



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Prop. 71 L

(2016–2017)

Proposisjon til Stortinget (forslag til lovvedtak)

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

Innhold

1	Proposisjonens hovedinnhold..	9	4	Lovfesting av den kommunale helse- og omsorgstjenestens veiledningsplikt overfor spesialisthelsetjenesten	37
1.1	Innledning	9	4.1	Innledning	37
1.2	Oppsummering av forslagene i proposisjonen	10	4.2	Gjeldende rett	37
2	Bakgrunn for proposisjonen	12	4.3	Forslaget i høringsnotatet	38
2.1	Tidligere behandling av forslag som omhandles i proposisjonen	12	4.4	Høringsinstansenes syn	39
2.1.1	Primærhelsetjenestemeldingen	12	4.5	Departementets vurderinger og forslag	41
2.1.2	Oppgavemeldingen	12	5	Tydeliggjøring av ansvaret for pasient-, bruker- og pårørende-opplæring i den kommunale helse- og omsorgstjenesten	45
2.2	Departementets høringsnotat om oppfølging av forslag fra Primærhelsetjenestemeldingen og Oppgavemeldingen mv.	13	5.1	Innledning	45
2.2.1	Nærmere om høringsforslaget	13	5.2	Gjeldende rett	45
2.2.2	Nærmere om høringen	13	5.3	Forslaget i høringsnotatet	46
3	Lovfesting av kompetansekrav i den kommunale helse- og omsorgstjenesten	17	5.4	Høringsinstansenes syn	46
3.1	Innledning	17	5.5	Departementets vurderinger og forslag	48
3.2	Nærmere om forslaget i Primærhelsetjenestemeldingen og Stortingets behandling	17	6	Tydeliggjøring av helse- og omsorgstjenestens ansvar for å forebygge, avdekke og avverge vold og seksuelle overgrep	49
3.2.1	Forslaget i Primærhelsetjenestemeldingen	17	6.1	Innledning	49
3.2.2	Stortingets behandling av forslagene i meldingen	19	6.2	Forslaget i Primærhelsetjenestemeldingen og Stortingets behandling	49
3.3	Gjeldende rett	21	6.3	Gjeldende rett	50
3.4	Forslag i høringsnotatet	22	6.3.1	Internasjonal regulering	50
3.5	Høringsinstansenes syn	22	6.3.2	Nasjonal regulering	50
3.5.1	Lovfesting av krav om lege, sykepleier, fysioterapeut, helsesøster, jordmor, psykolog og ergoterapeut	22	6.3.2.1	Helsepersonelloven	50
3.5.2	Lovfesting av krav om tannlege, men ikke tannpleier	30	6.3.2.2	Straffeloven	51
3.6	Departementets vurderinger og forslag	32	6.3.2.3	Helsetilsynsloven og ny forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten	52
3.6.1	Innledning – om lovfesting av kompetansekrav	32	6.3.2.4	Helse- og omsorgstjenesteloven ..	52
3.6.2	Lovfesting av krav om lege, sykepleier, fysioterapeut, jordmor og helsesøster	33	6.3.2.5	Spesialisthelsetjenesteloven	52
3.6.3	Lovfesting av krav om psykolog ...	33	6.3.2.6	Tannhelsetjenesteloven	53
3.6.4	Lovfesting av krav om ergoterapeut	33	6.4	Forslaget i høringsnotatet	53
3.6.5	Lovfesting av krav om tannlege, men ikke tannpleier	34	6.5	Høringsinstansenes syn	53
3.6.6	Lovfesting av krav om andre personellgrupper eller annen type kompetanse	35	6.6	Departementets vurderinger og forslag	56
			7	Tydeliggjøring av spesialisthelsetjenestens plikt til å oppnevne kontaktlege	62
			7.1	Innledning	62
			7.2	Gjeldende rett	62
			7.3	Forslaget i høringsnotatet	63

7.4	Høringsinstansenes syn	63	10.3	Dagens fylkeskommunale tannhelsetjeneste – utviklingstrekk	85
7.5	Departementets vurderinger og forslag	64	10.3.1	Omfang av tjenestetilbud innenfor den fylkeskommunale tannhelsetjenesten	85
8	Tydeliggjøring av kommunens plikt til psykososial beredskap og oppfølging	66	10.3.2	Personell, organisering og klinikkstruktur	86
8.1	Innledning	66	10.3.2.1	Personell	86
8.2	Gjeldende rett	66	10.3.2.2	Organisering og klinikkstruktur ..	86
8.3	Forslaget i høringsnotatet	67	10.3.3	Spesialisttannhelsetjenester og regionale odontologiske kompetansesentre	87
8.4	Høringsinstansenes syn	67	10.4	Gjeldende rett	87
8.5	Departementets vurderinger og forslag	68	10.5	Lovstruktur for fremtidig regulering av kommunale tannhelsetjenester	89
9	Oppheving av krav om henvisning for å få stønad til behandling hos fysioterapeut ..	70	10.5.1	Dagens lovstruktur	89
9.1	Innledning	70	10.5.2	Forslag i høringsnotatet	89
9.2	Nærmere om høringen	70	10.5.3	Høringsinstansenes syn	90
9.3	Gjeldende rett	71	10.5.4	Departementets vurderinger og forslag	91
9.4	Forslag i høringsnotatet	71	10.5.4.1	Behov for harmonisering og videreføring av særpreg	91
9.4.1	Generelt	71	10.5.4.2	Nærmere om lovstruktur	92
9.4.2	Særlig om stønad til dekning av utgifter til behandling i andre EØS-land – krav om henvisning ...	72	10.6	Formål og virkeområde	94
9.5	Høringsinstansenes syn	73	10.6.1	Lovforslagets formål	94
9.6	Departementets vurdering og forslag	76	10.6.1.1	Gjeldende rett	94
9.6.1	Innledning	76	10.6.1.2	Forslag i høringsnotatet	94
9.6.2	Fysioterapeutens rolle og kompetanse	76	10.6.1.3	Høringsinstansenes syn	94
9.6.3	Prioritering av pasienter	77	10.6.1.4	Departementets vurderinger og forslag	95
9.6.4	Kommunikasjon med fastlegen	77	10.6.2	Lovforslagets virkeområde	95
9.6.5	Departementets forslag	77	10.6.2.1	Saklig virkeområde og begrepsbruk	95
10	Overføring av ansvaret for tannhelsetjenester fra fylkeskommunen til kommunen	79	10.6.2.2	Stedlig virkeområde	97
10.1	Historikk – tidligere vurderinger av forvaltningsnivå for ansvaret for offentlige tannhelsetjenester	79	10.7	Forholdet til andre lover	98
10.2	Forslaget i Oppgavemeldingen og Stortingets behandling av meldingen	79	10.7.1	Forholdet til helsepersonelloven ..	98
10.2.1	Overføring av den fylkeskommunale tannhelsetjenesten til kommunene	79	10.7.2	Forholdet til forvaltningsloven	98
10.2.2	Høringsinstansenes syn på oppgaveoverføringen	81	10.7.2.1	Gjeldende rett	98
10.2.2.1	Generelt om overføring av ansvaret for tannhelsetjenester	81	10.7.2.2	Forslag i høringsnotatet	99
10.2.2.2	Særlig om overføring av ansvaret for odontologiske spesialisttjenester	82	10.7.2.3	Høringsinstansenes syn	99
10.2.3	Departementets vurderinger og forslag	84	10.7.2.4	Departementets vurderinger og forslag	99
			10.8	Kommunens ansvar for tilgjengelige tannhelsetjenester til befolkningen	101
			10.8.1	Oversikt over fylkeskommunens ansvar for tannhelsetjenester	101
			10.8.2	Gjeldende rett	101
			10.8.2.1	Tannhelsetjenesteloven	101
			10.8.2.2	Helse- og omsorgstjenesteloven ..	102
			10.8.3	Forslag i høringsnotatet	102
			10.8.4	Høringsinstansenes syn	102
			10.8.5	Departementets vurderinger og forslag	103

10.8.5.1	Generelt om rekkevidden av tilgjengelighetsansvaret	103	10.9.8	Tannhelsetjenester til personer med rusavhengighet	121
10.8.5.2	Særlig om ansvaret for tilgjengelige spesialisttannhelsetjenester	105	10.9.8.1	Gjeldende rett	121
10.8.5.3	Kommunens ivaretagelse av ansvaret for å sørge for tannhelsetjenester	106	10.9.8.2	Forslag i høringsnotatet	123
10.9	Kommunens ansvar for tannhelsetjenester til bestemte persongrupper	106	10.9.8.3	Høringsinstansenes syn	123
10.9.1	Oversikt over gjeldende rett	107	10.9.8.4	Departementets vurderinger og forslag	124
10.9.1.1	Tannhelsetjenesteloven	107	10.9.9	Tannhelsetjenester til innsatte i fengsler i kriminalomsorgen	125
10.9.1.2	Helse- og omsorgstjenesteloven ...	107	10.9.9.1	Gjeldende rett	125
10.9.2	Plikt til å gi et regelmessig og oppsøkende tannhelsetilbud	107	10.9.9.2	Forslag i høringsnotatet	126
10.9.2.1	Gjeldende rett	107	10.9.9.3	Høringsinstansenes syn	127
10.9.2.2	Forslag i høringsnotatet	108	10.9.9.4	Departementets vurderinger og forslag	127
10.9.2.3	Høringsinstansenes syn	108	10.9.10	Prioriteringsbestemmelser	127
10.9.2.4	Departementets vurderinger og forslag	108	10.9.10.1	Gjeldende rett	127
10.9.3	Barn og ungdom fra 0 til 20 år	109	10.9.10.2	Forslag i høringsnotatet	128
10.9.3.1	Gjeldende rett	109	10.9.10.3	Høringsinstansenes syn	128
10.9.3.2	Forslag i høringsnotatet	109	10.9.10.4	Departementets vurderinger og forslag	128
10.9.3.3	Høringsinstansenes syn	110	10.10	Helsefremmende og forebyggende tannhelsearbeid	129
10.9.3.4	Departementets vurderinger og forslag	110	10.10.1	Om den fylkeskommunale tannhelsetjenestens folkehelsearbeid..	129
10.9.4	Personer med psykisk utviklingshemming	111	10.10.2	Gjeldende rett	129
10.9.4.1	Gjeldende rett	111	10.10.2.1	Tannhelsetjenesteloven	129
10.9.4.2	Forslag i høringsnotatet	111	10.10.2.2	Helse- og omsorgstjenesteloven ..	130
10.9.4.3	Høringsinstansenes syn	111	10.10.2.3	Folkehelseloven	130
10.9.4.4	Departementets vurderinger og forslag	111	10.10.3	Forslag i høringsnotatet	130
10.9.5	Grupper av eldre, langtidssyke og uføre i institusjon og hjemme- sykepleie	112	10.10.4	Høringsinstansenes syn	131
10.9.5.1	Gjeldende rett	112	10.10.5	Departementets vurderinger og forslag	131
10.9.5.2	Forslag i høringsnotatet	112	10.11	Forholdet til privat tannhelse- virksomhet	133
10.9.5.3	Høringsinstansenes syn	112	10.11.1	Avtaler med private tjenesteytere	133
10.9.5.4	Departementets vurderinger og forslag	114	10.11.1.1	Gjeldende rett	133
10.9.6	Andre grupper som kommunen har vedtatt å prioritere	119	10.11.1.2	Forslag i høringsnotatet	134
10.9.6.1	Gjeldende rett	119	10.11.1.3	Høringsinstansenes syn	134
10.9.6.2	Forslag i høringsnotatet	119	10.11.1.4	Departementets vurderinger og forslag	134
10.9.6.3	Høringsinstansenes syn	119	10.11.2	Private tjenesteytere uten avtale med kommunen	136
10.9.6.4	Departementets vurderinger og forslag	119	10.11.2.1	Gjeldende rett	136
10.9.7	Tannhelsetjenester til voksne pasienter mot betaling	120	10.11.2.2	Forslag i høringsnotatet	137
10.9.7.1	Gjeldende rett	120	10.11.2.3	Høringsinstansenes syn	137
10.9.7.2	Forslag i høringsnotatet	120	10.11.2.4	Departementets vurderinger og forslag	138
10.9.7.3	Høringsinstansenes syn	120	10.12	Kommunens plikt til samhandling og samarbeid	140
10.9.7.4	Departementets vurderinger og forslag	120	10.12.1	Plikt til samhandling og samarbeid	140
			10.12.1.1	Gjeldende rett	140
			10.12.1.2	Forslag i høringsnotatet	141
			10.12.1.3	Høringsinstansenes syn	141

10.12.1.4	Departementets vurderinger og forslag	141	10.16.2.3	Høringsinstansenes syn	156
10.12.2	Ansvar for samordning av offentlige og private tannhelsetjenester	143	10.16.2.4	Departementets vurderinger og forslag	156
10.12.2.1	Gjeldende rett	143	10.16.3	Plikt til bistand ved ulykker og andre akutte situasjoner	156
10.12.2.2	Forslag i høringsnotatet	143	10.16.3.1	Gjeldende rett	156
10.12.2.3	Høringsinstansenes syn	143	10.16.3.2	Forslag i høringsnotatet	157
10.12.2.4	Departementets vurderinger og forslag	143	10.16.3.3	Høringsinstansenes syn	157
10.13	Kommunens ansvar for akutt tannhelsehjelp	145	10.16.3.4	Departementets vurderinger og forslag	157
10.13.1	Gjeldende rett	145	10.16.4	Politiattest	157
10.13.1.1	Tannhelsetjenesteloven	145	10.16.4.1	Gjeldende rett	157
10.13.1.2	Helse- og omsorgstjenesteloven ...	145	10.16.4.2	Forslag i høringsnotatet	158
10.13.2	Forslag i høringsnotatet	146	10.16.4.3	Høringsinstansenes syn	158
10.13.3	Høringsinstansenes syn	146	10.16.4.4	Departementets vurderinger og forslag	158
10.13.4	Departementets vurderinger og forslag	147	10.16.5	Registrering av meldinger	159
10.13.4.1	Lovfesting av ansvar for øyeblikkelig tannhelsehjelp	147	10.16.5.1	Gjeldende rett	159
10.13.4.2	Bør det lovfestes krav til organisering av kommunal tannlegevakt?	147	10.16.5.2	Forslag i høringsnotatet	160
10.14	Pasient- og brukermedvirkning mv.	149	10.16.5.3	Høringsinstansenes syn	160
10.14.1	Gjeldende rett	149	10.16.5.4	Departementets vurderinger og forslag	160
10.14.1.1	Tannhelsetjenesteloven	149	10.16.6	Meldingsplikt til kommuneadministrasjonen	160
10.14.1.2	Helse- og omsorgstjenesteloven ...	149	10.16.6.1	Gjeldende rett	160
10.14.2	Forslag i høringsnotatet	149	10.16.6.2	Forslag i høringsnotatet	160
10.14.3	Høringsinstansenes syn	149	10.16.6.3	Høringsinstansenes syn	160
10.14.4	Departementets vurderinger og forslag	149	10.16.6.4	Departementets vurderinger og forslag	161
10.15	Krav til forsvarlighet, pasientsikkerhet og kvalitet	150	10.16.7	Opplysningsplikt til Statens helsetilsyn og Fylkesmannen	162
10.15.1	Om kvalitet, pasientsikkerhet og forsvarlighet i tannhelsetjenesten	150	10.16.7.1	Gjeldende rett	162
10.15.1.1	Kvalitet	150	10.16.7.2	Forslag i høringsnotatet	163
10.15.1.2	Pasientsikkerhet	151	10.16.7.3	Høringsinstansenes syn	163
10.15.1.3	Forsvarlighet	151	10.16.7.4	Departementets vurderinger og forslag	163
10.15.2	Gjeldende rett	152	10.16.8	Journal- og informasjonssystemer	163
10.15.2.1	Tannhelsetjenesteloven	152	10.16.8.1	Gjeldende rett	163
10.15.2.2	Helse- og omsorgstjenesteloven ...	152	10.16.8.2	Forslag i høringsnotatet	164
10.15.3	Forslag i høringsnotatet	153	10.16.8.3	Høringsinstansenes syn	164
10.15.4	Høringsinstansenes syn	153	10.16.8.4	Departementets vurderinger og forslag	164
10.15.5	Departementets vurderinger og forslag	153	10.17	Individuell plan, koordinator og koordinerende enhet	164
10.16	Særlige plikter og oppgaver	154	10.17.1	Gjeldende rett	164
10.16.1	Transport av behandlingspersonell	154	10.17.2	Forslag i høringsnotatet	165
10.16.1.1	Gjeldende rett	154	10.17.3	Høringsinstansenes syn	166
10.16.1.2	Forslag i høringsnotatet	154	10.17.4	Departementets vurderinger og forslag	166
10.16.1.3	Høringsinstansenes syn	155	10.18	Undervisning, praktisk opplæring, utdanning og forskning	167
10.16.1.4	Departementets vurderinger og forslag	155	10.18.1	Undervisning og praktisk opplæring	168
10.16.2	Beredskapsarbeid	156	10.18.1.1	Gjeldende rett	168
10.16.2.1	Gjeldende rett	156	10.18.1.2	Forslag i høringsnotatet	168
10.16.2.2	Forslag i høringsnotatet	156			

