krav om forsvarlig saksforberedelse, høring og kunngjøring. Kommunen må for det første påse at saken er så godt opplyst som mulig. Offentlige og private institusjoner og organisasjoner for de erverv, fag eller interessegrupper som forskriftene skal gjelde eller gjelder for eller hvis interesser særlig berøres, skal gis anledning til å uttale seg før forskriften blir utferdiget, endret eller opphevet. Så langt det trengs for å få saken allsidig opplyst, skal uttalelse også søkes innhentet fra andre. Dette vil være en omfattende prosess, men vil i tillegg sørge for at prosessen blir mer demokratisk. Ut over det er også noen formkrav og krav til kunngjøring av forskrifter, som må følges.

Når kriterier gis i forskriftsform, er dette bindende regler på samme måte som en lovtekst, og i praksis er det viktig ikke å overse disse. Lokale forskrifter er bindende regler som gjelder innenfor kommunegrensen. Ønsker man å fravike bestemmelsene i forskriften, må forskriften eller vedkommende hjemmelslov gi adgang til dette. Regelverket er hierarkisk oppbygget med Grunnloven øverst, formelle lover deretter, så forskrifter og eventuelt annet regelverk. Dersom regler opprettes i forskriftsform vil det være vanskeligere å fravike disse sammenlignet med andre kommunale kriterier som ikke er opprettet som forskrift.

Trondheim kommune støtter forslaget om å fastsette dette som egen forskrift.»

7.3.4 Departementets vurdering og forslag

For å gi den enkelte innbygger større forutsigbarhet i hva vedkommende kan forvente av tjenester i egen kommune, foreslår departementet at kommunene pålegges å gi forskrift med kriterier for tildeling av langtidsopphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester.

Forslaget bygger på dagens ansvarsdeling der kommunene har det helhetlige ansvaret for helse- og omsorgstjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven. Ved at kriteriene for tildeling av sykehjemsplass og opphold i tilsvarende bolig utarbeides av kommunene, kan den enkelte kommune ta hensyn til lokale forhold og behov, samt det tjenestetilbudet kommunen har tilgjengelig. Kriteriene vil derfor variere noe mellom kommunene avhengig av hvordan kommunen har innrettet sine tjenester.

Departementet har forståelse for at enkelte høringsinstanser mener det er tungvint å pålegge kommunene å utarbeide forskrifter i påvente av nasjonale kriterier. Som det fremgår under punkt 7.3.1 mener regjeringen det er behov for å klargjøre for pasienter, brukere og pårørende hvilke kriterier som gjelder for tildeling av langtidsopphold i sykehjem og tilsvarende bolig så raskt som mulig og ikke vente til nasjonale kriterier er på plass.

Som mange av høringsinstansene påpeker, har de fleste av kommunene allerede i dag utarbeidet tildelingskriterier i en eller annen form. Å stille krav om at tildelingskriteriene skal gis i forskriftsform vil medføre noe ekstra administrativt arbeid for kommunene, men det vil samtidig sikre at brukerorganisasjoner og andre berørte blir hørt i prosessen, jf. forvaltningsloven § 37.

Nærmere om plikten til å fastsette kommunale kriterier gjennom forskrift

Etter departementets forslag skal kommunen på bakgrunn av kommunenes helhetlige tilbud utarbeide kriterier for tildeling av langtidsopphold i sykehjem og tilsvarende bolig i egen kommune. Kriteriene bør derfor omfatte personer som etter kommunens vurdering er best tjent med et slikt tilbud, men som med forsvarlig hjelp kan bo hjemme i påvente av plass.

Det samlede tjenestetilbudet i kommunen vil være av betydning for hvordan den enkelte kommune utformer sine kriterier. Dette vil kunne medføre ulike kriterier i kommunene. Kommuner som har lagt forholdene til rette for at pasientene skal kunne bo hjemme så lenge som mulig, og hvor hjemmetjenesten har kort responstid og god faglig kvalitet, vil kunne ha høyere terskel for sykehjemsinleggelse enn andre kommuner. Flere kommuner satser på heldøgnstilbud i særskilte tilrettelagte boliger som supplement eller alternativer til heldøgnstilbud i sykehjem.

Kriteriene kan ikke utformes på en slik måte at kommunen innsnevrer den enkelte pasients eller

brukers rett til sykehjemsplass eller opphold i tilsvarende bolig etter gjeldende rett. Gjeldende rett foreslått presisert i ny § 2-1e i pasient- og brukerrettighetsloven, se kapittel 5.

Kriteriene for langtidsopphold kan settes sammen ut fra ulike variabler. Eksempler på kriterier er gitt i punkt 2.2.5. Se også punkt 3.3 hvor det gis eksempler på ulike elementer som normalt vil inngå i den helhetsvurdering som må foretas som følge av forsvarlighetskravet. Som nevnt ovenfor kan kommunene velge å basere sine kriterier på de nasjonale kriteriene som er utarbeidet av Helsedirektoratet som en del av regjeringens forsøk med statlig finansiering av omsorgstjenestene.

Etter forslaget omfatter kriteriene både langtidsopphold i sykehjem og i *tilsvarende bolig* særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester. Med tilsvarende bolig menes her boliger som er tilpasset for å kunne yte tjenester som dekker beboerens helse- og omsorgsbehov døgnet rundt. Bistand fra egnet personell og tilsyn med pasienten eller brukeren må tilsvare det som ville blitt gitt dersom vedkommende hadde vært innlagt på sykehjem, se punkt 5.1.4.