10.18.1.3	Høringsinstansenes syn	168	10.20.2.3	Høringsinstansenes syn	194
10.18.1.4	Departementets vurderinger og forslag	168	10.20.2.4	Departementets vurderinger og forslag	194
10.18.2	Videre- og etterutdanning	169	10.21	Forholdet til pasient- og brukerrettighetsloven	195
10.18.2.1	Gjeldende rett	169	10.21.1	Virkeområde og definisjoner	195
10.18.2.2	Forslag i høringsnotatet	170	10.21.1.1	Gjeldende rett	195
10.18.2.3	Høringsinstansenes syn	170	10.21.1.2	Departementets vurderinger og forslag	195
10.18.2.4	Departementets vurderinger og forslag	171	10.21.2	Rett til nødvendig tannhelsehjelp fra kommunen	196
10.18.3	Forskning	171	10.21.2.1	Gjeldende rett	196
10.18.3.1	Gjeldende rett	171	10.21.2.2	Forslag i høringsnotatet	197
10.18.3.2	Forslag i høringsnotatet	171	10.21.2.3	Høringsinstansenes syn	198
10.18.3.3	Høringsinstansenes syn	172	10.21.2.4	Departementets vurderinger og forslag	198
10.18.3.4	Departementets vurderinger og forslag	172	10.21.3	Rett til individuell plan	199
10.19	Finansiering og egenbetaling	174	10.21.4	Rett til syketransport	199
10.19.1	Kommunens ansvar for utgifter til tannhelsetjenester	174	10.21.5	Forvaltningslovens anvendelse	200
10.19.1.1	Gjeldende rett	174	10.21.6	Barns rett til helsekontroll	200
10.19.1.2	Forslag i høringsnotatet	175	10.21.6.1	Gjeldende rett	200
10.19.1.3	Høringsinstansenes syn	175	10.21.6.2	Forslag i høringsnotatet	201
10.19.1.4	Departementets vurderinger og forslag	176	10.21.6.3	Høringsinstansenes syn	201
10.19.2	Vederlag for tannhelsetjenester	179	10.21.6.4	Departementets vurderinger og forslag	201
10.19.2.1	Gjeldende rett	179	10.21.7	Klage	201
10.19.2.2	Forslag i høringsnotatet	181	10.21.7.1	Gjeldende rett	202
10.19.2.3	Høringsinstansenes syn	181	10.21.7.2	Den norske tannlegeforenings klageordning	203
10.19.2.4	Departementets vurderinger og forslag	182	10.21.7.3	Forslag i høringsnotatet	203
10.19.3	Pasienttransport til og fra den kommunale tannhelsetjenesten	184	10.21.7.4	Høringsinstansenes syn	204
10.19.3.1	Gjeldende rett	184	10.21.7.5	Departementets vurderinger og forslag	204
10.19.3.2	Forslag i høringsnotatet	185	10.21.8	Pasient- og brukerombud	204
10.19.3.3	Høringsinstansenes syn	185	10.21.8.1	Gjeldende rett	204
10.19.3.4	Departementets vurderinger og forslag	186	10.21.8.2	Forslag i høringsnotatet	205
10.19.4	Plikt til å utarbeide atskilte regnskaper mv. for tannhelsetjenester	188	10.21.8.3	Høringsinstansenes syn	206
10.19.4.1	Gjeldende rett	188	10.21.8.4	Departementets vurderinger og forslag	206
10.19.4.2	Forslag i høringsnotatet	188	10.22	Gjennomføring av oppgaveoverføringen til kommunene	207
10.19.4.3	Høringsinstansenes syn	188	10.22.1	Innledning	207
10.19.4.4	Departementets vurderinger og forslag	188	10.22.2	Virksomhetsoverdragelse og forholdet til de ansatte	207
10.19.5	Særlig om finansiering av spesialisttannhelsetjenester	189	10.22.2.1	Gjeldende rett	207
10.20	Forskjellige bestemmelser	190	10.22.2.2	Departementets vurdering	208
10.20.1	Taushetsplikt	190	10.22.3	Virksomhetsoverdragelse og forholdet til virksomheten mv.	209
10.20.1.1	Gjeldende rett	190	10.22.3.1	Behov for lovregulering av virksomhetsoverdragelsen	209
10.20.1.2	Forslag i høringsnotatet	191	10.22.3.2	Spørsmål om vederlag for virksomhetsoverdragelsen	210
10.20.1.3	Høringsinstansenes syn	192	10.22.3.3	Overtakelse av fylkeskommunens eierskap til virksomheten	212
10.20.1.4	Departementets vurderinger og forslag	192	10.22.3.4	Hvem overføres eierskapet til?	213
10.20.2	Statlig tilsyn	192			
10.20.2.1	Gjeldende rett	192			
10.20.2.2	Forslag i høringsnotatet	194			

10.22.3.5	Overtakelse av fylkeskommunens avtalerettslige posisjoner	215	11.8	Overføring av ansvaret for tannhelsetjenester	221
10.22.3.6	Overtakelse av fylkeskommunens gjeldsansvar	216	11.8.1	Departementets vurdering i høringsnotatet	221
11	Økonomiske og administrative konsekvenser	218	11.8.2	Høringsinstansenes syn	221
11.1	Lovfesting av kompetansekrav	218	11.8.3	Økonomiske konsekvenser av å overføre ansvaret for tannhelsetjenester til kommunene	222
11.1.1	Lovfesting av krav om lege, sykepleier, fysioterapeut, jordmor og helsesøster	218	11.8.4	Økonomiske og administrative konsekvenser av lovforslagene	223
11.1.2	Lovfesting av krav om psykolog ...	218	11.8.4.1	Valg av lovmodell	223
11.1.3	Lovfesting av krav om ergoterapeut	218	11.8.4.2	Generelt om kommunens ansvar og plikter etter lovforslaget	224
11.1.4	Lovfesting av krav om tannlege	219	11.8.4.3	Ansvar for tilgjengelige tannhelsetjenester	224
11.2	Veiledningsplikt overfor spesialisthelsetjenesten	219	11.8.4.4	Ansvar for tannhelsetjenester til bestemte grupper	225
11.3	Tydeliggjøring av ansvaret for pasient-, bruker- og pårørendeopplæring i den kommunale helse- og omsorgstjenesten	219	11.8.4.5	Ansvar for akutt tannhelsehjelp ...	225
11.4	Tydeliggjøring av helse- og omsorgstjenestens ansvar for å forebygge, avdekke og avverge vold og seksuelle overgrep	219	11.8.4.6	Ansvar for transport av behandlingspersonell	226
11.5	Tydeliggjøring av spesialisthelsetjenestens plikt til å oppnevne kontaktleger	220	11.8.4.7	Utvidelse av pasient- og brukerombudsordningen	226
11.6	Tydeliggjøring av kommunens plikt til psykososial beredskap og oppfølging	220	12	Merknader til lovforslaget	227
11.7	Oppheving av krav om henvisning for å få stønad til behandling hos fysioterapeut	220	12.1	Lovendringer som det tas sikte på å sette i kraft fra 1. januar 2018	227
			12.2	Lovendringer som det tas sikte på å sette i kraft fra 1. januar 2020	229
				Forslag til lov om endringer i helselovgivningen (overføring av det offentlige tannhelsetjenesteansvaret, lovfesting av kompetansekrav m.m.)....	235



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Prop. 71 L

(2016–2017)

Proposisjon til Stortinget (forslag til lovvedtak)

Endringer i helselovgivningen (overføring av det offentlige tannhelsetjenesteansvaret, lovfesting av kompetansekrav m.m.)

*Tilråding fra Helse- og omsorgsdepartementet 31. mars 2017,
godkjent i statsråd samme dag.
(Regjeringen Solberg)*

1 Proposisjonens hovedinnhold

1.1 Innledning

Helse- og omsorgsdepartementet foreslår i denne proposisjonen en rekke endringer i helse- og omsorgstjenestelovgivningen.

Endringsforslagene er en del av departementets oppfølging av forslag i Meld. St. 26 (2014–2015) *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet* (heretter også betegnet med kortformen «Primærhelsetjenestemeldingen»), som ble fremlagt 7. mai 2015. Forslagene er omtalt i proposisjonens kapittel 3 til kapittel 7. I tillegg foreslås det enkelte lovendringer som ikke er omtalt i Primærhelsetjenestemeldingen, jf. proposisjonens kapittel 8 og kapittel 9.

Endringsforslagene er også en del av departementets oppfølging av forslag i Meld. St. 14 (2014–2015) *Kommunereformen – nye oppgaver til større kommuner* (heretter også betegnet med

kortformen «Oppgavemeldingen»), som ble fremlagt 20. mars 2015. I stortingsmeldingen foreslås det å overføre til kommunene en rekke oppgaver på ulike samfunnsområder som i dag er tillagt fylkeskommunene, fylkesmennene og staten. Denne stortingsmeldingen inngår i regjeringens arbeid med en kommunereform som springer ut av regjeringens politiske plattform (Sundvolden-erklæringen) og forslag i Prop. 95 S (2013–2014) *Kommuneproposisjonen 2015*, med en egen meldingsdel om kommunereformen. I denne meldingen ble behovet for reform, kriteriene fra ekspertutvalgets delrapport, samt en omtale av prosess og virkemidler presentert.

Med unntak av forslagene i proposisjonens kapittel 9, inngikk ovennevnte forslag i departementets høringsnotat av 6. juni 2016 med høringsfrist fastsatt til 1. oktober 2016.

Forslaget som omtales i kapittel 9 er omtalt i departementets høringsnotat av 5. desember 2016 med høringsfrist 3. februar 2017.

1.2 Oppsummering av forslagene i proposisjonen

I proposisjonens *kapittel 2* redegjøres det overordnet for forslagenes bakgrunn og gjennomført høring. I proposisjonens øvrige kapitler redegjøres det mer konkret for de ulike forslagenes bakgrunn og høringsinstansenes syn.

I *kapittel 3* foreslås det lovfesting av kompetansekrav i lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m (helse- og omsorgstjenesteloven). For det første foreslås det lovfestet at kommunen skal ha lege, sykepleier, fysioterapeut, helsesøster og jordmor knyttet til seg. Det tas sikte på at lovendringen skal tre i kraft fra 1. januar 2018. For det andre foreslås det lovfestet at kommunene også skal ha psykolog, ergoterapeut og tannlege knyttet til seg. Når det gjelder disse tre gruppene tas det sikte på at lovendringene først skal tre i kraft fra 1. januar 2020.

Departementet foreslår også å lovfeste at den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal ha en veiledningsplikt overfor spesialisthelsetjenesten, jf. proposisjonens *kapittel 4*. Forslaget tilsvarende den veiledningsplikt som i dag gjelder for spesialisthelsetjenesten overfor de kommunale helse- og omsorgstjenestene, jf. lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven) § 6-3.

I *kapittel 5* foreslås det lovendringer for å tydeliggjøre ansvaret for pasient-, bruker- og pårørendeopplæring i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Forslaget må sees i sammenheng med Prop. 49 L (2016–2017) *Endringer i helse- og omsorgstjenesteloven m.m. (styrket pårørendestøtte)* som ble fremmet 13. januar 2017. Departementet har her foreslått å endre helse- og omsorgstjenesteloven § 3-6, slik at denne bestemmelsen samler og tydeliggjør kommunens ansvar overfor de som har et særlig tyngende omsorgsarbeid. Kommunene pålegges å tilby nødvendig pårørendestøtte i form av avlastning, opplæring og veiledning, og omsorgsstønad.

Helse- og omsorgstjenestens ansvar for å forebygge, avdekke og avverge vold og seksuelle overgrep drøftes i *kapittel 6*. Departementet foreslår endringer i helse- og omsorgstjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven og lov 3. juni 1983 nr. 54 om tannhelsetjenesten (tannhelsetjenesteloven) for å tydeliggjøre tjenestenes ansvar.

Departementet foreslår i *kapittel 7* en lovendring for å tydeliggjøre at alle helseinstitusjoner som omfattes av spesialisthelsetjenesteloven, skal ha plikt til å oppnevne kontaktleger for pasienter som har alvorlig sykdom, skade eller lidelse, og som har behov for behandling eller oppfølging av spesialisthelsetjenesten av en viss varighet. Plikten til å oppnevne kontaktleger for disse pasientene er i dag pålagt helseforetaket.

I *kapittel 8* foreslås det en endring av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 3 for å tydeliggjøre kommunens plikter når det gjelder psykososial beredskap og oppfølging. Forslaget innebærer i all hovedsak presisering av gjeldende rett.

Departementet foreslår i *kapittel 9* endringer som innebærer oppheving av dagens krav om henvisning for å få stønad til behandling hos fysioterapeut.

I *kapittel 10* foreslås lovendringer som er nødvendige for å overføre ansvaret for tannhelsetjenesten fra fylkeskommunen til kommunen. Forslaget om ansvarsoverføring ble fremmet i Oppgavemeldingen som ble behandlet av Stortinget 9. juni 2015. Et flertall på Stortinget sluttet seg til forslaget om at ansvaret for tannhelsetjenester, herunder odontologiske spesialisttjenester, bør overføres til kommunene.

Departementet foreslår i denne proposisjonen å regulere kommunens plikter knyttet til tannhelsetjenester i helse- og omsorgstjenesteloven, mens pasientens rettigheter foreslås regulert i pasient- og brukerrettighetsloven. Dagens lovstruktur med en egen tannhelsetjenestelov foreslås ikke videreført. Regjeringens mål er å gjennomføre kommunereformen slik at den kan iverksettes 1. januar 2020. Det tas derfor sikte på at forslag til lovendringer som er nødvendige for å overføre ansvaret for tannhelsetjenester til kommunene, skal tre i kraft fra samme tidspunkt.

Forslaget i denne proposisjonen er begrenset til lovendringer som er nødvendige for å regulere ansvaret for tannhelsetjenester på kommunalt nivå. Proposisjonen omtaler ikke praktiske forberedelser til gjennomføringen av oppgaveoverføringen. En plan for forberedelse og gjennomføring av reformen vil bli utarbeidet etter at Stortinget har vedtatt forslagene i denne proposisjonen. Departementet vil på et senere tidspunkt komme tilbake til Stortinget med en redegjørelse for hvordan dette skal skje, blant annet i budsjettssammenheng. Etter departementets vurdering er informasjonsvirksomhet overfor og dialog med kommunene og fylkeskommunene viktige forutsetninger for at reformen skal bli vellykket.

Overføringen av det offentliges ansvar for tannhelsetjenester til kommunalt nivå er i seg selv en stor reform. I tillegg til regulering på kommunalt nivå innebærer forslagene i proposisjonen i stor grad en revisjon av gjeldende rett med sikte på modernisering og harmonisering med øvrig helselovgivning når det gjelder innhold og omfang av det offentliges ansvar for tannhelsetjenester. Lovforslaget innebærer i all hovedsak en videreføring av gjeldende rett etter tannhelsetjenesteloven, men med enkelte utvidelser av kommunens plikter på dette området sett i forhold til de plikter som fylkeskommunen har i dag. Lovforslaget viderefører i store trekk pasienters rettigheter til tannhelsehjelp slik disse i dag er nedfelt i tannhelsetjenesteloven, med enkelte justeringer blant annet som følge av endret begrepsbruk. Det foreslås å lovfeste kommunens ansvar for å tilby tannhelsetjenester til personer med rusavhengighet og innsatte i fengsler i kriminalomsorgen. Dette er hovedsakelig en kodifisering av gjeldende rett. Pasienter og brukeres prosessuelle rettigheter vil bli styrket som følge av forslaget om å utvide pasient- og brukerombudsordningen til å omfatte kommunale tannhelsetjenester.

Departementet presiserer at overføringen av det offentliges ansvar for tannhelsetjenester fra fylkeskommunen til kommunen ikke omfatter tannhelsetjenester som ytes i privat sektor. I Norge utgjør privatpraktiserende tannleger og

tannpleiere om lag 70 prosent av de samlede årsverkene, mens offentlig sektor utgjør om lag 30 prosent. De fleste private tjenesteytere har ikke avtale om å yte tannhelsetjenester på vegne av fylkeskommunen, og vil dermed ikke bli direkte berørt av forslagene i denne proposisjonen. Når det gjelder avtaler som allerede er inngått mellom fylkeskommunen og private tjenesteytere før overføringstidspunktet, innebærer forslagene at kommunen får rett og plikt til å tre inn i fylkeskommunens partsforhold i avtalen. Det foreslås ikke å innføre et system med kommunalt driftstilskudd til privat tannlege- og tannpleiervirksomhet, slik ordningen er for fastleger og fysioterapeuter. Departementet har i Oppgavemeldingen presisert at private tannleger kan fortsette sin virksomhet som før. Avtaler som kommunen inngår med privat tannhelsepersonell om å yte tannhelsetjenester vil derfor fortsatt dreie seg om rene tjenestekjøp. Forslagene i denne proposisjonen vil ikke innebære nevneverdige endringer når det gjelder regulering av privat tannhelsevirksomhet, i forhold til det som i dag følger av tannhelsetjenesteloven.

Det redegjøres for samlede administrative og økonomiske konsekvenser av forslagene i *kapittel 11*

I *kapittel 12* er det inntatt spesielle merknader til lovendringsforslagene.

2 Bakgrunn for proposisjonen

2.1 Tidligere behandling av forslag som omhandles i proposisjonen

2.1.1 Primærhelsetjenestemeldingen

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

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

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

Stortinget behandlet meldingen i november 2015, jf. Innst. 40 S (2015–2016). Departementet redegjør for Stortingets vurderinger i tilknytning til relevante kapitler og punkter i proposisjonen.

Forslagene inntatt i proposisjonens kapittel 3 til kapittel 7 og kapittel 9 følger opp forslag fra Primærhelsetjenestemeldingen og Stortingets behandling av meldingen.

2.1.2 Oppgavemeldingen

Som nevnt innledningsvis må flere av forslagene i proposisjonen ses i sammenheng med forslag i Meld. St. 14 (2014–2015) *Kommunereformen – nye oppgaver til større kommuner* (Oppgavemeldingen) og gjennomføringen av disse. Departementet viser her særlig til proposisjonens kapittel 3 om lovfesting av kompetansekrav og kapittel 10 om overføring av det offentlige ansvaret for tannhelsetjenesten fra fylkeskommunene til kommunene.

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

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

Stortinget behandlet meldingen i juni 2015, jf. Innst. 333 S (2014–2015). Departementet rede-

gjør for Stortingets vurderinger i tilknytning til relevante kapitler og punkter i proposisjonen.

Forslagene inntatt i proposisjonens kapittel 10 følger opp forslag fra Oppgavemeldingen og Stortingets behandling av meldingen.

2.2 Departementets høringsnotat om oppfølging av forslag fra Primærhelsetjenestemeldingen og Oppgavemeldingen mv.

2.2.1 Nærmere om høringsforslaget

Forslagene i proposisjonens kapittel 3 til 8, samt forslagene i kapittel 10, inngikk som nevnt i Helse- og omsorgsdepartementets høringsnotat av 6. juni 2016. For nærmere omtale av høringsforslagene vises det til fremstillingen i disse kapitlene. Høringsfrist ble fastsatt til 1. oktober 2016.

Forslaget som omtales i kapittel 9 er omtalt i departementets høringsnotat av 5. desember 2016, med høringsfrist 3. februar 2017. Når det gjelder videre omtale av dette forslaget og gjennomført høring, vises det i sin helhet til kapittel 9.

2.2.2 Nærmere om høringen

Høringsnotatet ble sendt på høring til følgende instanser:

Departementene

Arbeids- og velferdsdirektoratet
Barne-, ungdoms-, og familiedirektoratet
Barneombudet
Datatilsynet
De fylkeskommunale eldrerådene
De regionale kompetansesentrene for rusmiddel-
spørsmål
Direktoratet for e-helse
Direktoratet for forvaltning og IKT (Difi)
Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap
Folkehelseinstituttet
Forbrukerombudet
Forbrukerrådet
Helsedirektoratet
Helseøkonomiforvaltningen (HELFO)
Innovasjon Norge
Kommunalbanken
Konkurransetilsynet
Integrerings- og mangfoldsdirektoratet (IMDi)
Kriminalomsorgsdirektoratet
Landets fylkesmenn
Landets helseforetak
Landets høgskoler med helsefaglig utdanning
Landets regionale helseforetak

Landets universiteter
Likestillings- og diskrimineringsnemnda
Likestillings- og diskrimineringsombudet
Norges forskningsråd
Pasientskadenemnda
Personvernemnda
Regjeringsadvokaten
Regionsentrene for barn og unges psykiske helse
Riksrevisjonen
Senter for medisinsk etikk
Skattedirektoratet
Statens autorisasjonskontor for helsepersonell
(SAK)
Statens helsepersonellnemnd
Statens helsetilsyn
Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS)
Statens legemiddelverk
Statens pensjonskasse
Statens seniorråd
Statistisk sentralbyrå (SSB)
Sysselmannen på Svalbard
Utdanningsdirektoratet

Sametinget
Stortingets ombudsmann for forvaltningen
(Sivilombudsmannen)

Landets fylkeskommuner
Landets kommuner

ACTIS
ADHD Norge
Akademikerne
AKAN
A-LARM – Bruker og pårørendeorganisasjon for
åpenhet om rus og behandling
Alternativ til vold – behandlings- og kompetanse-
senter
Anonyme alkoholikere
Arbeidsgiverforeningen Spekter
Aurora, Støtteforeningen for mennesker med psy-
kiske helseproblemer
Autismeforeningen i Norge
Bedriftsforbundet
Bipolarforeningen
Blå Kors Norge
Borgestadklinikken
Brukerforeningen LAR-NettNorge
Brukerorganisasjonen for LARiNord (Marborg)
Barn av rusmisbrukere (BAR)
Delta
Den Norske Advokatforening
Den norske Dommerforening
Den norske jordmorforening
Den norske legeforening

Endringer i helselovgivningen
(overføring av det offentlige tannhelsetjenesteansvaret, lovfesting av kompetansekrav m.m.)

Den norske Revisorforening	Norsk Helse- og velferdsforum
Den norske tannlegeforening	Norsk Kiropraktorforening
Fagforbundet	Norsk Manuellterapeutforening
Fagrådet innen rusfeltet i Norge	Norsk Pasientforening
Fellesorganisasjonen FO	Norsk Pasientskadeerstatning (NPE)
Finans Norge	Norsk Pensjonistforbund
Forbundet mot rusgift	Norsk psykiatrisk forening
Forbund for kommunal økonomiforvaltning og skatteinnfordring	Norsk forening for rus- og avhengighetsmedisin (NFRAM)
Forskningsstiftelsen FAFO	Norsk Psykologforening
Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon (FFO)	Norsk rådmannsforum
Foreningen for Human Narkotikapolitikk	Norsk sykehus og helsetjenesteforening (NSH)
Frelsesarmeen	Norsk sykepleierforbund
Helse- og sosialombudet i Oslo	Norsk Tannpleierforening
Helsetjenestens Lederforbund	Norsk Tjenestemannslag (NTL)
Hovedorganisasjonen Virke	Norsk Tourette Forening
Hvite Ørn – interesse og brukerorganisasjon for psykisk helse	Næringslivets Hovedorganisasjon (NHO)
Innvandrerne Landsorganisasjon, INLO	Opus Systemer AS
JURK	Organisasjonen Voksne for Barn
Juss-Buss	Parat
Jussformidlingen	Parat Helse
Jusshjelpa	Praksiseierforeningen
Kirkens bymisjon	Privatpraktiserende Fysioterapeuters Forbund
Kommunal landspensjonskasse	ProLAR – Nasjonalt forbund for folk i LAR
Kreftforeningen	Pårørendealliansen
KS – Kommunesektorens organisasjon	Ressurssenter for omstilling i kommunene (RO)
Landets pasient- og brukerombud	ROS (Rådgivning om spiseforstyrrelser)
Landets private sykehus	Rusmisbrukernes interesseorganisasjon (RIO)
Landsforeningen for forebygging av selvskading og selvmord	Rådet for psykisk helse
Landsforeningen for hjerte- og lungesyke	Samarbeidsforumet av funksjonshemmedes organisasjoner SAFO
Landsforeningen for pårørende innen psykisk helse	SINTEF Helse
Landsforeningen we shall overcome	SPEKTER
LAR Nett Norge	Spiseforstyrrelsesforeningen
Landsforeningen mot stoffmisbruk (LMS)	Spilleavhengige i Norge
Legeforeningen	Stiftelsen Fransiskushjelpen
Likestillingssenteret	Stiftelsen Kraft
Mental Helse Norge	Stiftelsen Pinsevennenes evangeliesentre
Mental Helse Ungdom	Stiftelsen iOmsorg
MIRA-senteret	Unio
NAPHA	Utdanningsforbundet
Nasjonalforeningen for folkehelsen	Yngre legers forening
Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse	Yrkesorganisasjonenes Sentralforbund (YS)
Nettverket for private helsevirksomheter	Følgende høringsinstanser har hatt kommentarer til høringen:
Norges Handikapforbund	Barne- ungdoms- og familiedirektoratet
Norges Juristforbund	Barneombudet
Norges kommunerevisorforbund	Helsedirektoratet
Norges Tannteknikerforbund	Nasjonalt kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse
Norsk Ergoterapeutforbund	Nasjonalt Kompetansetjeneste TSB
Norsk Forbund for Utviklingshemmede	Norges forskningsråd
Norsk forening for psykisk helsearbeid	Pasient- og brukerombudene i Norge
Norsk Fysioterapeutforbund	Statens helsetilsyn

Endringer i helselovgivningen
(overføring av det offentlige tannhelsetjenesteansvaret, lovfesting av kompetansekrav m.m.)

Statistisk Sentralbyrå	Norges Farmaceutiske Forening
Sysselmannen på Svalbard	Norges Ingeniør- og Teknologorganisasjon
Høgskolen i Hedmark	Norsk endodontiforening
Universitetet i Bergen	Norsk Ergoterapeutforbund
Universitetet i Oslo, Det medisinske fakultet, Institutt for helse og samfunn	Norsk Ernæringsfaglig forening NEFF
Universitetet i Oslo, Det odontologiske fakultet	Norsk Forbund for Utviklingshemmede
Universitetet i Tromsø, Det helsevitenskapelige fakultet, Institutt for klinisk odontologi	Norsk Forening for Ernæringsfysiologer
Universitetet i Tromsø, Nasjonalt senter for distriktsmedisin	Norsk forening for kjeve- og ansiktsradiologi NFKAR
Universitets- og høgskolerådet, Nasjonal fagstrategisk enhet for helse- og sosialfag (NFE-HS) og syv nasjonale profesjonsråd (NPR)	Norsk forening for odontofobi NOFOBI
Akershus universitetssykehus HF	Norsk forening for oral kirurgi og oral medisin – NFOKOM
Diakonhjemmets sykehus	Norsk Forening for Oral Protetikk NFOP
Helse Midt-Norge RHF	Norsk forening for pedodonti NFP
Helse Sør-Øst RHF	Norsk Fysioterapeutforbund
Helse Vest RHF	Norsk Kiropraktorforening
Lovisenberg Diakonale Sykehus	Norsk Kjeveortopedisk Forening NKF
Nordlandssykehuset HF	Norsk Pasientskadeerstatning
Oslo universitetssykehus HF	Norsk Periodontistforening NPF
Sykehuset i Telemark HF	Norsk Psykologforening
Sykehuset Innlandet HF	Norsk spesialistforening i pedodonti
Sykehuset i Vestfold HF	Norsk studentorganisasjon – NSO
Sykehuset Østfold HF	Norsk Sykepleierforbund
Vestre Viken HF	Norsk Tannpleierforening
Actis – Rusfeltets samarbeidsorgan	Norsk Tannpleierforening avdeling Østfold
Akademikerne	Norske Sykehusfarmasøytters Forening
Arbeidsgiverforeningen Spekter	Oppland tannlegeforening
Aust-Agder Tannlegeforening	Organisasjonen Voksne for Barn
Bergen Tannlegeforening	Orthodontis AS
Buskerud tannlegeforening	Oslo tannlegeforening
Delta	Pensjonistforbundet
Den norske jordmorforening	Praksiseierforeningen SPA
Den norske legeforening	Rogaland tannlegeforening
Den norske tannlegeforening	Romerike Tannlegeforening
Fagforbundet	Rådet for psykisk helse
Fagrådet – Rusfeltets hovedorganisasjon	Sogn og Fjordane tannlegeforening
Fellesorganisasjonen FO	Statens seniorråd
Finnmark tannlegeforening	Sunnmøre Tannlegeforening
Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon (FFO)	Sør-Trøndelag tannlegeforening
Haugaland tannlegeforening	Tannhelsesekretærenes Forbund
Hedmark Tannlegeforening	Tannhelsetjenestens kompetansesenter Øst
Hørselshemmedes landsforbund	Tannhelsetjenestens kompetansesenter Midt-Norge IKS
Kliniske ernæringsfysiologers forening	Tannhelsetjenestens kompetansesenter Sør IKS
Kreftforeningen	Telemark tannlegeforening
KS-Kommunesektorens organisasjon	Troms tannlegeforening
Landsorganisasjonen i Norge	Vernepleierforbundet i Delta
Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse	Vest-Agder Tannlegeforening
Norges Blindeforbund	Vestfold Tannlegeforening
	Østfold Tannlegeforening
	Akershus fylkeskommune
	Aust-Agder fylkeskommune
	Buskerud fylkeskommune
	Finnmark fylkeskommune

Endringer i helselovgivningen
(overføring av det offentlige tannhelsetjenesteansvaret, lovfesting av kompetansekrav m.m.)

Hedmark fylkeskommune
Hordaland fylkeskommune
Møre og Romsdal fylkeskommune
Nord-Trøndelag fylkeskommune
Nordland fylkeskommune
Oppland fylkeskommune
Rogaland fylkeskommune
Sogn og Fjordane fylkeskommune
Sør-Trøndelag fylkeskommune
Telemark fylkeskommune
Troms fylkeskommune
Vestfold fylkeskommune
Østfold fylkeskommune

Arendal kommune
Asker kommune
Bamble kommune
Bergen kommune
Bjerkreim kommune
Bodø kommune
Brønnøy kommune
Bærum kommune
Bø kommune
Drammen kommune
Drangedal kommune
Fitjar kommune
Flå kommune
Froland kommune
Gjerstad kommune
Gol kommune
Grimstad kommune
Hemsedal kommune
Hol kommune
Nes kommune
Ål kommune
Fredrikstad kommune
Frøya kommune
Fyresdal kommune
Gjesdal kommune
Gjøvik kommune
Hattfjelldal kommune
Hjartdal kommune
Hole kommune
Jevnaker kommune
Kongsberg kommune
Kragerø kommune
Kristiansand kommune
Kviteseid kommune
Larvik kommune
Lier kommune
Modum kommune

Narvik kommune
Nedre Eiker kommune
Nissedal kommune
Nome kommune
Notodden kommune
Oppdal kommune
Oppegård kommune
Oslo kommune
Porsgrunn kommune
Rindal kommune
Risør kommune
Rælingen kommune
Sandnes kommune
Sauda kommune
Sauherad kommune
Seljord kommune
Siljan kommune
Skedsmo kommune
Skien kommune
Sola kommune
Stavanger kommune
Stord kommune
Tinn kommune
Tokke kommune
Tolga kommune
Trondheim kommune
Tvedestrand kommune
Tønsberg kommune
Vegårshei kommune
Vennesla kommune
Vinje kommune
Øvre Eiker kommune
Ålesund kommune
Åmli kommune

Følgende høringsinstanser har uttalt at de ikke har merknader til høringsforslaget eller at de ikke ønsker å avgi høringsuttalelse:
Arbeids- og sosialdepartementet
Justis- og beredskapsdepartementet
Landbruks- og matdepartementet
Klima- og miljødepartementet
Samferdselsdepartementet
Utenriksdepartementet
Arbeids- og velferdsdirektoratet
Direktoratet for e-helse
Folkehelseinstituttet
Regionsenter for barn og unges psykiske helse
Statens legemiddelverk
Sørlandet sykehus HF

3 Lovfesting av kompetansekrav i den kommunale helse- og omsorgstjenesten

3.1 Innledning

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

3.2 Nærmere om forslaget i Primærhelsetjenestemeldingen og Stortingets behandling

3.2.1 Forslaget i Primærhelsetjenestemeldingen

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

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

En slik liste skal ikke være uttømmende når det gjelder hvilken kompetanse eller hvilke profesjoner den enkelte kommune må sørge for, men listen skal angi hvilken kjernekompetanse enhver kommune må ha knyttet til seg. Utover dette skal kommunen stå fritt til å velge hva slags personell den vil ansette eller inngå avtale med. Det vil være avgjørende at kommunen, utover kjernekompetansen, ansetter eller inngår avtale med de personellgrupper som er nødvendig for at kommunen kan oppfylle sitt

ansvar for å sørge for et forsvarlig og nødvendig tilbud av helse- og omsorgstjenester, slik de er forpliktet til etter loven. En opplisting av kjernekompetanse skal slik sett ikke endre på det tjenestetilbudet kommunen ellers har plikt til å tilby.

Behovet for økt kompetanse gjelder særlig personell med utdanning på høgscole- eller universitetsnivå. Disse kan i større grad utvikle kommunale tjenester mot økt fokus på kvalitet, pasientsikkerhet, brukermedvirkning og opplæring av pasienter og pårørende. Høgscole- eller universitetsutdannet personell vil gjøre kommunene attraktive som forskningsarena og gjøre dem bedre i stand til å implementere relevant forskning i tjenestetilbudet. Kompetansen er også nødvendig for å legge til rette for bedre og mer målrettet samhandling med spesialisthelsetjenesten, både for tilbud til enkeltpasienter eller pasientgrupper og for utvikling av det kommunale tjenestetilbudet. Økt kompetanse og flerfaglighet vil også gi bedre forutsetninger for å utvikle gode praksisordninger i kommunene.

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

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

For sykepleiere som har videreutdannet seg til jordmor eller helsesøster, vil denne

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

og pårørendeopplæring og som ressurs for annet helsepersonell.»

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

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

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

Det er med andre ord behov for sterkere virkemidler for å sikre at rekrutteringstempoet går opp, og at kommunale psykologtilbud blir tilgjengelige over hele landet. Målet er at de kommunale psykologene i større grad skal arbeide mer system- og samfunnsrettet i tillegg til helsefremmende og forebyggende. Gjennom målrettet satsing på lokalt folkehelsearbeid, helsefremmende og forebyggende tjenester reduserer kommuner behovet for spesialisthelsetjenester for sine innbyggere, samtidig som økt kompetanse gjør at lett tilgjengelig og faglig sterke tjenester kan gis uten ventetid i brukernes nærmiljø.

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

Dette tiltaket er også viktig for å møte Stortingets anmodningsvedtak nr. 506 (2013–2014) om å utrede en opptrapping for førstelinjen innen psykiske helsetjenester med fokus på kvalitet, forebygging og samhandling med spesialisthelsetjenesten og med en særlig prioritering av barn og unge. Gjennom å lovfeste plik-

ten til å ha psykologkompetanse, sikrer regjeringen en minstestandard for kommunenes kompetanse på psykisk helse- og rusfeltet, og gir kommunene et viktig redskap for å heve kvaliteten, styrke det forebyggende arbeidet og bedre samhandling med spesialisthelsetjenesten.

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

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

3.2.2 Stortingets behandling av forslagene i meldingen

Stortingets behandling av meldingsforslagene fremgår av Innst. 40 S (2015–2016). Når det gjelder forslaget om lovfesting av kompetansekrav i den kommunale helse- og omsorgstjenesten uttales det på side 16 blant annet:

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

2020. Den omfatter hele den kommunale helse- og omsorgstjenesten slik meldingen omtaler. Den inneholder langsiktige strategier og konkrete tiltak for kompetanseheving og fagutvikling.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre, viser videre til at regjeringen vil innføre kompetansekrav i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, fordi man mener at rett kompetanse i den kommunale helse- og omsorgstjenesten er så grunnleggende at det bør fremgå direkte ved lov. Loven bør liste opp de profesjoner som representerer den kjernekompetansen som det forventes at enhver kommune skal ha.»

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

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

Videre uttales det på innstillingens side 20 blant annet:

«Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet og Venstre, mener det er viktig med gode ordninger for måltider i skolen

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

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

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

«Komiteen vil påpeke at ergoterapeuter er en viktig og nødvendig profesjon i fremtidens helse- og omsorgstjenester. I stortingsmeldingen vektlegges viktigheten av at brukerne skal ha et godt liv og kunne bo hjemme lengst mulig. For å kunne realisere dette er det spesielt viktig å skreddersy tjenester som bidrar til at brukerne gjennom mestring av dagliglivets gjøremål blir i stand til å klare seg selv – til tross for sykdom og funksjonsnedsettelse. Forskning og prosjektevalueringer har vist at for eksempel hverdagsrehabilitering, gjerne kombinert med velferdsteknologi, folkehelse-tiltak og fokus på læring og mestring, gir resultat – både individuelt for brukere, og samfunnsøkonomisk. For eksempel har til nå ca. 100 kommuner i Norge valgt å satse på igangsetting av hverdagsrehabilitering etter modell fra Danmark parallelt med at velferdsteknologiske løsninger tas i bruk, og flere er på trappene. Komiteen understreker at det for mindre kommuner må være anledning til å skape en ordning med felles ergoterapikompetanse. Ergoterapeuter har god kunnskap om aktivitet og deltagelse, samt tilrettelegging. Disse arbeider for at alle skal kunne delta aktivt i samfunnet og vil

kunne fylle en viktig rolle i en helhetlig tiltakskjede.

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

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

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

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

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

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

«Et annet flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og

Venstre, støtter en lovfesting av psykolog som en del av kjernekompetansen i kommunen.