Plikten til å utarbeide kommunale kriterier avgrenses til *langtidsopphold*, da korttidsplass på sykehjem i mange tilfeller har andre formål og begrunnelser enn langtidsopphold. Dette gjelder også for avlastnings- og rehabiliteringsopphold. Med langtidsopphold menes opphold uten slutt dato, dvs. tidsubegrenset opphold. Dette vil omfatte tilfeller der pasientens eller brukerens helsetilstand og behov for helse- og omsorgstjenester gjør at det ikke er sannsynlig at vedkommende vil flytte hjem eller få tilbud om lavere grad av helse- og omsorgstjenestetilbud.

Departementet antar kommunens kriterier for korttidsplass langt på vei vil være de samme fra kommune til kommune, men at det er vektningen av kriteriene som avgjør om pasient eller bruker tildeles langtids- eller korttidsoffhold. Kommunene står fritt med hensyn til om kriteriene som skal fastsettes også skal omfatte korttidsplasser.

Etter lovforslaget skal kriteriene omfatte langtidsopphold i sykehjem og tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester. Langtidsplass i sykehjem er oftest et tjenestetilbud beregnet på eldre pasienter. Regelforslaget vil derfor i hovedsak være innrettet mot eldre pasienter og brukere.

Kriteriene i forskriften skal også regulere hvordan kommunen skal følge opp pasienter og brukere som er best tjent med langtidsopphold i sykehjem eller tilsvarende bolig, men som settes på venteliste i påvente av plass. Kommunen kan

for eksempel vurdere om det skal bli en del av kommunens rutiner at personer som venter på plass skal revurderes med et fast tidsintervall (under forutsetning om at dette er forsvarlig i det enkelte tilfellet).

Forskrift

Som flere høringsinstanser påpeker har de fleste kommuner utarbeidet tildelingskriterier i en eller annen form i dag. For å sikre at berørte brukerorganisasjoner og andre gis mulighet for å uttale seg om kommunenes tildelingskriterier og at vedtatte kriterier gjøres kjent, foreslår Helse- og omsorgsdepartementet at kommunens kriterier skal gis i forskrift. Ved fastsettelse av forskrift om tildeling av langtidsopphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester, må kommunen følge kravene i forvaltningsloven kapittel VII, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 2-2. Bestemmelsene i forvaltningsloven gir regler om utredningsplikt, forhåndsvarsling og uttalelse fra interesserte, jf. § 37. I lovens § 38 er det gitt formkrav og krav til kunngjøring. Som Trondheim kommune påpeker i sin høringsuttalelse, vil kravet til forskrifter sikre at prosessen blir mer demokratisk. Lokale forskrifter er bindende regler som gjelder innen kommunen. Endring av lokale forskrifter må følge de samme reglene i forvaltningsloven kapittel VII.

7.4 Rett til vedtak

7.4.1 Høringsnotatet

For å gi den enkelte bruker og pasient forutsigbarhet og trygghet for at vedkommende er vurdert i forhold til kommunens kriterier for tildeling av langtidsopphold, ble det foreslått i høringsnotatet at personer som oppfyller kommunens kriterier gis rett til vedtak om dette.

Forslaget gikk ut på at pasient og bruker som ved forsvarlig hjelp kan bo hjemme i påvente av langtidsopphold, men som oppfyller kommunens kriterier, har rett på vedtak om dette. Det fremgikk at vedtaket ikke innebærer at vedkommende tildeles plass på vedtakstidspunktet, men gis rett til å stå på venteliste.

Det ble også foreslått presisert i pasient- og brukerrettighetsloven § 2-7 andre ledd at vedtak om en pasient eller bruker oppfyller kommunens kriterier for tildeling av langtidsplass i sykehjem eller tilsvarende bolig, skal følge reglene om enkeltvedtak i forvaltningsloven med de særlige bestemmelsene som følger av pasient- og bruker-

rettighetsloven. Videre ble det understreket i høringsnotatet at dersom pasienten ikke blir tildelt plass med en gang, men plasseres på venteliste, må kommunen tilby nødvendige helse- og omsorgstjenester mens pasienten venter på plass.

7.4.2 Høringsinstansenes syn

Av de høringsinstanser som uttaler seg om spørsmålet mener et flertall at kravet om enkeltvedtak vil medføre ekstraarbeid.

Oslo kommune uttaler:

«Forslaget innebærer mer byråkratisering og saksbehandling ved at det eventuelt må fattes to vedtak. For noen søkere kan dette skape usikkerhet om hva vedtakene faktisk innebærer og når de eventuelt vil få tilbud om en plass.»

Flere høringsinstanser påpeker at et vedtak om at man oppfyller kommunens kriterier for langtidsplass og dermed settes på venteliste, ikke vil gi pasienten/brukeren større reelle rettigheter.

Helsedirektoratet uttaler at det:

«ser også en fare for at lovfesting av plikter og rettigheter som i realiteten er uten rettslig betydning for dem det gjelder, kan føre til at lovverkets legitimitet på området blir svekket.»

Flere av brukerorganisasjonene mener det bør settes en frist for når søkere som oppfyller kommunens kriterier og settes på venteliste senest skal tildeles plass. *Pensjonistforbundet* mener en individuelle frist for tildeling vil være det beste og at dette vil synliggjøre behovet, og øke presset slik at kommunene må planlegge tilpasset /økt kapasitet på sykehjemsplassene. *Pasientskadeforbundet LTN* mener en frist vil styrke pasient og brukers rettssikkerhet i klageadgangen til Fylkesmannen.