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

Videre uttales det følgende på side 33:

«Komiteen viser til at regjeringen foreslår å innføre krav om psykologkompetanse i kommunene, som et ledd i å sikre en nødvendig kompetanseheving innen kommunenes psykisk helse- og rustjeneste. Arbeidet med å inkludere psykisk helse som en likeverdig del av folkehelsearbeidet er nærmere omtalt i Meld. St. 19 (2014–2015) Folkehelsemeldingen – Mestring og muligheter.»

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

3.3 Gjeldende rett

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

Loven inneholder imidlertid flere bestemmelser eller forskriftshjemler som forutsetter eller stiller krav om ulike former for kompetanse eller personellgrupper. Som nevnt fremgår det av lovens krav om fastlegeordning (§ 3-2 første ledd nr. 4), legevakt (§ 3-2 første ledd nr. 3) og kommunelege (§ 5-5), at kommunen må sørge for legekompetanse.

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

3.4 Forslag i høringsnotatet

Under henvisning til forslagene i Primærhelsetjenestemeldingen, og Stortingets behandling av denne, foreslo departementet i høringsnotatet å lovfeste krav til kompetanse i helse- og omsorgstjenesteloven.

For det første foreslo departementet å lovfeste krav om at kommunen skal ha lege, sykepleier, fysioterapeut, helsesøster og jordmor knyttet til seg. Det fremgikk av høringsnotatet at departementet tok sikte på at slik lovendring skulle tre i kraft fra 1. januar 2018.

For det andre foreslo departementet å lovfeste krav om at kommunen også skal ha psykolog, ergoterapeut og tannlege knyttet til seg. Når det gjelder disse tre gruppene fremgikk det av høringsnotatet at departementet tok sikte på at lovendringen først skulle tre i kraft fra 1. januar 2020.

Departementet vurderte også å lovfeste krav om at kommunene må ha tilknyttet tannpleier, men kom etter en samlet vurdering til at et slikt lovkrav likevel ikke var nødvendig. Ved vurderingen ble det lagt vekt på at kommunene uansett vil være forpliktet til å bli arbeidsgiver for det antall tannpleiere som er ansatt i fylkeskommunen på overføringstidspunktet. Det ble vist til at det vil være opp til den enkelte kommune å vurdere

behovet for ytterligere tannpleierressurser utover de personellressursene som tilføres gjennom virksomhetsoverdragelsen.

3.5 Høringsinstansenes syn

3.5.1 Lovfesting av krav om lege, sykepleier, fysioterapeut, helsesøster, jordmor, psykolog og ergoterapeut

Forslaget om lovfesting av kompetansekrav (lege, sykepleier, fysioterapeut, helsesøster og jordmor fra 1. januar 2018, og i tillegg psykolog og ergoterapeut fra 1. januar 2020) får forholdsvis god støtte av høringsinstansene. Mange viser imidlertid til at kommunene uansett må sikre seg slik kompetanse og at det derfor strengt tatt kan synes unødvendig å lovregulere dette.

Noen argumenterer prinsipielt mot forslaget og viser til at dagens profesjonsnøytrale lov fungerer bra, og at forslaget er et uttrykk for unødvendig og uheldig statlig styring av kommunene i strid med kommunereformens ånd. Enkelte høringsinstanser etterlyser lovfesting av andre sentrale personellgrupper, herunder vernepleier, helsefagarbeider og sosionom.

Flere høringsinstanser viser til at det uansett lovregulering vil være vanskelig å rekruttere nødvendig kompetanse, og flere viser til at forslaget vil ha administrative og økonomiske konsekvenser utover det departementet har lagt til grunn.

Statens helsetilsyn støtter forslaget, men uttaler at:

«(...) kommunene trenger nødvendig fagkompetanse til tjenestene som skal ytes, og dessuten til å vurdere hva som trengs, eventuelt hva som mangler.»

Det pekes på at avdekket svikt i stor grad skyldes manglende og mangelfull kompetanse. Tilsynet støtter på denne bakgrunn departementets forslag, men mener likevel at det er en fare for at en slik opplisting kan oppfattes som uttømmende uten at kompetanseutfordringene i tjenestene nødvendigvis blir møtt.

Helsedirektoratet uttaler at de:

«(...) hadde ønsket en full evaluering av helse- og omsorgstjenesteloven som et utgangspunkt før innføring av lovfestede kompetansekrav. Under den gitte forutsetningen om at profesjonsnøytralitetsprinsippet i loven likevel brytes, støtter Helsedirektoratet de foreslåtte kompetansekravene.»

Direktoratet fremhever at tannpleiere har en viktig rolle, men mener likevel at det er unødvendig å lovfeste tannpleierkompetanse dersom det lovfestes krav om tannlege.

Videre påpekes at lovfesting kan være et av flere virkemidler for å sikre psykologtilbud i kommunene. Det vises imidlertid til at små kommuner kan ha vanskeligheter med å tiltrekke seg psykologkompetanse, og at det derfor er usikkert om lovfesting i seg selv er tilstrekkelig for å sikre at kommunene vil oppfylle lovkravet. Direktoratet uttaler også:

«Et spørsmål er i hvilken grad psykologutdanningen i Norge er innrettet med tanke på fremtidens kompetansebehov og utfordringsbilde, herunder kommunen som en relevant og viktig arbeidsplass for psykologer etter utdanningen. Det er variasjon i innholdet i studiet mellom de ulike universitetene.»

Nord-Trøndelag fylkeskommune og *Sør-Trøndelag fylkeskommune* støtter forslaget. *Nordland fylkeskommune* mener det er positivt, nødvendig og viktig med lovkrav om psykologer og ergoterapeuter og uttaler:

«Men det er ikke først og fremst flere psykologer som er løsningen på utfordringene med økning i psykiske problemer hos ungdom og andre. Det savnes at staten tar større grep både strategisk, strukturelt og økonomisk i forhold det brede systematiske folkehelsearbeidet og satser på helsefremmende arbeid på en helt annen og sterkere måte enn hittil for å minske risikoen for at slike problemer oppstår.»

Kommunene *Bærum*, *Trondheim*, *Øvre Eiker*, *Sandnes*, *Stavanger*, *Modum*, *Oppdal* og *Hole* støtter forslaget. Også *Stord kommune* støtter forslaget, men viser til at det kan bli utfordrende å skaffe rett kompetanse. *Saude kommune* understreker viktigheten av at staten bidrar med kompetansemidler til å styrke og videreutvikle tjenestetilbudet. Det uttales at det er vanskelig å rekruttere psykolog og at utdanningskapasiteten for psykologer må økes. *Skedsmo kommune* uttaler:

«Det er en fordel å kunne ha ulik kompetanse ansatt i kommunen, som gir større rom for styring av ressursbruk, enn gjennom avtaletilknytning. Kommunene bør i fremtiden ha en stor andel av aktuell kompetanse kommunalt ansatt, men behov bør kunne suppleres gjennom bruk av avtaler/driftsavtaler.»

Kommunene i Telemark (Bamble, Bø, Drangedal, Fyresdal, Hjartdal, Kragerø, Kviteseid, Nissedal, Nome, Notodden, Porsgrunn, Sauherad, Seljord, Siljan, Skien, Tinn, Tokke og Vinje) og Sykehuset Telemark HF støtter i en felles høringsuttalelse departementets vurdering av at rett kompetanse er så grunnleggende at visse kompetansekrav bør fremgå av lov. Det uttales imidlertid:

«Men allikevel bør det her differensieres mellom størrelsen på kommunene, slik at samarbeid om psykologkompetanse gjøres mulig mellom kommuner og/eller spesialisthelsetjenesten. Psykologtjenesten bør være et lavterskeltilbud knytt sammen med den øvrige helse- og omsorgstjenesten.»

Det presiseres at kommunen må ha frihet til å vurdere behov for stillingsstørrelse og eventuelt samarbeid med andre kommuner.

Kommunene i Vest-Telemark (Fyresdal, Kviteseid, Nissedal, Seljord, Tokke og Vinje) har i tillegg avgitt egen høringsuttalelse som i all hovedsak samsvarer med ovennevnte fellesuttalelse fra kommunene i Telemark og Sykehuset Telemark HF.

Gjesdal kommune støtter lovfesting av profesjoner, men ønsker at også sosialfaglig kompetanse lovfestes. Kommunen viser til at det vil styrke arbeidet med helhetlige og koordinerte tjenester. *Hattfjell kommune* fremhever betydning av at små kommuner kan samarbeide om felles psykolog- og tannhelsekompetanse. Det uttales at det vil være viktig med mulighet for å søke «(...) om øremerkede tilskudd og at dette siden vil komme inn i rammeoverføringene.» *Bjerkreim kommune* støtter forslaget, men uttaler at «[E]n forutsetning for å lykkes vil imidlertid være full økonomisk kompensasjon for etablering av nye faggrupper.»

Kommunene i Østre Agder (Arendal, Grimstad, Froland, Vegårshei, Åmli, Risør, Tvedestrand og Gjerstad) støtter lovfesting av de foreslåtte profesjonene, men når det gjelder psykolog påpekes det at dagens tilskuddsordning til kommunene bare dekker en liten andel av kostnadene ved å innføre et lovkrav om psykolog. Tilsvarende påpekes det at lovkravet om ergoterapeuter vil ha økonomiske konsekvenser som ikke er dekket. Det presiseres imidlertid at lovfesting av ergoterapeuter er nødvendig.

Ålesund kommune understreker at lovfesting ikke må tolkes som «(...) verdsetting av ulike utdanninger eller profesjoner slik at det får konsekvenser for oppgavefordeling, lønnsdannelse og arbeidsmiljø.» Videre påpekes at det er vanskelig

for kommunene, særlig de små, å rekruttere ansatte med riktig kompetanse. Det vises til at enkelte av profesjonene har lav utdanningskapasitet og at de som utdannes primært ikke ønsker å jobbe i kommunehelsetjenesten. Kommunen viser også til at det er mangel på jordmødre og for få psykologer, og at det derfor vil bli svært vanskelig å oppfylle dette kravet uten kommunesammenslåing.

Bergen kommune støtter forslaget, men uttaler:

«Bergen kommune vil bemerke at for å gi et kvalitativt godt tilbud til befolkningen, er det behov for langt flere typer helse- og sosialfaglig personell enn det som foreslås lovfestet. Lovfesting av noen typer personell, men ikke andre, kan som uheldig bivirkning gi et inntrykk av at ikke lovfestet kompetanse er mindre viktig i tjenestene. Det kan gi uheldige signaler til for eksempel helsefagarbeidere/hjelpepleiere/omsorgsarbeidere, helsesekretærer, tannpleiere, vernepleiere, sosionomer og barnevernspedagoger, som også har helt nødvendig kompetanse for å yte befolkningen nødvendige og gode tjenester.»

Oslo kommune viser til at kommunen allerede i dag har knyttet til seg og ansatt de profesjoner som foreslås lovfestet, og at de slik sett ikke berøres av lovforslaget.

Helse Vest RHF støtter lovfesting av de foreslåtte grupper, men mener kliniske ernæringsfysiologer burde vært tatt med på listen. Det regionale helseforetaket mener at denne yrkesgruppen er viktige bidragsyttere i tverrfaglig team innen pasient og pårørendeopplæring og som ressurs for annet helsepersonell. I forlengelsen av dette uttales det:

«Ernæring er vorte nytt innsatsområde i det nasjonale Pasienttryggleiksprogrammet og det kjem til å komme tydelege og tøffe krav til spesialist- og primærhelsetenesta i forhold til å følge opp pasientane sin ernæringsstatus, gje ernæringsbehandling mv.»

Helse Midt-Norge RHF viser til at en lovfesting av profesjoner ikke ivaretar Primærhelsetjenestemeldingens intensjon om etablering av primærhelseteam og oppfølgingsteam. Det vises til at innføring av profesjonskrav i kommunehelsetjenesten, og ikke tilsvarende krav i spesialisthelsetjenesten, vil svekke likeverd mellom de to nivåene. Det regionale helseforetaket tror imidlertid at «(...) å lovregulere profesjoner som kommunene skal ha til-

gang til, kan stimulere kommunene til å samarbeide om nødvendig kompetanse.»

Oslo universitetssykehus HF er enig med departementet i at lovfesting kan bidra til at kommunene ansetter kompetent personell og på den måten sikrer kvalitet og pasientsikkerhet. I forlengelsen av dette uttales det:

«De øvrige gevinstene knyttet til lovfesting av kompetansekravet er det vanskeligere å se. Styrking av brukermedvirkning, pasient- og pårørendeopplæring, forskning i kommunehelsetjenesten og samhandling med spesialisthelsetjenesten ivaretas etter OUS' syn bedre gjennom andre virkemidler, herunder felles fagutvikling, justering og etterlevelse av samarbeidsavtaler, samarbeid med universitet og høyskoler samt hensiktsmessige finansieringsordninger.»

Helseforetaket støtter forslaget om lovfesting av utvalgte profesjoner, men påpeker at det for enkelte kommuner kan vise seg å bli vanskelig å skaffe jordmor og psykolog innen 2020.

Akershus universitetssykehus HF støtter forslaget og uttaler at lovfesting «(...) er en viktig forutsetning for å kunne ivareta lovpålagte oppgaver og gi et mer helhetlig og sammenhengende tilbud til befolkningen.»

Universitetet i Tromsø – Nasjonalt senter for distriktsmedisin uttaler:

«Det er positivt at krav om nødvendig og kompetent arbeidskraft lovfestes, men så lenge det ikke følges av andre tiltak, vil det trolig ha liten praktisk betydning mht. å sikre at befolkningen får de lovpålagte kommunale tjenestene de har krav på.

(...)

Psykologer ansatt i kommunen vil bidra til å sikre en større akademisk kompetanse i kommunene og bidra til en bredere rekrutteringsbase for kompetente ledere i kommunal sektor.»

Universitetet i Bergen uttaler:

«Lovfesting av psykologer i kommunene fra 2020 og opptrappingsplanen for styrking av psykologkompetanse i kommunene vil være viktige tiltak for å gi befolkningen lett tilgjengelig psykisk helsehjelp i kommunene der de bor. Primærhelsemeldingen peker på at kommunene er, og har alltid vært, den viktigste tjenesteteyer og forebyggingsarena for befolkningen.

Etableringen av et psykologisk lavterskeltilbud i kommunene vil ikke bare bety mye for barn og unge, men også styrke denne delen av helsetjenestene i et livsløpsperspektiv. Opptrappingsplan for psykisk helse fra 1998 til 2008 bidro på en avgjørende måte til å bygge ut og styrke spesialisthelsetjenestene innen psykisk helsevern. Primærhelsemeldingen og oppfølging av denne peker på at det fortsatt er et stykke vei å gå for den delen av befolkningen som sliter med milde og moderate lidelser, både de med rusproblemer og eldre med psykiske lidelser. For mange av de foreslåtte vil det også være et stort behov for ressurser knyttet til gjennomføringen.»

Universitetet uttaler videre:

«Skal en lykkes med målsettingen for reformen vil det være viktig å se på en videreutvikling av profesjonsutdanning i psykologi og innarbeide tidlig samarbeid med andre helsefagutdanninger om utdanning og praksis i primærhelsetjenesten. I tillegg må en styrke relevant utviklings- og forskningsprosjekter knyttet til primærhelsetjenestens oppgaver og bygge opp en forskningsbasert yrkesutøvelse innenfor primærhelsetjenesten.»

Den norske legeforening støtter forslaget om lovfesting av kompetansekrav, men påpeker at dersom lovkravet skal etterleves må det være nok helsepersonell til å fylle stillingene. Dette krever økt satsing på rekruttering til de nevnte profesjonene. Når det gjelder lovfesting av psykolog uttaler legeforeningen:

«Det foreslås også en reell styrking av psykologkompetanse i kommunene. Dette er positivt. Legeforeningen savner imidlertid noe mer detaljert omtale av hvilke oppgaver og samhandlingsformer denne profesjonsgruppen er tiltenkt.»

Foreningen påpeker også at det «(...) bør presiseres bedre hva lovforslaget legger i «lege» da formuleringer rundt dette er uklare. Kommunene vil være avhengig av en rekke ulike legetjenester/medisinsk kompetanse (f.eks. fastlege, kommuneoverlege, smittevernslege, sykehjemslege). Det er likevel svært viktig at lovgivningen overordnet regulerer krav til både samfunnsmedisinsk og allmennmedisinsk kompetanse.»

Den norske jordmorforening støtter forslaget om å lovfeste krav om jordmødre. Med henvis-

ning til utvidelsen i jordmødrenes oppgaver de siste årene mener foreningen at «(...) tverrfaglig samarbeid, ledelse og kvalitetsarbeid bør også inngå som en del av jordmortjenesten.»

Norske sykehusfarmasøytters forening uttaler seg ikke konkret om de foreslåtte gruppene, men foreslår lovfestet krav om at kommunen skal knytte til seg farmasøytisk kompetanse. I den forbindelse vises det til fokuset på legemiddelfeil og hensynet til pasientsikkerhetsarbeid.

Norsk Forening for Ernæringsfysiologer støtter forslaget om lovfesting, men ønsker at fagpersoner med utdanning innenfor ernæring også bør lovfestes. Det vises til at forebyggende ernæringsarbeid vil være viktig for å nå målet om 25 % reduksjon av ikke-smittsomme sykdommer. Fagpersoner med ernæringskompetanse må inkluderes i jordmortjenesten, helsestasjoner, barnehager, skolesystemet, eldreomsorgen, frisklivssentra og fastlegeordningen.

Foreningen viser også til høringsnotatets påpeking av at fokuset i større grad må rettes mot sykdomsforebygging og ikke kun behandling, og uttaler at «(...) en slik omstilling krever et kunnskapsgrunnlag som per i dag ikke finnes i kommunene.»

Også *Norsk Ernæringsfaglig Forening* mener at fagpersoner med utdanning innenfor ernæring bør lovfestes.

Norsk Ergoterapeutforbund støtter forslaget om lovfesting, men vil at iverksettelse skal fremskyndes til 2018. Det vises til at det er mangel på ergoterapeuter i kommunene, samtidig som det påpekes at rekrutteringstakten er langsom. Forbundet mener derfor det er behov for rekrutteringstilskudd og foreslår tilskudd på 200 000 kroner per årsverk det første året ergoterapeuten er tilsatt.

Norges Ingeniør- og Teknologiorganisasjon (NITO) ber departementet vurdere om det på sikt skal innføres krav om at kommunene må ha bioingeniørfaglig kompetanse.

Norges Farmaceutiske Forening mener farmasøytisk kompetanse må lovfestes på lik linje med lege, sykepleier, fysioterapeut, helsesøster og jordmor. Det vises til at dette vil være nødvendig for god kvalitet og forsvarlighet i legemiddelbruken hos pasienter i sykehjem og hjemmetjenesten.

Norsk Sykepleierforbund støtter forslaget, men vil at prosessen skal fremskyndes. Det vises til at endringene er viktige for kvaliteten på tjenestene. Forbundet understreker viktigheten av en ordlyd som sikrer at det blir umulig å organisere seg bort fra kravet, og uttaler:

«Et godt eksempel er den rettigheten kvinner har til å velge jordmor i svangerskapsomsorgen. Halvparten av landets kommuner har i dag ingen jordmordekning overhodet, slik at mange kvinner ikke har et slikt reelt valg. Det må derfor sikres at det ikke blir mulig å overholde plikten gjennom interkommunalt samarbeid. Vi mener det må sikres en reell jordmordekning i den enkelte kommune, slik at potensialet i et bedre svangerskapstilbud faktisk blir realisert. Dette vet vi er mer kostnadseffektivt og bærekraftig enn at denne aktiviteten skjer i regi av fastleger og avtalespesialister, som trenger frigjort kapasitet til andre grupper.»

Norsk Kiropraktorforening mener at muskel- og skjelettplager ikke er viet den nødvendige oppmerksomheten i Primærhelsetjenestemeldingen, og kompetansebehovene knyttet til dette derfor heller ikke er diskutert. Det vises til at kiropraktorer har særskilt kompetanse og er nødvendig helsepersonell i førstelinjen og uttales:

«NKF mener tiden er moden for å se nærmere på aktuelle tilknytningsformer og finansieringsmodeller slik at også kiropraktorer kan inngå i og benyttes innenfor den kommunale helse- og omsorgstjenestens primærhelsetilbud. På den måten vil primærhelsetjenesten stå bedre rustet til å gi et godt tjenestetilbud til den store pasientgruppen med muskel- og skjelettlidelser.»

Norsk Fysioterapeutforbund er enige i forslaget om lovfesting av profesjoner, men uttaler at «[D]ersom kommunene skal knytte til seg helsepersonell er NFF skeptiske til hvordan dette sikrer kommunenes mulighet til strategisk og faglig ledelse av tjenestene.» Forbundet ønsker ikke at kommunene bare kan kjøpe tjenester gjennom tredjepart, men ønsker at personalet skal ha direkte tilknytning til kommunene. Forbundet uttaler:

«NFF er videre av den oppfatning at for å sikre koordinering, samhandling og styring må dette punktet endres slik at det fremgår hvilke personellgrupper som faktisk skal inngå i den kommunale helsetjenesten.»

Norsk Psykologforening støtter lovfesting av psykologer.

Kliniske ernæringsfysiologers forening tilsluttet Forskerforbundet (KEFF) støtter forslaget om lovfesting av profesjoner, men argumenterer for at de

samme hensynene som tilsier lovfesting av de foreslåtte profesjonene, også taler for å lovfeste kliniske ernæringsfysiologer. Foreningen uttaler at det bør etableres en opptrappingsplan for rekruttering av denne yrkesgruppen.

Pasient- og brukerombudene i Norge (17) er delt i synet på lovfesting av kompetansekrav. Ti av ombudene er positive til forslaget og mener at opplisting av profesjoner synliggjør kommunens plikter. I den forbindelse uttales det:

«Disse ombudene har erfaringer som tilsier at dagens profesjonsnøytrale lov ikke har sikret kommunale helsetjenester i et tilstrekkelig omfang med forsvarlig kvalitet og at det derfor er viktig med et tydelig statlig signal om hvilke kompetanser og profesjoner en kommune plikter å ha tilgjengelig for sine innbyggere.»

De øvrige pasientombudene mener at opplisting av profesjoner er unødvendig og til dels uheldig. De mener at lovforslaget ikke vil medføre endret praksis i kommunene ettersom kommunene allerede, i tråd med eksisterende lovverk, må ha disse profesjonene. Etter deres mening er ikke manglende kompetanse problemet, men derimot omfanget av personer med denne kompetansen. Disse ombudene frykter også at en slik oppramsing kan føre til at kommuner velger å ikke ansette andre nødvendige profesjonsgrupper.

Barneombudet støtter forslaget og understreker viktigheten av å presisere at en slik liste ikke skal være uttømmende for hvilken kompetanse kommunen må knytte til seg. Ombudet viser til at det er opptatt av å styrke helsestasjonene, og spesielt skolehelsetjenesten, da disse tjenestene ikke er tilstrekkelig bemannet eller tilgjengelig på mange skoler. Kravet om helsesøster og jordmor ønskes derfor velkomment. I forlengelsen av dette uttaler ombudet:

«Barneombudet er kjent med at mange barn etterlyser at for eksempel helsesøster kan mer om psykisk helse. Å lovfeste psykologer i kommunen vil kunne sikre barn lettere tilgang til kommunale psykiske helsetjenester og forhåpentligvis bidra til at kompetansen om og tilgangen til kompetanse om psykisk helse også øker i helsestasjons- og skolehelsetjenesten.»

Statens seniorråd støtter lovfesting av de foreslåtte profesjonene og uttaler:

«Lovfesting av fysioterapeut og ergoterapeut legger til rette for hverdagsrehabilitering i eget

hjem som har vært en viktig satsing i flere år, men også for gjennomføring av forebyggende hjemmebesøk.»

Rådet uttaler imidlertid at det ikke kan se noen god begrunnelse for ikke å lovfeste kravet om psykologer og ergoterapeuter allerede fra 2018.

Rådet for psykisk helse støtter forslaget om å lovfeste de foreslåtte profesjonene, men vil i tillegg at listen skal inkludere sosionomer og vernepleiere. I forlengelsen av dette uttales det:

«Dette er helt nødvendig for å få til den samtidighet i tjenestene som både barn og voksne med psykiske helseproblemer trenger.»

Rådet ønsker at begrepet helse- og sosialfaglig personell skal innarbeides i hele loven, «(...) slik at de lovfestede kompetansekravene også ivaretar behovet for sosialfaglig kompetanse i kommunene. Dette kan det ikke være opp til den enkelte kommune å avgjøre.»

Fagrådet – Rusfeltets hovedorganisasjon støtter lovfesting av kompetansekrav, men mener at krav om sosionomer og vernepleiere også bør lovfestes. Det vises til Prop. 15 (2015–2016) om opptrappingsplanen for rusfeltet hvor det sies at det er behov for sosialfaglig kompetanse og uttales at rusarbeid må ha en helse- og sosialfaglig tilnærming. Videre uttaler Fagrådet:

«I dagens kommunestruktur er det mange små kommuner. Mange av kommunene, for så vidt også større kommuner, har en presset økonomi og i en presset situasjon vil det være lovkrav som prioriteres først. Fagrådet er bekymret hvis vi får en utvikling der rusfeltets brukere ikke vil bli møtt med nødvendig helse- og sosialfaglig kompetanse i fremtiden.»

Nasjonalt kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse savner lovfesting av sosialfaglig kompetanse og uttaler blant annet:

«Vi ser ikke at argumentet om at kommunene i utgangspunktet må ha tilstrekkelig kompetanse for å løse pålagte oppgaver (uten eksplisitt lovpålegg), er vesensforskjellig mellom ergoterapi og sosialfag. Både ergoterapeuter og sosionomer er sentrale profesjonsgrupper og bør inkluderes.»

Norges forskningsråd støtter forslaget og uttaler at lovfesting av kompetansekrav «(...) vil bidra til at den kommunale helse- og omsorgstjenesten

bedre kan legge til rette for og medvirke til forskning, ref. kommunenes lovpålagte ansvar for å medvirke til og tilrettelegge for forskning.» Videre uttales det:

«Innføring av kompetansekrav vil også gjøre kommunene mer attraktive både som forskningsarena og som samarbeidspartnere i forskningsprosjekter og med det bidra til mer kunnskapsbaserte tjenester og økt kvalitet i tjenestene.»

Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse viser til at personlig egnethet må være det viktigste kriteriet ved lovfesting av kompetansekrav. I forlengelsen av dette uttales det:

«Det bør derfor åpnes for mulighet for å ansette fagfolk som har relevant fagkompetanse uten at dette er bundet til spesielle profesjoner, men som oppfyller klare kvalifikasjonskrav.»

Senteret uttaler at dersom det likevel lovfestes profesjoner, må sosialfaglig kompetanse inkluderes. Det vises til at dette er viktig for helhetlig forståelse av psykisk helse og at det også er nødvendig for å styrke sosiale faktorerens betydning i behandlingen og i utvikling av tjenestetilbud.

Universitets- og høyskolerådet, Nasjonalt profesjonsråd for psykologiutdanning uttaler seg kun om lovfesting av psykologkompetanse som det støtter, samtidig som behovet for videreutvikling av psykologutdanningen fremheves. *Nasjonalt profesjonsråd for utdanning og forskning innen farmasi* viser blant annet til Meld. St. 28 (2014–2015) *Lege-middelmeldingen*, og fremhever at kommunene i større grad vil ha behov for farmasøytisk kompetanse. *Nasjonalt profesjonsråd for utdanning og forskning innen fysioterapi* støtter lovfesting av utvalgte helsefaglige profesjoner, deriblant fysioterapeuter, men understreker viktigheten av at kommunene arbeider for å sikre tilstrekkelig sosialfaglig og pedagogisk kompetanse. I tillegg til de foreslåtte faggruppene mener de også logoped bør lovfestes. *Nasjonalt profesjonsråd for utdanning og forskning innen sosialt arbeid og velferd* er «(...) sterkt bekymra for at den sosialfaglige kompetansen i kommunal sektor nedprioriteres når ansettelse av en rekke helseprofesjoner lovfestes.» *Nasjonalt profesjonsråd for utdanning og forskning innen barnevern* mener at «[D]et sosialfaglige perspektivet kommer generelt svakt fram i den tverrfaglige sammensetningen i kommunene. Innenfor den tverrprofesjonelle tenkningen i kom-

munene bør det være tverrfaglig kompetanse hvor barnevernspedagoger, sosionomer og vernepleiere er representert.»

Norges Blindeforbund ønsker lovfestet at hver kommune skal ha minst en synskontakt med synsfaglig bakgrunn. *Hørselshemmedes landsforbund* ønsker lovfestet en plikt for kommunene til å ha en hørselskontakt med audiologisk kompetanse som har tilstrekkelige ressurser til å dekke behovet i sitt nedslagsfelt.

Kreftforeningen støtter forslaget om lovfesting av kjernekompetanse, men savner kjernekompetanse som blant annet kan dekkes av kreftkoordinator og klinisk ernæringsfysiolog for å gi en best mulig kreftomsorg.

Akademikerne støtter forslaget og uttaler at «(...) lovkrav kan bidra til bedre og likere fordeling av kjernekompetanse i helsetjenesten.» Det vises til at lovfesting av kompetansekrav er et viktig virkemiddel, men det avgjørende for etterlevelsen av lovkravet vil imidlertid være at det er nok helsepersonell til å fylle stillingene. Det påpekes derfor behov for forsterket satsing på rekruttering til disse profesjonene.

Pensjonistforbundet støtter forslaget, men ønsker også lovfesting av ernæringsfysiologer, sosionomer og personell med geriatrisk kompetanse. Forbundet uttaler:

«Pensjonistforbundet vil understreke behovet for å ha god breddekompetanse og tilstrekkelig bemanning i kommunene. Tilgangen til kjernekompetansen må være reell og dette sikres etter vårt syn bare gjennom nærhet til de kommunale tjenestene. Når lovteksten bruker begrepet «knyttet til seg» synes det noe løsere enn om det lovfestes at denne kompetansen skal finnes i den enkelte kommune.»

Akershus fylkeskommune tviler på om det vil være hensiktsmessig å lovfeste profesjoner og uttaler:

«Årsaken er delvis at enkelte fagområder kan være overlappende, og at kommunen derfor kan få tak i nødvendig og tilstrekkelig kompetanse ved å tilsette personer med en annen yrkestittel, og delvis fordi en slik liste ikke er uttømmende og fort kan bli uaktuell.

Et eksempel på denne problemstillingen er om man skal lovfeste om kommunen skal ha knyttet til seg en tannpleier eller ikke. En tannpleier kan ikke erstatte en tannlege, da tannpleieren ikke kan utføre all nødvendig behandling. Men en tannlege kan utføre forebyggende arbeid og undersøkelser som en tannpleier kan

gjøre. I en liten kommune kan det derfor være hensiktsmessig å knytte til seg bare én person, som nødvendigvis må være tannlege.»

Fylkeskommunen uttaler at dersom profesjonene likevel lovfestes, bør tannlege være med på listen, men ikke tannpleier.

Rælingen kommune støtter ikke forslaget og uttaler:

«Rælingen kommune vurderer at lovfesting av enkelte profesjoner og ikke andre griper inn i kommunens mulighet for å planlegge gode tverrfaglige tjenester rettet inn mot behov brukerne i kommunen faktisk har. Ved knappe kommunale ressurser vil lovfestede profesjoner måtte prioriteres framfor ikke-lovfestede profesjoner, noe som kan virke mot intensjonen i primærhelsemeldingen om kompetansebredde og økt tverrfaglighet.»

Fredrikstad kommune viser til at lovfesting av kompetansekrav kan være hemmende for fag- og tjenesteutvikling, samt innovasjon, og at en slik opplisting kan virke provoserende for personellgrupper som ikke nevnes. Kommunen uttaler imidlertid at dersom det likevel foreslås slik lovfesting, bør det vurderes om helsefagarbeidere bør synliggjøres ettersom dette er den dominerende autoriserte helsepersonellgruppen i helse- og omsorgstjenesten.

Røyken, Hurum og Asker kommune (felles høringsssvar) støtter ikke forslaget og uttaler:

«Å lovfeste visse profesjoner foran andre som også er helt nødvendige for kommunen skal kunne oppfylle sitt ansvar for et forsvarlig og nødvendig tilbud av helse- og omsorgstjenester, er ikke tjenlig i utvikling av helse- og omsorgstjenesten. For å få frem viktigheten av tverrfaglig arbeid på tvers av profesjoner og faggrupper ville det være mer tjenlig å side stille disse og heller tydeliggjør tjenestene og pasienten/brukerens plass i tjenestene. Dette i tråd med dreining mot medborgerskap for å klare å utføre fremtidige oppgaver som kommunen skal løse.»

Kommunene viser til at lovfestingen ikke vil medføre kvalitetsforskjell da høringsnotatet er «(...) for lite spesifikk på hvor denne tilgangen skal sikres (i hvilke situasjoner, vurderinger, aktiviteter) og i hvilket omfang kompetansen skal være tilknyttet.»

Videre uttales det at kommunenes erfaring er «(...) at bred og sammensatt kompetanse er avgjørende i utvikling av helse- og omsorgstjenesten, og en tydeliggjøring av kompetansekrav vil kunne få en utilsiktet effekt i forhold til ansettelser, som i praksis medfører at ulike faggrupper vil bli verdsatt forskjellig uavhengig av kompetansebehovet i kommunen. Dette bryter klart med tidligere føringer der man har søkt seg vekk fra profesjonsfokus til fokus på kvalitet på tjenesten. Når departementet i sitt forslag velger å lovfeste noen utvalgte faggrupper (alle helsefaglige) mens andre ikke lovfestes (bl.a. rus- og sosialfaglig) er det grunn til å forvente et sterkere B-preg på ikke-lovfestet utdanningsbakgrunn.»

Kommunene *Frøya, Fitjar og Vennesla* støtter heller ikke forslaget og i sine uttalelser viser de til at lovfesting blant annet vil innskrenke kommunens handlingsrom og fleksibilitet i dens vurdering av hvilke kompetansen som er nødvendig for å dekke brukernes behov til enhver tid, at det vil være en fare for at de lovfestede profesjonene blir prioritert fremfor andre nødvendige behov, at lovfesting vil virke mot intensjonen om økt tverrfaglighet og kompetansebredde som ligger i Primærhelsemeldingen, og at kommuner i distriktene kan ha vanskelig for å tiltrekke seg den lovpålagte kompetansen. Det påpekes også at lovfesting av kun helsefaglig kompetanse, og ikke sosialfaglig kompetanse, kan gjøre det vanskelig å oppfylle intensjonene om en helsetjeneste som i større grad skal organiseres rundt tverrfaglige team som skal ivareta komplekse helsetilstander og oppfølgingsbehov. Også *Kristiansand kommune* går mot forslaget med flere av de samme begrunnelser og uttaler blant annet at lovfesting utfordrer kommunens «selvråderett».

Heller ikke *Opppegård kommune* støtter forslaget og mener profesjonsnøytral lovregulering bør videreføres. Det vises til at det er behov for flere typer helse- og sosialfaglig personell enn de foreslåtte, og at lovfesting av enkelte, men ikke andre yrkesgrupper, kan gi uheldig signal til for eksempel helsefagarbeidere, hjelpepleiere, omsorgsarbeidere, helsesekretærer, tannpleiere, vernepleiere, sosionomer og barnevernspedagoger. Når det gjelder psykolog uttales det at det vil være:

«(...) viktig å presisere at kommunepsykologene skal arbeide forebyggende og ha veiledning både overfor annet personal i en kommune og bidra til å avdekke innbyggere som trenger videre hjelp – det vil si utvide kompetansen som kommunen allerede har. En fare

ved å ansette psykologer i kommunen er at BUP (barne- og ungdomsklinikkene) kan bli fristet til å overføre behandling ut til kommunene. Dette er spesialisthelsetjenestoppgaver og ansvaret skal derfor fremdeles være hos BUP.»

Kongsberg kommune støtter departementets vurdering av at rett kompetanse er så viktig at visse kompetansekrav bør fremgå av lov. Kommunen mener likevel at det er uheldig at noen yrkesgrupper lovfestes fremfor andre viktige yrkesgrupper. Det vises til at det må være opptil kommunen å vurdere behovene for kompetanse og det uttales at «(...) statlig detaljstyring sikrer ikke gode løsninger på alle kommunens kompetansebehov.» Videre fryktes at det raskt vil komme ytterligere krav til lovfesting av andre kompetansegrupper. En rekke kommuner har avgitt likelydende høringsuttalelse som *Kongsberg kommune*. Dette gjelder kommunene *Lier, Drammen, Nedre Eiker, Larvik, Jevnaker* og *Notodden*, samt *kommunene i Region Hallingdal (Hol, Ål, Hemsedal, Gol, Nes og Flå)*.