Bærum kommune uttaler på den annen side at det ikke er behov for å sette en frist for oppfyllelse av vedtak, da dette ivaretas av prinsippet om å gi forsvarlige tjenester. *Oslo kommune* opplyser at det etter kommunens vedtatte måltall tildeles langtidsplass innen 14 dager etter at vedtak er fattet, og at gjennomsnittlig tildelingstid ligger under måltallet.

Stavanger kommune påpeker at en frist vil begrense handlingsrommet når det gjelder muligheten for å tildele plass først til de brukerne som har størst behov og dermed trenger det mest. Videre at det er viktig at kommunen har nødven-

dig fleksibilitet til å prioritere de brukerne som til enhver tid har størst behov.

Flere av høringsinstansene er opptatt av at et vedtak om at man oppfyller kommunens kriterier for langtidsopphold samtidig vil være et avslag på søknad om tildeling av plass.

Statens helsetilsyn uttaler:

«Statens helsetilsyn finner det noe problematisk, selv med pasienters/brukeres klagerett til fylkesmannen, at pasienter/brukere som søker om et konkret tjenestetilbud (opphold på sykehjem eller tilsvarende bolig), ikke får vedtak om den tjenesten de søker om, men i realiteten en plass på venteliste»

Bergen kommune forutsetter i sin uttalelse at det gis skriftlig vedtak også om at man ikke anses å oppfylle kriteriene, som kan påklages på vanlig måte og som ellers oppfyller kravene i forvaltningsloven blant annet til begrunnelse og informasjon om klageadgang.

7.4.3 Departementets vurdering og forslag

Tildeling av sykehjems plass og annet heldøgns helse- og omsorgstjenestetilbud i hjemmet som varer ut over to uker skal treffes ved enkeltvedtak, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-7 andre ledd.

Plikten for kommunene til å utarbeide kriterier for tildeling av langtidsopphold i sykehjem og tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester, vil omfatte brukere eller pasienter som med forsvarlig hjelp kan bo hjemme i påvente av plass. Dette er pasienter og brukere som ikke har rett på vedtak om tildeling av langtidsopphold umiddelbart, jf. forslaget til presisering av gjeldende rett i forslaget til ny § 2-1 e første ledd.

Etter Helse- og omsorgsdepartementets vurdering er det viktig å gi den enkelte bruker og pasient forutsigbarhet og trygghet for at vedkommende er vurdert i forhold til kommunens kriterier for tildeling av langtidsopphold. Et vedtak kan bidra til en slik trygghet, samtidig som det kan gi grunnlag for klage. Under forutsetning av at det gis riktig informasjon om innholdet i vedtaket, deler ikke departementet høringsinstansenes bekymring for at et slikt vedtak vil skape usikkerhet hos pasienten eller brukeren.

Departementet ser, som flere høringsinstanser har pekt på, at forslaget kan føre til noe merarbeid for kommunene og muligens Fylkesmannen som klageorgan. Avgjørende for departementet har imidlertid vært hensynet til pasientens og bruke-

rens rettssikkerhet, herunder muligheten for den enkelte i større grad å kunne forutse hvilke tjenester vedkommende kan forvente av kommunen og utvidede muligheter til å kunne klage på kommunens avgjørelser.

Helse- og omsorgsdepartementet foreslår på denne bakgrunn ny § 2-1 e andre ledd i pasient- og brukerrettighetsloven om at pasient eller bruker som oppfyller kommunens kriterier for tildeling av langtidsopphold i sykehjem eller tilsvarende bolig, men som med forsvarlig hjelp kan bo hjemme i påvente av slikt tilbud, har rett til vedtak om dette.

Vedtaket innebærer ikke at vedkommende tildeles langtidsopphold på vedtakstidspunktet, men at pasienten eller brukeren er kvalifisert for slik plass og dermed skal føres på venteliste, se punkt 7.5. Vedkommende vil omfattes av forskriftens regulering av hvordan kommunen skal følge opp pasienter og brukere som er satt på venteliste. Når konkrete helse- og omsorgstjenester skal tildeles må kommunen treffe nytt vedtak. Dersom pasienten tildeles langtidsplass i sykehjem treffer kommunen vedtak om dette. Skal tjenestene ytes i tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester, treffer kommunen vedtak om de konkrete helse- og omsorgstjenester som innvilges (som for andre hjemmetjenester). Leieforholdet reguleres av husleieloven, se punkt 3.6.

Enkelte av høringsinstansene stiller spørsmål ved om kommunens avgjørelse av om en pasient eller bruker oppfyller kommunens kriterier for langtidsopphold og som settes på venteliste, er et enkeltvedtak i forvaltningslovens forstand. For å avskjære enhver tvil foreslår departementet at det presiseres i pasient- og brukerrettighetsloven § 2-7 andre ledd at kommunens vedtak skal følge forvaltningslovens regler om enkeltvedtak med de særlige bestemmelsene som følger av pasient- og brukerrettighetsloven.

Dersom pasienten eller brukeren mener at vedtaket ikke oppfyller retten til nødvendig helse- og omsorgstjenester, for eksempel fordi opphold i sykehjem er det eneste forsvarlige, kan vedkommende klage på vedtaket etter kapittel 7 i pasient- og brukerrettighetsloven, se kapittel 10 nedenfor.