KS-Kommunesektorens organisasjon støtter ikke forslaget og ønsker videreføring av en profesjonsnøytral lov. KS fremhever at kommunene selv må få avgjøre hvilke kompetanse de trenger og at en opprømsing av profesjoner vil føre til stadig nye diskusjoner om flere profesjoner bør lovfestes. KS påpeker at det må legges større vekt på utdanning og videreutdanning av nødvendig personell for å møte fremtidens kommunale oppgaver og utfordringer, og at det bør utvikles tiltak for rekruttering av allmennleger/fastleger og opprettelse av rekrutteringsstillinger på fastlønn. KS understreker viktigheten av at kommunepsykologene skal brukes mest til samfunnsrettede oppgaver, og ikke klinisk arbeid.

Landsorganisasjonen i Norge (LO) viser til at tverrfaglige og faglig forsvarlige tjenester krever bredt sammensatt personell. Det er derfor bedre med profesjonsnøytral lovgivning som overlater til kommunene å vurdere behov for kompetanse og personell. LO hevder at lovfesting vil virke mot sin hensikt ved at enkelte profesjoner ekskluderes fra listen og at dette på sikt kan medføre at de lovfestede profesjonene blir prioritert fremfor andre viktige yrkesgrupper. LO uttaler imidlertid at dersom det vedtas å lovfeste enkelte profesjoner, må sosialfaglig kompetanse også lovfestes, herunder helsefagarbeidere, sosionomer og vernepleiere.

Arbeidsgiverforeningen Spekter støtter ikke forslaget og uttaler:

«(...) den store oppmerksomheten på tiltak for å styrke spisskompetansen i kommunene skyver tiltak for å utvikle kompetanse i bredden av tjenesten til side. Det er helsefagarbeidere som er den bærende kompetanse i omsorgstjenesten og det å sikre rekruttering- og utvikling av denne kompetansen, må etter vårt syn ikke settes til side.»

Spekter er uenig med departementet i at det er en sammenheng mellom tilgang på profesjoner og kvalitet på tjenestene. Det vises til at ulikheter mellom kommunene og lovfesting fratarr kommunens ledelse mulighet til å finne de best egnede menneskene til å løse oppgavene. Deretter uttales det at forslaget bryter «(...) med prinsippet om å utforme kommunens plikter mer overordnet og profesjonsnøytralt».

Delta støtter heller ikke forslaget og viser til at lovfesting kan vanskeliggjøre hensiktsmessig bruk av kompetansen i kommunene. Det påpekes at profesjonsnøytralitet gjør fler- og tverrfaglig arbeid lettere. Det uttales imidlertid:

«En lov som innebærer profesjonskrav må løpende vurderes slik at den kan ta høyde for at utviklingen av fag og kompetansebehov kan endres.»

Delta redegjør deretter for viktigheten av en rekke andre yrkesgrupper/profesjoner som ikke er foreslått lovfestet, herunder tannpleiere, helsesekretærer, aktivtører, ernærings-/institusjonskokker, vernepleiere og audiografer. I forlengelsen av dette uttales det:

«Delta ønsker ikke primært en lovfesting av alle disse yrkesgruppene, men mener det er viktig at deres kompetanse trekkes fram for å synliggjøre helheten og for å understreke at resultatet av å trekke fram noen spesielt, er at andre viktige yrkesgruppers rolle og kompetanse blir mer utydelig.»

Vernepleierforbundet i Delta stiller seg bak Deltas høringsssvar. Forbundet ønsker primært profesjonsnøytral lovgivning, men uttaler at dersom det likevel vedtas lovfesting av profesjoner, må listen utvides til å også omfatte vernepleiere og andre profesjoner. I den forbindelse uttales det:

«Vi mener at vernepleiere bidrar til å skape profesjonelle og reflekterte flerfaglige miljøer innen kommunehelsetjenesten. Ved å lovfeste vernepleierkompetansen vil man også dekke

opp den sosialfaglige dimensjonen innen kommunehelsetjenesten.»

Fellesorganisasjonen og Norsk Forbund for Utviklingshemmede støtter ikke forslaget og uttaler at de er bekymret for økende bruk av et snevrere helsebegrep enn det som er intensjonen og definisjonen av kommunale helse- og omsorgstjenester. Det hevdes at bruken av begrepet helsetjenester medfører at det sosialfaglige perspektivet i tjenestene forsvinner og uttales at lovfesting vil virke mot sin hensikt fordi noen grupper faller utenfor. Det uttales at dette på sikt vil medføre at de lovfestede profesjonene blir prioritert ved nyansettelser, og at lovfesting er med på å rangere ulike profesjoner, og at sosialfaglige profesjoner settes opp mot sosialfaglige profesjonene på en uheldig måte. Det påpekes at dersom departementet fastholder forslaget om lovfesting, må også krav om sosialfaglige profesjoner lovfestes, og da spesielt sosionomer og vernepleiere.

Fagforbundet støtter ikke forslaget og viser til at profesjonsnøytral lovgivning gir kommunene mulighet til å sette sammen arbeidsstokk utfra kommunen, pasienten og brukerens behov. Det hevdes at lovfesting vil bidra til å rangere ulike yrkesgrupper, og at det vil være en risiko for at kommunene prioriterer lovhjemlede yrkesgrupper. Forbundet mener høringsnotatet underkommuniserer betydningen av sosialfaglig og sosialpedagogisk kompetanse og uttaler:

«Det er bekymringsfullt hvis helsebegrepet snevres inn sammenlignet med det som er intensjonen med og definisjonen av kommunale helse- og omsorgstjenester.»

Forbundet uttaler imidlertid at dersom noen profesjoner skulle bli lovfestet, så må også helsefagarbeidere, vernepleiere, sosionomer og tannpleiere inkluderes i en slik opplisting.

3.5.2 Lovfesting av krav om tannlege, men ikke tannpleier

Av totalt om lag 130 høringsinstanser som har uttalt seg om overføringen av ansvaret for tannhelsetjenester til kommunene, har 18 høringsinstanser kommentert forslaget vedrørende lovfesting av krav til tannlege, men ikke tannpleier.

Det odontologiske fakultet ved Universitetet i Oslo og Den norske tannlegeforening (NTF) mener at ingen annen yrkesgruppe enn tannleger har tilstrekkelig kompetanse til å løse alle de lovpålagte oppgavene. NTF mener at departementets beskri-

velse av tannpleieres funksjoner og oppgaver i høringsnotatet er for enkel. Foreningen viser til at forskjellen i utdanningskostnader speiler nettopp ulikhet i utdanning, kunnskap og kompetanse mellom tannleger og tannpleiere. *Norsk Periodontistforening* mener at en tannpleier aldri kan erstatte en tannlege som førstelinjetjeneste og at det kun er tannleger som innehar stor nok dybde og bredde i sin faglige utdanning til å være skikket til å delta i et kommunalt lederteam innen den kommunale helsetjenesten.

Bergen kommune uttaler at dersom ansvaret for tannhelsetjenester overføres til kommunene, vil dette nødvendigvis gjøre tannlege til en del av den kjernekompetanse enhver kommune må ha knyttet til seg. Også *Nord-Trøndelag fylkeskommune*, *Sør-Trøndelag fylkeskommune* samt *Institutt for klinisk odontologi ved det helsevitenskapelige fakultet ved Universitetet i Tromsø – Norges arktiske universitet*, er positive til å lovfeste krav om at kommunen må ha tilknyttet tannlege.

Helsedirektoratet påpeker at tannpleiere, i likhet med tannleger, har en viktig rolle og vil kunne bidra positivt i helsefremmende og forebyggende arbeid i kommunen. Direktoratet støtter likevel konklusjonen i høringsnotatet om at det ikke er nødvendig å lovfeste tannpleier som en del av kommunens kjernekompetanse dersom tannlege lovfestes. *Troms fylkeskommune* er i tvil om det er hensiktsmessig å liste opp i loven hvilke profesjoner kommuner skal ha knyttet til seg, men finner at det uansett ikke er nødvendig å liste opp tannpleier.

Kristiansand kommune uttaler:

«Primært er Kristiansand kommune av den oppfatning at kompetansekrav ikke bør pålegges utover det som allerede følger av lov eller som tillegges på grunn av nye oppgaver, eksempelvis i forbindelse med overføring av tannhelsehelsetjenesten. Tannpleiere som utfører en stor del av det forebyggende tannhelsearbeidet rettet mot barn og unge foreslås ikke lovfestet i forbindelse med oppgaveoverføringen til kommunene. Det stilles kun kompetansekrav til tannlege i forbindelse med omleggingen. Dette må ikke føre til at kommunens kjerneoppdrag når det gjelder forebyggende helseinnsats svekkes i tannhelsearbeidet.»

Arbeidstakerorganisasjonen *Delta*, hvor blant annet *Norsk Tannpleierforening* er tilsluttet, uttaler følgende:

«(...) Vi opplever at departementet argumenterer sterkt for en lovfesting av tannpleiere men likevel ender med motsatt konklusjon. Delta vil sterkt understreke behovet for å tydeliggjøre denne faggruppen i lovverket fordi de har en spesialkompetanse knyttet til helsefremmende og forebyggende tannhelsearbeid.

Ikke minst ved en oppsplitting av tjenestene i små kommuner, vil det langsiktig forebyggende arbeidet settes under press. Det kan medføre dårligere tannhelse hos utsatte grupper som trenger ekstra tilsyn og tannpleie. (...)

Det er viktig at mennesker med alvorlig sykdom får tilbud om koordinert helsehjelp der munn- og tannhelse inngår som en del av denne hjelpen. Den offentlige tannhelsetjenesten og tannpleieren har lang tradisjon med utadrettet og tverrfaglig samarbeid for å fremme helse og forebygge tannsykdommer. Tannpleieren blir spesialutdannet til å arbeide i førstelinjefunksjon, diagnostisere tannsykdommer, utøve klinisk tannpleie, veilede individuelt og i grupper samt henvise til tannlege ved behandlingsbehov. Tannpleieren i folkehelsearbeidet kan dermed bidra til en samfunnsutvikling som fremmer helse og utjevner sosiale forskjeller. (...)

(...) Pasientens behov for koordinerte tjenester ved kronisk og alvorlig sykdom må ivaretas med god oppfølging over tid. Tannpleieren som deltar i ulike helsefaglige og samhandlingsteam legger til rette for at pasienten får ivaretatt sin munnhelse, og sørger for at nødvendig tannbehandling og tannhelsehjelp blir gitt. For å oppnå gode pasientforløp, må pleiepersonell ta ansvar og få regelmessig opplæring i munnstellprosedyrer. Tannhelsetjenesten i Buskerud fylke har de siste 15 årene gjennomført en systematisk kartlegging av munnhelsen av beboere på sykehjem. 40 % av sykehjemsbeboere hadde en «ikke bra» munnhelsestatus i 1998. I 2015 hadde 24 % av sykehjemsbeboere «ikke bra» munnhelsestatus. Dataene viser viktigheten av systematisk samarbeid mellom kommunene og tannhelsetjenesten gjennom opplæring av pleiepersonell ved tannpleiere. (Undersøkelse Buskerud, 2015).

I dag er det først og fremst tannpleiere og helsesøstre som har det helsefremmende perspektivet klart integrert i sin grunnutdanning og videreutdanning. (...). Et sentralt hensyn når det gjelder lovfesting av tannpleieren som en del av kjernekompetansen er hensynet til samfunnsøkonomi og laveste effektive kompe-

tansenivå hvor tannpleiernes ressurser og kompetanse benyttes best mulig.

Når departementet (...) sier at de allikevel etter en samlet vurdering ikke har funnet det nødvendig å lovfeste tannpleieren er dette både underlig og beklagelig.»

Høgskolen i Hedmark uttaler:

«Tannpleier er en av de få yrkesgruppene i helsetjenesten som i dag har mulighet til å følge pasientene jevnlig i et livsløpsperspektiv, fra tidlig barndom til godt voksen. I et folkehelseperspektiv er tannpleiere en viktig samarbeidspartner for de øvrige helsetjenestene i kommunen, og krav om tannpleiere i kommunen bør derfor lovfestes.»

Norsk Tannpleierforening uttaler:

«Det kan få svært uheldige konsekvenser for innbyggernes tannhelse hvis tannpleierfunksjonen ikke lovfestes: En nedbygging og nedprioritering av det helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeidet kan gi seg utslag i dårligere tannhelse hos utsatte gruppene som trenger ekstra tilsyn og tannpleie.»

Videre påpekes det:

«Et sentralt hensyn når det gjelder lovfesting av tannpleieren som en del av kjernekompetansen er hensynet til samfunnsøkonomi og laveste effektive kompetansenivå hvor tannpleiernes ressurser og kompetanse benyttes best mulig.»

Andre høringsinstanser som mener krav til tannpleierkompetanse bør lovfestes på linje med tannleger, er *Buskerud fylkeskommune*, *Finnmark fylkeskommune*, *Hordaland fylkeskommune*, *Møre og Romsdal fylkeskommune* og *Pensjonistforbundet*.

3.6 Departementets vurderinger og forslag

3.6.1 Innledning – om lovfesting av kompetansekrav

Under henvisning til redegjørelsen for høringsinstansenes syn, legger departementet til grunn at forslaget om lovfesting av kompetansekrav har fått forholdsvis god støtte av høringsinstansene.

Departementet viser imidlertid også til at mange høringsinstanser har gått mot forslaget,

men dette begrunnes for en stor del med at kommunene uansett må sikre seg nødvendig kompetanse og at det derfor kan synes unødvendig å lovregulere dette. Flere høringsinstanser som ikke støtter forslaget argumenterer også prinsipielt med at dagens profesjonsnøytrale lov fungerer bra, og at forslaget er et uttrykk for unødvendig og uheldig statlig styring av kommunene.

Etter departementets vurdering er rett kompetanse i den kommunale helse- og omsorgstjenesten så grunnleggende for å kunne yte nødvendige og forsvarlige tjenester, at visse kompetansekrav bør fremgå direkte i lov. Dette gjelder selv om kommunene uansett alltid må vurdere hvilken kompetanse de konkret behøver å ha knyttet til seg for å kunne tilby nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester. I tråd med forslag i Primærhelsetjenestemeldingen og Stortingets behandling av meldingen, fastholder derfor departementet forslaget om at det i helse- og omsorgstjenesteloven inntas en liste over hvilken kjernekompetanse enhver kommune må ha knyttet til seg.

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

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

svarlige helse- og omsorgstjenester til pasienter og brukere i kommunen.

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

Som det fremgår av ovenstående foreslo departementet i høringsnotatet å lovfeste *lege, sykepleier, fysioterapeut, jordmor og helsesøster* som del av den kjernekompetanse enhver kommune må ha knyttet til seg for å kunne yte nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester. Departementet viser til punkt 3.2.1 hvor det er redegjort nærmere for forslaget og dets begrunnelse. Departementet viser videre til punkt 3.2.2 hvor det fremgår at Stortingets flertall sluttet seg til dette forslaget. Som det fremgår av punkt 3.5 har ingen høringsinstanser som støtter lovfesting av kompetansekrav uttalt seg mot lovfesting av disse fem gruppene.

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

Forutsatt at Stortinget slutter seg til lovendringsforslaget tas det sikte på at lovendringen kan settes i kraft fra 1. januar 2018.

3.6.3 Lovfesting av krav om psykolog

Som det fremgår av ovenstående foreslo departementet i høringsnotatet å lovfeste *psykolog* som del av den kjernekompetanse enhver kommune må ha knyttet til seg for å kunne yte nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester. Departementet viser til punkt 3.2.1 hvor det er redegjort nærmere for forslaget og dets begrunnelse. Det vises videre til punkt 3.2.2 hvor det fremgår at Stortingets flertall sluttet seg til dette forslaget. Som det fremgår av punkt 3.5 har ingen høringsinstanser som støtter lovfesting av kompetansekrav uttalt seg mot lovfesting av psykolog.

Under henvisning til ovenstående fastholder derfor departementet forslaget fra høringsnotatet om å endre helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 slik at *psykolog* lovfestes som del av den kjernekompetanse enhver kommune må ha knyttet til seg for å kunne yte nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester i henhold til loven.

Som det fremgår av punkt 3.2.1 ble det i meldingen lagt til grunn at psykologdekningen i kommunene foreløpig ikke er tilstrekkelig. I meldin-

gen tok derfor regjeringen sikte på at lovplikten om psykologkompetanse først skulle tre i kraft fra 2020. Regjeringen foreslo i meldingen at det i mellomtiden skal etableres et forutsigbart, øremerket tilskudd til kommuner som rekrutterer flere psykologer enn i dag, jf. proposisjonens punkt 11.1.2.

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

3.6.4 Lovfesting av krav om ergoterapeut

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

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

Som det fremgår av punkt 3.5 har ingen høringsinstanser som støtter lovfesting av kompetansekrav uttalt seg mot lovfesting av ergoterapeut. Departementet viser imidlertid til at enkelte instanser har påpekt rekrutteringsutfordringer når det gjelder ergoterapeuter. På den andre side har enkelte høringsinstanser argumentert for at et lovkrav om ergoterapeut bør settes i kraft allerede fra 2018, og ikke 2020 som departementet foreslo i høringsnotatet. Departementet vil også vise til at det i henhold til forslaget vil være et krav at den enkelte kommune har knyttet ergoterapeut til seg, og ikke et krav om at enhver kommune har ansatt ergoterapeut i heltidsstilling. Departementet vil anta at det for mange små kommuner vil være tilstrekkelig og hensiktsmessig å inngå avtale med ergoterapeut i deltidsstilling, eventuelt at flere kommuner inngår samarbeid for å sikre ivaretagelse av kravet for de aktuelle kommunene.

Under henvisning til ovenstående foreslår derfor departementet å endre helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 slik at *ergoterapeut* lovfestes som del av den kjernekompetanse enhver kommune

må ha knyttet til seg for å kunne yte nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester i henhold til loven.

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

3.6.5 Lovfesting av krav om tannlege, men ikke tannpleier

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

I Oppgavemeldingen foreslo regjeringen å overføre ansvaret for offentlige tannhelsetjenester fra fylkeskommunene til kommunene. Ved Stortingets behandling av meldingen, jf. Innst. 333 S (2014–2015), sluttet et flertall seg til at ansvaret for tannhelsetjenester bør overføres til kommunene. I tråd med dette har departementet i proposisjonens kapittel 10 foreslått nødvendige lovendringer for å overføre ansvaret for den fylkeskommunale tannhelsetjenesten til kommunene.

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

Det er ikke et krav etter tannhelsetjenesteloven at fylkeskommunen må ha ansatt tannlege eller tannpleier, eller at individforebyggende arbeid, undersøkelse, diagnostikk og behandling må utføres av tannlege. Det er likevel en forutsetning for at fylkeskommunen skal kunne ivareta sitt lovpålagte sørge for ansvar på en forsvarlig måte, at den har tilgang på nødvendig tannhelsefaglig kompetanse. Det er to yrkesgrupper som har kompetanse innen tannhelsefeltet på forebygging, diagnostikk og behandling: tannpleiere og tannleger. Tannpleierutdanningen er en treårig bachelorutdanning. Innholdet i utdanningen har hovedvekt på helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid, diagnostikk av de vanligste syk-

dommer/tilstander i tenner og munn og enklere behandlinger. Når det gjelder forebyggende arbeid og veiledning/informasjon, er dette spesielt rettet mot personer og grupper med særskilte behov, som for eksempel personer med kronisk sykdom eller funksjonshemming, grupper av barn, eldre i institusjon, personer som mottar hjemmesykepleie og rusavhengige. Tannlegenes særskilte kompetanse er generell bredde innenfor diagnostikk og de fleste former for behandling, mens tannlegespesialister med tre eller fem års videreutdanning har spesialisert kompetanse innen utredning, diagnostikk og behandling på avgrensede fagområder.

Som følge av overføringen av ansvaret for tannhelsetjenester til kommunene må kommunene uansett ha knyttet til seg tannleger, ettersom ansvaret også omfatter tannbehandling som tannpleiere ikke er utdannet til å utføre og behandling som krever spesialistkompetanse. Tannlegene er den eneste yrkesgruppen som er utdannet for å utføre behandlinger i form av irreversible inngrep. Med det menes reparering og erstatning av ødelagt tannvev med tannfyllinger, rotfylling av tenner, erstatning av tannvev med kroner og broer, trekking av tenner mv. Slik departementet vurderer det, vil tilgang på nødvendig tannlegekompetanse være avgjørende for at kommunene skal kunne ivareta sitt samlede ansvar for å sørge for nødvendige og forsvarlige tannhelsetjenester, inkludert odontologiske spesialisttjenester. Av høringsinstansene som har uttalt seg, er de fleste positive til lovfesting av kompetansekrav når det gjelder tannlege.

Over tid har det skjedd betydelige endringer i oppgavedelingen mellom tannpleiere og tannleger. Regelmessige tannhelseundersøkelser av barn og unge og av pasienter i sykehjem og pasienter som mottar hjemmesykepleie, blir i økende grad utført av tannpleiere. Oppgaveglidning medfører frigjøring av tannlegeressurser som fylkeskommunene kan bruke til oppgaver som kun tannleger er utdannet til å utføre. Hensynet til anvendelse av laveste effektive omsorgsnivå (LEON-prinsippet) tilsier at tannpleierkompetansen bør utnyttes så langt som mulig innenfor yrkesgruppens kompetansenivå. Slik bruk av tannpleier- og tannlegeressurser vil være mest kostnadseffektivt for kommunen og den beste samfunnsøkonomiske løsningen for staten som finansierer grunnutdanningen av tannhelsepersonell. På landsbasis utgjør antall årsverk tannpleiere om lag 40 prosent av antall årsverk tannleger i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten. Utdanningskapasiteten av tannpleiere utgjør om lag 70

prosent av utdanningskapasiteten av tannleger, slik at tilgangen på tannpleiere må regnes som god. Tannpleiere har på bakgrunn av sin kompetanse fått utvidede fullmakter fra det offentlige, blant annet når det gjelder bruk av røntgen, rekvisering av legemidler til bruk i klinisk virksomhet og praktisering med refusjon fra folketrygden for utgifter til visse undersøkelser og behandlinger (periodontitt).

Selv om tannpleiere i økende grad har fått en mer selvstendig rolle på tannhelsefeltet, veier det tungt at tannleger har en bredere fagkompetanse enn tannpleiere. For kommuner som fortsatt vil være relativt små etter kommunereformen er det avgjørende for å ivareta de lovpålagte oppgavene at de knytter til seg tannlege. Etter departementets vurdering bør kommunene selv kunne vurdere og ta ansvar for behovet for å ha den kompetansen som tannpleierne representerer, uten at det er påkrevd å lovfeste et krav om tilgang på tannpleier. Kommunene vil som regel ha egeninteresse i å knytte til seg tannpleier i tillegg til tannlege. Selv om krav til tannlege lovfestes, står kommunen fortsatt fritt til å benytte tannpleier i det forebyggende og helsefremmende tannhelsearbeidet og til regelmessige tannhelseundersøkelser og enklere behandlinger i samsvar med tannhelseutviklingen i befolkningen. Kommunen vil for eksempel ha frihet til å inngå avtale med private tannklinikker om kjøp av tannpleiertjenester eller avtale direkte med tannpleiere som driver egen privat praksis. Se nærmere om departementets forslag under punkt 10.11.1. Forslaget om lovfesting av krav til tannlegekompetanse innebærer imidlertid at kommunen ikke kan knytte til seg tannpleier, uten at den har knyttet til seg tannlege.

Departementet opprettholder på denne bakgrunn forslaget om å endre helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 slik at tannlege lovfestes som del av den kjernekompetanse enhver kommune må ha knyttet til seg. Forslaget er nytt i forhold til gjeldende rett. Departementet opprettholder forslaget i høringsnotatet om ikke å lovfeste krav til at kommunen må ha tilgang på tannpleier.

3.6.6 Lovfesting av krav om andre personellgrupper eller annen type kompetanse

Som det fremgår av punkt 3.5 har flere høringsinstanser gitt uttrykk for at flere personellgrupper bør lovfestes. Også enkelte høringsinstanser som prinsipielt ikke ønsker lovfesting av kompetansekrav, har subsidiært argumentert for at dersom kompetansekrav skal lovfestes, bør slik lovfesting

omfatte flere enn de foreslåtte gruppene. Blant de grupper som særlig nevnes er helsefagarbeider, vernepleier, sosionom, farmasøyt og klinisk ernæringsfysiolog.

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

Sosialfaglige hensyn som skal ivaretas er knyttet til sosial trygghet, likestilling og likeverd, forebygging og behandling av sosiale problemer, styrking av sosiale relasjoner, og at alle skal få mulighet til å leve og bo selvstendig og ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 1-1. Brukergrupper som særlig er avhengig av sosialfaglig kompetanse er blant annet mennesker med psykisk utviklingshemming og nedsatt funksjonsevne, med rusproblemer og psykiske lidelser, og familier som har barn med funksjonsnedsettelse. Det er behov for kompetanseheving om rus og psykisk helse i helse- og omsorgstjenesten og å integrere tjenestene til brukere med langvarige og sammensatte hjelpebehov med øvrige tjenester.

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

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

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

Vernepleierne hadde tidligere spesielt ansvar for mennesker med utviklingshemming, men

arbeider nå i hele omsorgsfeltet både i hjemmetjenester og institusjon. I arbeidet med omlegging av omsorgstjenestene med større vekt på rehabilitering og bruk av velferdsteknologi og tekniske hjelpemidler, har ergoterapeutene spesielle faglige forutsetninger.

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

Også helsefagarbeidere er sentrale for kommunens ytelse av helse- og omsorgstjenester. Helsefagarbeiderutdanningen har siden 2008 erstattet hjelpepleier- og omsorgsarbeiderutdanningen. Helsefagarbeidere, hjelpepleiere og omsorgsarbeidere er personellgruppen som i dag utgjør den største utdanningsgruppen, og den kommunale helse- og omsorgstjenesten kunne ikke vært drevet uten den erfaring og kompetanse disse faggruppene representerer.

Under henvisning til ovenstående, og innspill fra høringsinstansene, har departementet foretatt en fornyet vurdering av om også andre personellgrupper bør foreslås lovfestet som en del av den minimumskompetanse som det forventes at enhver kommune skal ha knyttet til seg. Departementet har imidlertid kommet til at vi ikke ser behov for å lovfeste ytterligere personellgrupper, og det vises i den forbindelse til de vurderinger som er gjengitt fra Primærhelsetjenestemeldingen under punkt 3.2.1.

Som nevnt vil en lovfastsatt liste over kjernekompetanse ikke være uttømmende for hva slags kompetanse eller hvilke fagprofesjoner den enkelte kommune må sørge for. Utover den kjernekompetanse som en lovfestet liste vil innebære, må kommunen selv vurdere hva slags personell det er nødvendig å ansette eller inngå avtale med for å kunne oppfylle sitt ansvar for å sørge for et forsvarlig og nødvendig tilbud av helse- og omsorgstjenester. En opplisting av kjernekompetanse skal slik sett ikke endre på det tjenestetilbudet kommunen ellers har plikt til å tilby.

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

4.1 Innledning

Spesialisthelsetjenesteloven § 6-3 pålegger helsepersonell i spesialisthelsetjenesten veiledningsplikt overfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten. En motsvarende veiledningsplikt for den kommunale helse- og omsorgstjenesten overfor spesialisthelsetjenesten er ikke lovfestet. Blant annet i NOU 2005: 3 *Fra stykkevis til helt – En sammenhengende helsetjeneste* (side 140) er det påpekt at også slik veiledningsplikt burde vært lovpålagt. I Primærhelsetjenestemeldingen uttalte regjeringen at den ville utrede en slik kommunal veiledningsplikt overfor spesialisthelsetjenesten.

4.2 Gjeldende rett

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

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

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

«Behovet for veiledning fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten øker. Helse-tjenesten blir stadig mer spesialisert og utviklingen går fort. Dette stiller i økende grad krav om faglig oppdatering til alle deler av helsetjenesten. Den medisinskteknologiske utvikling

medfører at helsehjelp i større grad kan ytes nær pasientens bosted, og det er en uttalt politikk at pasienter bør behandles på lavest mulig nivå. En forutsetning for at kommunehelsetjenesten skal kunne ta i bruk medisinsk utstyr og andre behandlingsmetoder i hjemmet eller nær pasientens bosted, er at de får den nødvendige veiledning. For pasientene vil det bety økt sikkerhet og trygghet. For samfunnet betyr det at man sparer ressurser ved at antall sykehusinnleggelses kan reduseres. Målsettingen med å innføre en veiledningsplikt er å bidra til å skape en helhetlig helsetjeneste, og å motvirke at grensesnittet mellom to samhandlende linjer blir en flaskehals, med ressursløsing og kvalitetsbrudd som konsekvens.

(...)

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

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

Det foregår allerede i dag en utstrakt veiledning fra spesialisthelsetjenesten i forhold til enkeltpasienter. Sykehus sender etter endt opphold epikrise til primærlegen som gir veiledning om hvordan pasienten skal følges opp i kommunen. Primærleger søker råd hos spesialister for eksempel i situasjoner hvor det er spørsmål om øyeblikkelig hjelp innleggelses i sykehus. Å innføre en veiledningsplikt i forhold til enkeltpasienter vil derfor i stor grad være en

lovfesting av en praksis som allerede foregår. Det vil imidlertid innebære en synliggjøring av denne oppgaven i spesialisthelsetjenesten, og foranlediger således at det legges til rette for at helsepersonell faktisk kan oppfylle denne lovpålagte plikten. Veiledningsplikten vil være begrenset til den informasjon som er nødvendig for at enkeltpasienter kan få et forsvarlig tilbud fra kommunen, og innebærer ikke at spesialisthelsetjenesten overtar ansvaret for pasientene i kommunen. Plikten medfører heller ikke et generelt unntak fra de taushetspliktreger som gjelder. I den grad utveksling av opplysninger er nødvendig for at den helsehjelp som ytes til enkeltpasienter er forsvarlig, vil imidlertid unntak fra taushetsplikten i forslaget til ny lov om helsepersonell § 25 kunne komme til anvendelse.

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

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

(...)

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

(...)

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

(...)

Råd og veiledning skal gis av helsepersonell, jf. definisjonen i forslaget til lov om helsepersonell § 3. For eksempel vil tilbudet til mennesker med psykiske lidelser være svært sammensatt, og mange yrkesgrupper og profesjoner tar del i det kliniske arbeidet innen psykiatrien. Veiledning omkring forhold som har innvirkning på fysisk og psykisk helse, vil kunne kreve andre typer kompetanse enn den helsepersonell med autorisasjon har. Definisjo-

nen av helsepersonell gitt i helsepersonelloven § 3 vil omfatte alt personell i helsetjenesten som yter helsehjelp. Også personell som ikke er autorisert helsepersonell, men som arbeider i den offentlige del av spesialisthelsetjenesten, vil således etter omstendighetene kunne omfattes av veiledningsplikten. Innenfor psykiatrien vil dette for eksempel kunne gjelde sosionomer, kliniske pedagoger, omsorgsarbeidere og barnevernspedagoger som deltar i det kliniske arbeidet. Ansatte i spesialisthelsetjenesten som ikke faller inn under definisjonen av helsepersonell, faller imidlertid utenfor loven. Bestemmelsen må også ses i sammenheng med den generelle veiledningsplikt for ansatte i offentlig virksomhet som følger av forvaltningsloven § 11.

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

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

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

Personell i den kommunale helse- og omsorgstjenesten veileder også spesialisthelsetjenesten i et visst omfang. Som nevnt har imidlertid ikke den kommunale helse- og omsorgstjenesten en lovpålagt veiledningsplikt.

4.3 Forslaget i høringsnotatet

Departementet foreslo i høringsnotatet å endre helse- og omsorgstjenesteloven slik at helsepersonell i den kommunale helse- og omsorgstjenesten får veiledningsplikt overfor helsepersonell i spesialisthelsetjenesten. Det ble foreslått at innholdet i

bestemmelsen om kommunal veiledningsplikt skulle gjenspeile tilsvarende veiledningsplikt som følger av spesialisthelsetjenesteloven § 6-3, og at plikten skulle fremgå av en ny bestemmelse som tas inn som § 5-11 i helse- og omsorgstjenesteloven.

Departementet vurderte i høringsnotatet også behovet for å innføre en plikt til kompetansedeling innad i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, men konkluderte med at pedagogiske virkemidler kan være et like godt alternativ til lovfesting av en slik pliktbestemmelse. Departementet understreket samtidig at kompetansedeling kan være et tiltak som kommunens ledelse kan ivareta uavhengig av lovregulering.

4.4 Høringsinstansenes syn

Høringsinstansene er i all hovedsak positive til forslaget om lovfesting av den kommunale helse- og omsorgstjenestens veiledningsplikt overfor spesialisthelsetjenesten. Forslaget støttes av blant andre *Akershus universitetssykehus HF, Delta, Fagforbundet, Fagrådet – Rusfeltets hovedorganisasjon, Helsedirektoratet, Helse Midt-Norge RHF, Helse Sør-Øst RHF og Sykehuset Østfold HF, KS-Kommunesektorens organisasjon, Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse, Nordland fylkeskommune, Norges Farmaceutiske Forening, Norsk Ergoterapeutforbund, Norsk Fysioterapeutforbund, Norsk Sykepleierforbund, Pasient- og brukerombudene i Norge, Sykehuset Telemark HF, Nord-Trøndelag fylkeskommune, Sør-Trøndelag fylkeskommune, Universitets- og høgskolerådet v/ Nasjonalt profesjonsråd for utdanning og forskning innen fysioterapi, Vestre Viken HF og Sykehuset i Vestfold HF.*

De fleste av kommunene som har uttalt seg om lovforslaget, er også positive. Dette omfatter blant andre *Bergen, Bjerkreim, Bærum, Bø, Drammen, Fitjar, Fredrikstad, Gjesdal, kommunene i Region Hallingdal, Hattfjelldal, Hole, Jevnaker, Kongsberg, Kristiansand, Larvik, Lier, Modum, Nedre Eiker, Notodden, Oppdal, Oppegård, Oslo, Porsgrunn, Røyken, Hurum og Asker* (fellesvar fra disse tre sistnevnte kommunene), *Sandnes, Skedsmo, Stavanger, Stord, kommunene i Telemark (fellesvar fra Sykehuset Telemark HF og de 18 kommunene i Telemark fylke: Bamble, Bø, Drangedal, Fyresdal, Hjartdal, Kragerø, Kviteseid, Nissedal, Nome, Notodden, Porsgrunn, Sauherad, Seljord, Siljan, Skien, Tinn, Tokke og Vinje), Stavanger, Trondheim, Vennesla, Vest-Telemark, Østre Agder (Arendal, Grimstad, Froland, Vegårshei,*

Åmli, Risør, Tvedestrand og Gjerstad), Øvre Eiker og Ålesund.

Kommunene i Vest-Telemark (Fyresdal, Kviteseid, Nissedal, Seljord, Tokke og Vinje) har, i tillegg til fellessvar sammen med Sykehuset Telemark HF og de andre kommunene i Telemark, jf. ovenfor, også avgitt en egen høringsuttalelse som i all hovedsak har likt innhold.

Særlig kommunene vektlegger at lovfesting av veiledningsplikten er med på å anerkjenne kompetanse i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, noe som kan bidra til større likeverdighet i samhandlingen med spesialisthelsetjenesten. Følgende uttalelse fra *kommunene i Østre Agder* er representativ for et flertall av de høringsinstansene som er positive til forslaget:

«Det er positivt at HOD løfter fram betydningen av kommunal allmennmedisinsk breddekompetanse, og sidestiller denne kompetansen med kompetansen i spesialisthelsetjenesten. Prinsippet om likestilling mellom nivåene med hensyn til kompetansedeling vil sikre balansen mellom tjenestene.»

Norsk Ergoterapeutforbund, Norsk Fysioterapeutforbund, Norsk Sykepleierforbund, Gjesdal kommune og Skedsmo kommune argumenterer for at gjensidig veiledningsplikt er et premiss for å kunne levere gode helsetjenester på tvers av tjenesteni-vår. Blant annet skriver *Gjesdal kommune* i sin uttalelse:

«At kommunalt helse- og omsorgspersonell skal bidra med kunnskap om den enkelte pasient slik at spesialisthelsetjenesten kan yte gode, individuelt tilrettelagte og helhetlige tjenester er viktig. Gjensidig veiledningsplikt vil være avgjørende for å få til helhetlige tjenester.»