Når kommunen underretter om vedtaket, skal det opplyses om klageadgang, klagefrist, klageinstans og fremgangsmåte ved klage, jf. forvaltningslovens § 27. Reglene om klage er omtalt i kapittel 8.

Bør det settes en frist for oppfyllelse av vedtak?

Helse- og omsorgsdepartementet har vurdert om det bør settes en frist for når søkere som settes på

venteliste senest skal tildeles langtidsopphold. Alternative måter å fastsette frist på kan være å sette en konkret frist i lov, eller å pålegge kommunene å fastsette en generell kommunal frist eller å fastsette en individuell frist basert på den enkelte søkers behov. Kommunene har uansett ansvar for at alle som har behov for nødvendige helse- og omsorgstjenester til enhver tid tilbys dette.

Kommunene må alltid vurdere hvem som har størst behov for langtidsopphold. Det kan ikke settes frister som undergraver prinsippet om at den som trenger plassen mest, har fortrinnsrett. Uavhengig av om søker plasseres på venteliste eller ikke, skal kommunen foreta en fortløpende vurdering av søkerens helsetilstand og funksjonsnivå for å fange opp eventuelle endringer i bilstandsbehov. Dersom det settes en nasjonal generell frist kan det være en risiko for at tilbudet ikke blir revurdert ofte nok. Det kan derfor være mer hensiktsmessig om den enkelte kommune vurderer om det er behov for å sette frist for når en konkret søker senest skal tildeles plass.

Selv om det ikke er foreslått en frist i loven, anbefaler departementet at det likevel angis et tidspunkt for når plass kan påregnes. Hvor presist tidspunktet angis, beror på hvor langt frem i tid det kan påregnes en plass. Selv om tidspunktet som gis til pasienten ikke er rettslig bindende, bør tidspunktet være reelt.

7.5 Ventelister

7.5.1 Høringsnotatet

I høringsnotatet ble det foreslått lovendringer som pålegger kommunene å føre ventelister over pasienter og brukere som oppfyller kommunens kriterier og som venter på langtidsplass. Videre ble det foreslått at kommunens forskrift om kriterier også skal ha bestemmelser om hvordan kommunen skal følge opp personer som står på venteliste.

7.5.2 Høringsinstansenes syn

Samtlige brukerorganisasjoner som uttaler seg om spørsmålet støtter forslaget om innføring av ventelister. *Pensjonistforbundet* mener innføring av ventelister vil være et nyttig verktøy for politikerne og elderrådene så de aktivt kan bidra i planleggingen av eldreomsorgen i kommunen. Flere av brukerorganisasjonene mener det bør settes en frist for når søkere som oppfyller kommunens kriterier og settes på venteliste senest skal tildeles plass. *Demensforeningen* understreker at flere kommunale forskrifter og ventelister i fremtiden ikke vil

være tilstrekkelig for å dekke det antatte behov for flere plasser med heldøgns pleie og omsorg.

De fleste kommunene ønsker ikke at det innføres krav om å føre ventelister over pasienter og brukere som venter på langtidsopphold. Kommunene begrunner dette dels med at dette vil være ressurskrevende, men også med at et slikt system kan være vanskelig å forstå for brukeren. Enkelte kommuner mener også at plikt til å innføre ventelister ikke vil ha noen praktisk betydning for pasienten eller brukeren. Flere kommuner skriver at forslaget er i tråd med dagens praksis i kommunen.

Kristiansand kommune uttaler:

«Det vil kunne skape urealistiske forventninger hos brukere, som blir stående på liste fordi andre brukere må tildeles plass som følge av at de ikke kan gis nødvendige og forsvarlige tjenester i hjemmet.»

Fredrikstad kommune uttaler:

«Det å stå på venteliste kan også oppleves som utrygt og belastende, fordi bruker ikke vet når vedtaket blir realisert. Det savnes eventuelt retningslinjer for hvor lenge en bruker kan stå på en slik venteliste, også med tanke på vedtaket som potensielt klagegrunn. (...)»

Ved innføring av krav om å føre vedtaksbaserte ventelister også for søkere som midlertidig kan bo hjemme med forsvarlig hjelp, vil det administrativt måtte treffes to vedtak i stedet for dagens ene vedtak, som fattes ved reell tildeling av plass. Videre må ventelisten administreres, og oppdateres i tråd med behovsutviklingen hos brukerne. Dette vil medføre ekstra administrasjonskostnader, som må kompenseres.»

Andre kommuner støtter forslaget om å pålegge kommunene å føre venteliste over personer som venter på langtidsplass. *Halden kommune* mener:

«åpenhet om kriterier for tildeling og bruk av ventelister vil legge større press på kommunene, men samtidig kunne tydeliggjøre behovet for rett omsorgsnivå. Ventelister for langtidsplass vil kunne gjøre saksgangen mer forståelig brukergruppen/pårørende, – for tjenesten.»

Trondheim kommune uttaler:

«Trondheim kommune støtter forslaget fra Helse- og omsorgsdepartementet om å

pålegge kommunene å føre venteliste over personer som venter på langtidsplass. (...)

Trondheim kommune benytter i dag et eget plassadministrasjonsprogram og har til en hver tid full oversikt over hvilke personer som har fått vedtak om langtidsopphold i sykehjem eller bolig med heldøgns omsorgstjeneste. Det betyr at i praksis kan legge frem en slik venteliste til enhver tid. Helse- og velferdskontoret i bydelen fatter vedtak og følger reglene om forvaltningspraksis. Pr. dato får alle i Trondheim kommune med behov for langtidsopphold i sykehjem eller bolig med heldøgns omsorgstjeneste en plass innen 6 uker.»

Stord kommune uttaler:

«Kommunal venteliste kan gi den enkelte brukar/pasient tryggleik, der behovet vert stadfesta. Brukar/pasient er inni «systemet» og slepp å søkja fleire gonger.»

Flere høringsinstanser mener kommunene må ha tilgjengelig oversikt over de som venter på langtidsplass. *Fylkesmannen i Østfold* skriver i sin uttalelse at kommunen allerede har plikt til å holde oversikt over befolkningens behov, planlegge tjenestetilbudet og sørge for at alle til enhver tid får de helse- og omsorgstjenestene de har behov for. Plikt til å føre ventelister er derfor unødvendig.

Statens helsetilsyn er positive til etablering av ventelister og uttaler:

«Statens helsetilsyn ser positivt på en tydeliggjøring av kommunens plikt til å ha oversikt over behovet for langtidsplasser, både for å følge opp den enkelte pasient/bruker, og som grunnlag for planlegging og kapasitetsvurderinger. Vi ser også at en plikt til etablering av ventelister kan være et hensiktsmessig virkemiddel for å oppnå dette.»

Fylkesmannen i Telemark mener det er en fare for at kommunene vil benytte ventelister fremfor å gi avslag på plass, noe som kan føre til svakere rettsikkerhet for pasient eller bruker. Enkelte høringsinstanser mener et system med pliktig venteliste kan gi pasienten en svekket klagerett.

Tønsberg kommune uttaler:

«En venteliste plass gir ingen rett til å klage over avslag. Det vil utfra vår erfaring alltid være pasienter som blir hengende i «køen» og aldri når opp fordi hele tiden er andre som har større behov enn dem. Disse pasientene vil ha

en bedre rettsikkerhet ved å kunne prøve saken hos Fylkesmannen, enn å få rett til en plass på en venteliste uten køsystem.»

Ergoterapeutene understreker at det må være en jevnlig evaluering av funksjonsnivå for de som står på listen.

SSB vurderer i sin høringsuttalelse at det ikke er hensiktsmessig «at selve ventelistene rapporteres nasjonalt i KOSTRA» og viser videre til at «en kan vurdere om allerede eksisterende registreringer av datoer i IPLOS-registeret kan brukes for å beregne gjennomsnittlige ventetider for kommunen, som deretter kan publiseres i KOSTRA.» En forutsetning for dette er at man i egnet regelverk må definere hva som kreves registrert for at ventetid skal la seg beregne. Særlig må det skilles mellom tid mellom søknad og vedtak (saksbehandlingstid) og tid mellom vedtak og start for tjenesten (iverksettingstid). SSB peker videre på behovet for analyse- og utviklingsarbeid knyttet til de aktuelle variablene i IPLOS-registeret.

7.5.3 Departementets vurdering og forslag

Høringen bekrefter at mange kommuner har utarbeidet oversikter over hvilke personer som venter på langtidsplass i kommunen. Det varierer imidlertid i hvilken grad kommunene har systematisert dette og i hvilken grad det er gjort kjent for brukerne. Etter departementets vurdering er det behov for at dette blir regulert på en mer ensartet måte. En praksis med å behandle søknad om sykehjemsplass umiddelbart og eventuelt sette pasienten på venteliste, er brukervennlig og i samsvar med forvaltningslovens bestemmelser om å forberede og avgjøre saken uten ugrunnet opphold. Systemet gir videre en god oversikt over hvem som står på venteliste til de ulike sykehjemmene/botilbudene, hvilket også gir en god oversikt over hvilke heldøgns tjenester som har størst press. Modellen er altså brukervennlig, da den gir trygghet for at den enkeltes behov er sett, samtidig som den bidrar til å ivareta kommunens behov for oversikt og grunnlag for prioriteringer. Som Statens helsetilsyn uttaler, kan plikt til etablering av ventelister være et hensiktsmessig virkemiddel både for å følge opp den enkelte pasient eller bruker, og som grunnlag for planlegging og kapasitetsvurderinger. Departementet foreslår derfor at kommunene pålegges å føre ventelister over personer som venter på langtidsplass, jf. forslag til § 3-2 a fjerde ledd i helse- og omsorgstjenesteloven. Forslaget tydeliggjør kommunenes planleg-

gingsansvar etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 tredje ledd.

Som det fremgår under punkt 7.4.3 bør det være opp til den enkelte kommune om det er behov for å sette frist for når søker senest skal tildeles plass. Departementet anbefaler at det angis et tidspunkt for når plass kan påregnes.

Som Demensforeningen påpeker, vil ikke kommunale forskrifter og ventelister være tilstrekkelig for å dekke det antatte behovet for flere plasser for heldøgns pleie og omsorg i fremtiden. Det er behov for flere heldøgns omsorgsplasser for at kommunene skal forberede seg på behovet som kommer fremover. Som det fremgår under punkt 10, vil regjeringen følge dette opp i de årlige budsjetter.

Departementet presiserer at ventelister ikke innebærer et køsystem. Tildeling av plass skal til enhver tid vurderes etter det konkrete behovet til den enkelte og ikke etter den «plassen» pasienten har på en venteliste. Dette innebærer at senere plasserte pasienter på listen vil få plass først, dersom deres behov vurderes som større. For å unngå eventuelle misforståelse bør kommunen informere pasienten eller brukeren om dette.

Det er viktig at behovet for helse- og omsorgstjenester vurderes kontinuerlig for personer som står på en venteliste. Helse- og omsorgsdepartementet vil presisere at kommunen fortsatt har ansvar for å tilby nødvendige helse- og omsorgstjenester i den perioden pasient eller bruker står på venteliste, på lik linje med andre som mottar hjemmetjenester.

Retten til eventuelt å klage dersom man settes på venteliste er omtalt i kapittel 8.

I høringsnotatet ble det lagt til grunn et mål om at lokale ventelister skal rapporteres nasjonalt. Departementet viser til SSBs merknader til dette forslaget. I rapporten «Kommunal variasjon i omsorgstjenester» (Rapport 2015/44) legger SSB frem statistikk for ventetider beregnet på grunnlag av antall dager mellom vedtaksdato og startdato for tjenesten (iverksettingstid) basert på IPLOS-statistikk. Rapportering bør så langt det er mulig skje gjennom allerede etablerte ordninger. Departementet legger til grunn at registrering av ventetider gjennom IPLOS vil sikre den nødvendige nasjonale oversikten over ventetider i omsorgstjenesten. Samtidig peker departementet på at det må skje et nødvendig utviklingsarbeid slik at nasjonal statistikk utvides til også å omfatte beregninger av ventetid mellom søknadsdato og vedtaksdato. Departementet vil i det videre arbeidet ta stilling til eventuelle forskriftsendringer for å sikre dette.

8 Klage

Det er ikke foreslått egne klagebestemmelser i høringsnotatet. Av høringsinstansene som omtalte pasient eller brukers adgang til å klage var flere opptatt av muligheten til å klage på den delen av vedtaket som omhandler avslag på sykehjemsplass, i de tilfeller pasienten eller brukeren har søkt spesifikt om dette. Av de få høringsinstanser som uttaler seg om temaet mener samtlige at Fylkesmannen bør være klageinstans også for eventuelle klager på kommunens vedtak om pasient eller bruker fyller kommunens kriterier for langtidsopphold og skal settes på venteliste.

Dersom en pasient eller bruker mener at retten til nødvendig helse- og omsorgstjenester ikke er oppfylt, kan vedkommende klage til Fylkesmannen. Et avslag fra kommunen på søknad om sykehjemsplass eller opphold i tilsvarende bolig kan påklages. Klageretten følger av pasient- og brukerrettighetsloven § 7-2. For klagen og behandlingen av denne, gjelder reglene i samme lovs kapittel 7. Etter lovens § 7-6 gjelder forvaltningslovens regler om klager over enkeltvedtak så langt de passer med de særlige bestemmelser som er gitt i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 7.

En pasient eller bruker kan i tillegg, etter de samme reglene, klage til Fylkesmannen på vedtak om at vedkommende ikke fyller kommunens kriterier for langtidsopphold i sykehjem eller tilsvarende bolig. Dette vil i realiteten være en klage på at pasienten eller brukeren ikke settes på venteliste som følge av at vedkommende vurderes ikke å oppfylle kommunens kriterier. Et vedtak om oppføring på venteliste må anses som et avslag på søknad om sykehjemsplass som kan påklages etter pasient- og brukerrettighetsloven § 7-2.

Pasient eller bruker kan også klage på vedtak om tildeling av andre tjenester som tildeles i påvente av langtidsplass, eller som tilbys fordi en ikke oppfylder kravene til langtidsplass.

9 Ikrafttredelse

I lovforslaget del III er det foreslått at loven skal gjelde fra den tid Kongen bestemmer, og at Kongen kan sette de enkelte bestemmelser i kraft til forskjellig tid. Kommunene må gis tid til å vedta kommunale forskrifter med kriterier for tildeling av langtidsplass i kommunen og på andre måter innrette seg etter lovkravene. Helse- og omsorgs-

departementet legger derfor opp til at kommunens plikter, herunder hjemmel til å gi forskrifter, skal tre i kraft før rettighetsbestemmelsen i forslag til pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1e. Målet er å få hele ordningen i kraft i løpet av 2017.

10 Økonomiske og administrative konsekvenser

Enkelte høringsinstanser påpekte i høringen at kravet om forskrift og enkeltvedtak vil medføre ekstraarbeid og ha økonomiske konsekvenser for kommunene.

Kommunene har allerede i dag plikt til å gi forsvarlige helse- og omsorgstjenester til sine brukere, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1. Forslaget om presisering av gjeldende rett og forslaget om innføring av krav om en oversikt over de som venter på langtidsplass parallelt med at de får forsvarlige tjenester, vil følgelig ikke medføre vesentlige økonomiske konsekvenser for kommunene.

Tjenestemottakerne skal, etter forslagetets ordlyd, fortsatt ha krav på nødvendige og forsvarlige tjenester etter en helse- og omsorgsfaglig vurdering, uavhengig av hvorvidt vedkommende står på venteliste eller ikke. Det vil medføre noe ekstra administrativt arbeid å fastsette kommunale forskrifter om kriterier og administrere ventelistene. Helse- og omsorgsdepartementet viser imidlertid til at de fleste kommunene uttaler at de allerede har lokale kriteriesett. Departementet gjør i den forbindelse også oppmerksom på at det er utviklet et sett med nasjonale kriterier for ulike tjenestetypene i forbindelse med forsøket med statlig finansiering som kommunene. Disse ble offentlige i slutten av oktober 2015 og er kriterier kommunene kan se hen til i arbeidet med å utvikle kommunale kriterier.

Kommunene er forpliktet til å ha systemer for å fange opp søknader om helse- og omsorgstjenester og treffe vedtak om eventuell tildeling av tjenestene. I enkelte tilfeller skal det, etter forslagetets ordlyd, for en tjenestemottaker treffes to vedtak istedenfor ett. Dette vil kunne medføre noe økt administrativt arbeid.

Etter en samlet vurdering mener likevel Helse- og omsorgsdepartementet at forslaget ikke medfører vesentlige kostnader som må kompenseres.

Det er imidlertid behov for flere heldøgns omsorgsplasser for at kommunene skal forberede seg på det behovet som kommer fremover. Regjeringen vil følge opp dette i de årlige budsjetter. Det vises for øvrig til at Regjeringen, gjennom budsjettene for 2014 og 2015, har styrket den stat-

lige tilskuddsordningen til heldøgns omsorgsplasser, og lagt til rette for en vekst i kommunenes økonomiske handlingsrom.

Regjeringen vil foreslå nasjonale kriterier for tildeling av langtidsopphold i sykehjem eller tilsvarende bolig i etterkant av evalueringen av forsøket med statlig finansiering av omsorgstjenesten, se punkt 7.2. Innretning av tjenestetilbudet til brukere av omsorgstjenestene varierer fra kommune til kommune, bla med bakgrunn i befolkningens tjenestebehov, befolkningssammensetningen, geografiske avstander i kommunen og personellens kompetanse. Hva som er et forsvarlig og hensiktsmessig grunnlag for tildeling av langtidsopphold i sykehjem eller tilsvarende bolig til den enkelte, vil dermed kunne variere betydelig. Standardisering av slike tildelingskriterier vil derfor kunne ha økonomiske konsekvenser. Disse må utredes.

11 Merknader til de enkelte bestemmelsene

11.1 Til pasient- og brukerrettighetsloven

Til ny § 2-1 e Rett til opphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester

Bestemmelsen er ny.

Første ledd er en presisering og tydeliggjøring av gjeldende rett. Gjeldende rett er nærmere omtalt i punkt 3.3. Etter bestemmelsen har pasient eller bruker rett til opphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester dersom dette etter en helhetlig helse- og omsorgsfaglig vurdering er det eneste tilbudet som kan sikre vedkommende nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester. Pasienten eller brukeren skal i disse tilfellene tildeles opphold og kan ikke settes på venteliste.

Med «tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester» menes boliger som er tilpasset for å kunne yte tjenester som dekker beboerens behandlings-, omsorgs- og assistansebehov døgnet rundt. Beboeren må ved hjelp av tilkallingsmuligheter, som for eksempel velferdsteknologiske innretninger, trygghetsalarm, snoralarm eller lignende, kunne få kontakt og bistand fra egnet personell, med tilsvarende responstid som vedkommende ville fått på sykehjem. Tilsyn med pasienten eller brukeren må tilsvare det tilsynet som ville blitt gitt dersom vedkommende hadde vært innlagt på institusjon.

Det fremgår av *andre ledd* at pasient eller bruker har rett til vedtak om at vedkommende opp-

fyller kommunens kriterier for tildeling av langtidsopphold i sykehjem eller tilsvarende bolig etter § 3-2 a andre ledd i helse- og omsorgstjenesteloven. Det betyr blant annet at det er klagerett ved avslag. Vedtaket innebærer at pasienten eller brukeren er kvalifisert for langtidsopphold og settes på venteliste. Kommunen må treffe nytt vedtak når konkret plass tildeles.

Kommunens vedtak om hvorvidt en pasient eller bruker oppfyller kommunens kriterier for langtidsplass, skal etter forslaget til endring i § 2-7 følge forvaltningslovens regler om enkeltvedtak. Tildeling av langtidsplass i sykehjem skal skje i form av enkeltvedtak, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-7 andre ledd.

En pasient eller bruker kan klage til Fylkesmannen på vedtak om at vedkommende ikke fyller kommunens kriterier for langtidsopphold i sykehjem eller tilsvarende bolig. Dette vil i realiteten være en klage på at pasienten eller brukeren ikke settes på venteliste som følge av at vedkommende vurderes ikke å oppfylle kommunens kriterier. Et vedtak om oppføring på venteliste må anses som et avslag på søknad om sykehjems plass som kan påklages etter pasient- og brukerrettighetsloven § 7-2.

Terskelen for å ha rettigheter etter andre ledd vil være lavere enn etter første ledd da andre ledd omfatter pasienter og brukere som med forsvarlig hjelp kan vente på langtidsplass.

Til § 2-7 Forvaltningslovens anvendelse

Kommunens vedtak om hvorvidt en pasient eller bruker oppfyller kommunens kriterier for langtidsplass, skal etter forslaget følge forvaltningslovens regler om enkeltvedtak. Bestemmelsen er omtalt i punkt 7.4.3.

Forvaltningslovens regler om enkeltvedtak skal gjelde både vedtak om umiddelbar tildeling av sykehjems plass og vedtak om oppføring på venteliste.

11.2 Til helse- og omsorgstjenesteloven

Til ny § 3-2 a Kommunens ansvar for tilbud om opphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester

Bestemmelsen er ny.

Første ledd er en presisering og tydeliggjøring av gjeldende rett. Gjeldende rett er nærmere omtalt i kapittel 3, se særlig punkt 3.2.

Etter *andre ledd* i bestemmelsen skal kommunen gi forskrift med kriterier for langtidsopphold i sykehjem og tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt

for heldøgns tjenester. Bestemmelsen er nærmere omtalt i punkt 7.3, se særlig punkt 7.3.4.

Tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester er definert i merknadene til pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 e.

Kriteriene kan ikke utformes på en slik måte at kommunen innsnevrer den enkelte pasients eller brukers rett til sykehjems plass eller opphold i tilsvarende bolig etter gjeldende rett. Gjeldende rett er foreslått presisert i ny § 2-1e i pasient- og brukerrettighetsloven.

I tredje ledd er det gitt hjemmel for å gi nasjonale kriterier for tildeling av langtidsopphold i sykehjem og tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester. Nasjonale kriterier er nærmere omtalt i punkt 7.2, særlig punkt 7.2.4. Bestemmelsen vil først bli satt i kraft etter at det er høstet erfaringer med forsøket med statlig finansiering av omsorgstjenestene. På samme tidspunkt vil andre ledd oppheves. Tredje ledd vil på dette tidspunkt således bli nytt andre ledd. Tilsvarende vil fjerde ledd bli nytt tredje ledd.

Kriteriene kan ikke utformes på en slik måte at kommunen innsnevrer den enkelte pasients eller brukers rett til opphold i sykehjem eller tilsvarende bolig etter gjeldende rett. Gjeldende rett er foreslått presisert i ny § 2-1 e i pasient- og brukerrettighetsloven.

I fjerde ledd er det bestemt at kommunen skal treffe vedtak om en pasient eller bruker oppfyller kommunens kriterier for langtidsopphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester. Kommunens vedtak skal følge forvaltningslovens bestemmelser om enkeltvedtak, se merknadene til pasient- og brukerrettighetsloven § 2-7 ovenfor og punkt 7.4.3. Vedtak om konkret tildeling av sykehjems plass eller helse- og omsorgstjenester i tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester følger gjeldende regler i pasient- og brukerrettighetsloven § 2-7. Se merknadene til denne bestemmelsen ovenfor.

I fjerde ledd er det videre bestemt at kommunen skal føre ventelister over pasienter og brukere som venter på langtidsopphold etter andre ledd. Bestemmelsen er nærmere omtalt i punkt 7.5.3.

11.3 Til ikrafttredelsesbestemmelsen

Kommunene må gis tid til å vedta kommunale forskrifter med kriterier for tildeling av langtidsplass i kommunen og på andre måter innrette seg etter lovkravene. Helse- og omsorgsdepartementet legger derfor opp til at kommunens plikter, herunder hjemmel til å gi forskrifter, skal tre i kraft før ret-

tighetsbestemmelsen i forslag til pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1e. Målet er å få hele ordningen i kraft i løpet av 2017. Bestemmelsen er også omtalt i kapittel 9.

Helse- og omsorgsdepartementet

t i l r å r :

At Deres Majestet godkjenner og skriver under et framlagt forslag til proposisjon til Stortinget om endringer i pasient- og brukerrettighetsloven og helse- og omsorgstjenesteloven (rett til opphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester – kriterier og ventelister).

Vi **HARALD**, Norges Konge,

s t a d f e s t e r :

Stortinget blir bedt om å gjøre vedtak til lov om endringer i pasient- og brukerrettighetsloven og helse- og omsorgstjenesteloven (rett til opphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester – kriterier og ventelister) i samsvar med et vedlagt forslag.

Forslag

til lov om endringer i pasient- og brukerrettighetsloven og helse- og omsorgstjenesteloven (rett til opphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester – kriterier og ventelister)

I

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

Ny § 2-1 e skal lyde:

§ 2-1 e *Rett til opphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester*

Pasient eller bruker har rett til opphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester dersom dette etter en helse- og omsorgsfaglig vurdering er det eneste tilbudet som kan sikre pasienten eller brukeren nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester.

Pasient eller bruker som med forsvarlig hjelp kan bo hjemme i påvente av langtidsopphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester, men som oppfyller kriteriene for tildeling av langtidsopphold etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 a andre ledd, har rett til vedtak om dette.

§ 2-7 andre ledd nytt andre punktum skal lyde:
Tilsvarende gjelder for vedtak etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 a.

II

I lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. skal ny § 3-2 a lyde:

§ 3-2 a *Kommunens ansvar for tilbud om opphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester*

Kommunen skal tilby opphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester dersom dette etter en helse- og omsorgsfaglig vurdering er det eneste tilbudet som kan sikre pasienten eller brukeren nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester.

Kommunen skal gi forskrift med kriterier for tildeling av langtidsopphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester. Forskriften skal også omfatte pasienter og brukere som vil være best tjent med langtidsopphold, men hvor kommunen vurderer at vedkommende med forsvarlig hjelp kan bo hjemme i påvente av langtidsopphold. Forskriften skal videre regulere hvordan kommunen skal følge opp pasienter eller brukere som venter på langtidsopphold.

Kongen gir forskrift med kriterier for tildeling av langtidsopphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester. Forskriften skal også omfatte pasienter og brukere som vil være best tjent med langtidsopphold, men hvor kommunen vurderer at vedkommende med forsvarlig hjelp kan bo hjemme i påvente av langtidsopphold.

Kommunen skal treffe vedtak om kriteriene etter andre ledd er oppfylt. Kommunen skal føre ventelister over pasienter og brukere som venter på langtidsopphold etter andre ledd.

III

Loven gjelder fra den tid Kongen bestemmer. Kongen kan sette i kraft de enkelte bestemmelsene til forskjellig tid.