Fitjar kommune uttaler seg i samme retning:

«Den kommunale helse- og omsorgstenesta har ein kompetanse omkring den einkilde pasient som kan omfatta samansette helseproblem/sjukdomar, pasienten sitt sosiale nettverk, dagleg omsorgsbehov m.m. som er heilt vesentleg kunnskap spesialisthelsetenesta treng for å kunna yta gode tenester og løysa oppgåver gitt i lov eller forskrift.»

Enkelte høringsinstanser fremhever at gjensidig veiledningsplikt er av særlig stor betydning for

pasienter med sammensatte behov. Blant annet uttaler *Norsk Sykepleierforbund*:

«NSF mener dette grepet er svært positivt. Det vil kunne bidra bedre til en mer hensiktsmessig kompetanseoverføring mellom forvaltningsnivåene og sikre bedre kvalitet og helhet i forløpene, spesielt til brukere med sammensatte behov.»

Selv om ingen høringsinstanser er eksplisitt imot forslaget om å lovfeste en veiledningsplikt, er det flere som mener at forslaget må ledsages av andre tiltak. *Kliniske ernæringsfysiologers forening tilsluttet Forskerforbundet* påpeker at den gjensidige veiledningsplikten på ernæringsområdet forutsetter at det ansettes flere ernæringsfysiologer i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. *Oslo universitetssykehus HF* skriver i sitt høringssvar at lovbestemmelsen må:

«(...) ledsages av bevisst satsing, for eksempel gjennom nærmere utdyping i forskrift, oppdragsdokumenter, metodeutvikling og økonomiske ordninger.»

Den norske legeforening gir uttrykk for liknende synspunkter og uttaler blant annet:

«En lovregulering i seg selv vil imidlertid ikke føre til mer eller bedre veiledning. Det er også uheldig at forslaget ikke omtaler kommunal tilrettelegging som en viktig faktor for å støtte opp under den veiledningen som helsepersonell skal gjennomføre etter den foreslåtte bestemmelsen. Legeforeningen presiserer at lovregulering må følges opp med konkrete virkemidler som fører til at veiledning gjennomføres i ønsket grad. Helsepersonell må i møtet med pasientene ha effektive verktøy som gjør veiledningsdialogen effektiv og målrettet.»

Norsk sykepleierforbund uttaler at det bør utarbeides veiledningsmateriell til lovbestemmelsen.

Enkelte høringsinstanser mener at personkretsen og virkeområde for lovbestemmelsen bør utvides. Dette gjelder *Fagrådet – Rusfeltets hovedorganisasjon*, *Fellesorganisasjonen* og *Norsk Forbund for Utviklingshemmede*. Fagrådet og Fellesorganisasjonen ønsker at veiledningsplikten skal gjelde for både helsefaglig og sosialfaglig helsepersonell i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Norsk Forbund for Utviklingshemmede på sin side mener at også omsorgspersonell i den

kommunale helse- og omsorgstjenesten må gjøres til pliktsubjekter. Forbundet uttaler blant annet:

«Det er ofte et problem at spesialisttjenestens personell ikke er vant med eller har kompetanse om mennesker med utviklingshemning og i det å kommunisere med dem. Vi mener også det er viktig at man ikke bare har fokus på helse. Vi mener derfor at den kommunale helse- og omsorgstjenestens veiledningsplikt må omfatte også dette.»

Fellesorganisasjonen ønsker i tillegg at veiledningsplikten skal utvides til å omfatte utveksling av opplysninger om sosialfaglige forhold. *Helsedirektoratet* har også gitt kommentar knyttet til samme tema og skriver blant annet:

«I høringsnotatet presiseres det at veiledningsplikten skal avgrenses til «helsemessige forhold». Helsedirektoratet er i utgangspunktet enig i dette, men minner om at dette ut i fra sunn fornuft i den enkelte situasjon ikke behøver å bety utelukkning av andre opplysninger som er nødvendig for å ivareta pasientens behov. Dette gjelder mellom begge nivåene.»

Noen høringsinstanser ønsker at lovbestemmelsen skal regulere samarbeidsformer mellom de to tjenestenivåene. Blant annet mener *Bjerkreim kommune* at det er behov for å tydeliggjøre hvor samarbeidet skal finne sted og at begge parter må ansvarliggjøres.

Andre høringsinstanser er av den oppfatning at den gjensidige veiledningsplikten bør avtales festes gjennom samarbeidsavtaler mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten. For eksempel skriver *kommunene i Østre Agder* i sitt høringssvar at veiledningsplikten bør:

«(...) avtales festes i juridiske forpliktende delavtaler med helseforetakene, slik at kommunene definerer dette som et oppdrag og legger til rette for at dette faktisk iverksettes. Det vil kreve ressurser og forberedelser med hensyn til felles opplæring gjennom kurs o.l., og begge parter må utvikle bestillerkompetanse for å unngå at dette kun blir «symbolforslag.»»

Også *Vennesla kommune* og *Kristiansand kommune* ønsker et slik avtales festet samarbeid mellom de to tjenestenivåene.

Enkelte høringsinstanser er opptatt av omfanget og/eller avgrensningen av den kommunale veiledningsplikten. *Kommunene Frøya og Gjesdal*

skriver i den forbindelse at veiledningsplikten ikke kan anta en form som krever økonomiske og administrative kostnader. *Rælingen kommune* presiserer at kommunen må ha rett til å velge formen for veiledningen, mens *Gjesdal kommune* peker på at veiledningsplikten ikke må føre til en praksis der kommunen må stille med fast helsepersonell når brukere med sammensatte og komplekse behov trenger bistand fra spesialisthelsetjenesten. *Helse Midt-Norge* ønsker at bestemmelsen mer utdypende skal regulere omfanget av veiledning og uttaler blant annet:

«Spesialisthelsetjenesten har som kjent hatt denne veiledningsplikten i mange år. Erfaringene viser at forståelsen av hva veiledning innebærer er uproblematisk når det gjelder veiledning angående enkeltpasienter. Spesialisthelsetjenesten har også veiledningsplikt ut over det som er individrettet. På dette området er veiledningsplikten meget uklar. Det har bidratt til at kommunene og spesialisthelsetjenesten har ulike forventninger til hvilke veiledningstjenester som skal gis, og på hvilken måte de skal gis. Det er derfor behov for en presisering av hva veiledning innebærer.»

Flere høringsinstanser er uenige i departementets vurdering av hvilke administrative og økonomiske konsekvenser lovforslaget vil medføre. Dette gjelder *Den norske legeforening*, samt kommunene *Bergen*, *Bø*, *Frøya*, *Gjesdal*, *Oppgård*, *Ålesund* og *kommunene i Østre Agder*. For eksempel mener *Ålesund kommune* at lovfesting av veiledningsplikt vil kreve økt tidsbruk og dermed føre til økte kostnader:

«Vi har som gjentakende innvending mot et slikt syn under samtlige av punktene i denne saken at all tidsbruk koster, og at aktivitet som skal stimuleres og økes nødvendigvis må koste mer enn i dag.»

Også *Gjesdal kommune* uttaler at forslaget kan medføre økte kostnader for kommunen, men ser også muligheter for innsparinger som følge av bedre samarbeid mellom de to tjenestenivåene. Kommunen mener det er:

«(...) viktig å understreke at et godt samarbeid med spesialisthelsetjenesten vil bidra til gjensidig kompetanseoverføring og veiledning samt bidra til at vi samlet gir bedre tjenester. Som et resultat vil man kunne ha lavere kostnader fordi overføringer mellom nivåene går bedre.»

Legeforeningen viser til at det i all hovedsak er fastleger i kommunene som veileder spesialisthelsetjenesten. På denne bakgrunn mener foreningen at det er en svakhet ved forslaget at den konkrete og økte arbeidsbelastningen for fastlegene ved innføring av en slik personlig veiledningsplikt ikke er vurdert.

Svært få høringsinstanser har kommentarer knyttet til departementets beslutning om å ikke foreslå en plikt til kompetansedeling innad i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Mens *Ålesund kommune* støtter departementets vurdering, mener *Den norske jordmorforening* at kompetansedeling må lovfestes og uttaler blant annet:

«Både i kommunehelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten lider jordmødre under at kompetansedeling/kompetanseheving og veiledning ikke er lovfestet. Dnj stiller spørsmålsteget ved om det ikke er like aktuelt for alt helsepersonell med selvstendig ansvar å resertifisere sin kunnskap hvert femte år. Dette bør ikke bare gjelde for leger.»

4.5 Departementets vurderinger og forslag

I Primærhelsetjenestemeldingen understreket regjeringen at veiledning og kompetansedeling bidrar til bedre samhandling og kompetansebygging mellom de ulike tjenestenivåene. Som redegjørelsen i punkt 4.2 viser, har spesialisthelsetjenesten en veiledningsplikt overfor kommunene, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 6-3.

Den kommunale breddekompetansen blir stadig viktigere i møtet med det økende antall brukere med store og sammensatte behov. Kommunalt helse- og omsorgspersonell vil ofte ha kunnskap om den enkelte pasienten som er avgjørende for å yte gode, individuelt tilrettelagte og helhetlige tjenester også i spesialisthelsetjenesten. Personell i den kommunale helse- og omsorgstjenesten veileder allerede i dag spesialisthelsetjenesten i et visst omfang. Lovfesting av en slik veiledningsplikt for den kommunale helse- og omsorgstjenesten vil bidra til at veiledningen blir satt i system og dermed gjøre det enklere for spesialisthelsetjenesten å løse sine lovpålagte oppgaver.

De fleste høringsinstanser som uttaler seg om temaet er positive til departementets forslag om en ny bestemmelse i helse- og omsorgstjenesteloven som i all hovedsak tilsvarer spesialisthelsetjenesteloven § 6-3.

Under henvisning til ovenstående, og redegjørelsen for gjeldende rett, foreslår derfor departementet å endre helse- og omsorgstjenesteloven slik at kommunen får en veiledningsplikt overfor spesialisthelsetjenesten. Departementet foreslår at slik pliktbestemmelse inntas som ny § 5-11.

I høringsnotatet foreslo departementet at veiledningsplikten bør gjelde for *helsepersonell* som yter tjenester omfattet av helse- og omsorgstjenesteloven, jf. loven § 2-1. Enkelte høringsinstanser tolker denne uttalelsen som en avgrensning mot personell med sosial- og omsorgsfaglig kompetanse, og ønsker på denne bakgrunn å utvide personellgruppen som skal ha veiledningsplikt.

Blant annet som følge av innspill fra høringsinstansene ser departementet at en avgrensning av veiledningsplikten til kun å gjelde «helsepersonell» kan fremstå som uhensiktsmessig og uklar. Av helse- og omsorgstjenesteloven § 2-1 fremgår at helsepersonelloven gjelder tilsvarende for alt personell som yter tjenester omfattet av helse- og omsorgstjenesteloven. Helsepersonelloven § 3 regulerer hvem som er å anse for helsepersonell i henhold til denne loven. Av bestemmelsens første ledd, sammenholdt med tredje ledd, følger at helsepersonell etter loven er personell med autorisasjon eller lisens, samt annet personell i helse- og omsorgstjenesten som yter «helsehjelp». Begrepet «helsehjelp» er i bestemmelsens tredje ledd definert som «enhver handling som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål». I tråd med dette vil også personell med sosial- og omsorgsfaglig bakgrunn som yter tjenester omfattet av helse- og omsorgstjenesteloven, i all hovedsak falle innenfor helsepersonellovens definisjoner av helsehjelp og helsepersonell. I lys av dette vil det kunne fremstå som uklart dersom veiledningsplikten etter den nye bestemmelsen i helse- og omsorgstjenesteloven knyttes til «helsepersonell». Departementet vil også understreke at sosial- og omsorgsfaglig personell besitter en kompetanse og kunnskap om den enkelte pasient eller bruker som kan være viktig for spesialisthelsetjenestens mulighet for å yte forsvarlige tjenester. Departementet foreslår derfor å knytte veiledningsplikten til «personell» som yter tjenester omfattet av helse- og omsorgstjenesteloven, samtidig som det vises til redegjørelsen nedenfor om den avgrensning som vil følge av begrepet «helsemessige forhold».

Veiledningsplikten vil gjelde personell som er ansatt i kommunen, men også private tjenesteytere som yter tjenester omfattet av helse- og omsorgstjenesteloven på vegne av kommunen, jf.

loven § 3-1 femte ledd. Dette gjelder for eksempel privatpraktiserende fastleger og fysioterapeuter. Bestemmelsen må også ses i sammenheng med den generelle veiledningsplikt for ansatte i offentlig virksomhet som følger av forvaltningsloven § 11.

I likhet med spesialisthelsetjenesten § 6-3 vil den kommunale helse- og omsorgstjenestens veiledningsplikt inkludere råd, veiledning og opplysninger om *helsemessige forhold* som er *påkrevet* for at spesialisthelsetjenesten skal kunne løse sine oppgaver etter lov og forskrift. Med helsemessige forhold menes ethvert tiltak som angår pasientens eller brukerens fysiske og psykiske helse. Blant andre har Helsedirektoratet i sitt høringssvar pekt på at avgrensning til «helsemessige forhold» ikke kan utelukke andre opplysninger som er nødvendige for å ivareta pasientens behov og at dette må gjelde for begge tjenestenivåene. Departementet er enig i dette. Uttrykket «helsemessige forhold» skal tolkes vidt slik at for eksempel opplysninger om sosiale forhold som anses som viktige for å sikre forsvarlig oppfølging ved inn- og utskrivning fra spesialisthelsetjenesten vil være omfattet av bestemmelsen. Det ligger likevel en avgrensning i uttrykket slik at omfanget av veiledningsplikten vil være begrenset til den informasjonen som er påkrevd for at spesialisthelsetjenesten skal kunne løse sine lovpålagte oppgaver. Hva som er påkrevd må vurderes i sammenheng med blant annet plikten til å yte forsvarlige helsetjenester, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-2. Forhold som spesialisthelsetjenesten er like nær eller nærmere til å orientere seg om, vil ikke utløse veiledningsplikt for den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

I prinsippet omfattes både veiledning som helsepersonell i den kommunale helse- og omsorgstjenesten gir av eget tiltak og veiledning etter anmodning fra spesialisthelsetjenesten. Plikten påligger det enkelte personellet og gjelder fortrinnsvis veiledning vedrørende *enkelt* pasienter eller *enkelt* brukere spesialisthelsetjenesten har eller overtar ansvar for. Veiledningsplikten vil imidlertid etter en konkret vurdering også kunne omfatte veiledning for pasient- eller brukergrupper dersom det anses som påkrevd for at spesialisthelsetjenesten skal kunne løse sine lovpålagte oppgaver. Som eksempel kan spesialisthelsetjenesten ha behov for informasjon om den enkelte kommunens rutiner for oppfølging av ulike større pasientgrupper etter utskrivning fra spesialisthelsetjenesten, for eksempel pasienter med kols, diabetes eller hoftelddsbrudd.

I tråd med spesialisthelsetjenesteloven § 6-3 skal spesialisthelsetjenesten også gi *generell* vei-

ledning til den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Departementet antar at det trolig ikke vil være tilsvarende stort behov for generell veiledning fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Det kan likevel ikke utelukkes at spesialisthelsetjenesten kan ha behov for generell veiledning om helsemessige forhold innen områder med overlappende grenseflater mellom de to tjenestenivåene.

Det må vurderes konkret hvem som trenger veiledning i spesialisthelsetjenesten. Kontaktleger kan for eksempel ha behov for en slik veiledning for å kunne ivareta sin medisinskfaglige koordineringsrolle, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 c og pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5 a.

Selv om enkelte høringsinstanser ønsker en detaljert regulering i form av avtalefestet samarbeid mellom tjenestenivåene, mener departementet at det bør overlates til spesialisthelsetjenesten og kommunene i samarbeid å finne frem til ordninger som er hensiktsmessige med hensyn til lokale forhold. Departementet mener imidlertid at det kan være en fordel for begge tjenestenivåer om veiledningsplikten settes i system og planlegges.

Etter helse- og omsorgstjenesteloven § 6-1 og spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 e andre ledd er kommunene og helseforetakene forpliktet til å inngå samarbeidsavtaler. Disse avtalene skal blant annet inneholde retningslinjer for generell veiledning og veiledning knyttet til bestemte pasientgrupper, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2 nr. 2, 5 og 6. Veiledningsplikten etter den nye bestemmelsen i helse- og omsorgstjenesteloven § 5-11 vil imidlertid ikke være begrenset til veiledning som naturlig omfattes av samarbeidsavtalene. Departementet legger derfor til grunn at personell i den kommunale helse- og omsorgstjenesten vil kunne være forpliktet til å yte noe veiledning utover det som fremgår av de inngåtte samarbeidsavtalene mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten.

Som redegjort for under punkt 4.2, er det utarbeidet et rundskriv til spesialisthelsetjenesteloven § 6-3, jf. Rundskriv I-3/2013. Spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt overfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten. I forbindelse med ikrafttredelse av helse- og omsorgstjenesteloven § 5-11 vil departementet vurdere behovet for å utarbeide veiledningsmaterieell med eksempler på når plikten til å veilede inntreffer.

Helsepersonell i spesialisthelsetjenesten har i dag ikke en tilsvarende veiledningsplikt overfor den fylkeskommunale tannhelsetjenesten. Når ansvaret for tannhelsetjenester overføres til kom-

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

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

Legeforeningen peker særlig på at lovforslaget vil føre til økt arbeidsbelastning for fastleger. Departementet er enig i at fastleger er svært viktige aktører i samarbeidet mellom den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten. En sentral oppgave for fastlegen er å henvise enkeltpasienter til spesialisthelsetjenesten. I den forbindelse kan det være nødvendig å etterlyse eller bistå med ytterligere informasjon til spesialisthelsetjenesten. Det pågår således allerede i dag utstrakt samarbeid og veiledning mellom fastleger og spesialisthelsetjenesten. Departementet legger derfor til grunn at forslaget ikke vil medføre vesentlig økt belastning. I all hovedsak vil lovforslaget være en kodifisering av gjeldende rett, samtidig som lovforslaget i noen tilfeller kan tenkes å innebære en noe mer omfattende veiledningsplikt for fastlegene, og da spesielt i tilknytning til enkeltpasienter.

Endringer i helselovgivningen
(overføring av det offentlige tannhelsetjenesteansvaret, lovfesting av kompetansekrav m.m.)

Selv om enkelte høringsinstanser ønsker lovfestet en plikt til kompetansedeling innad i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, er departementet fortsatt av den oppfatning at kompetan-

sedeling er et tiltak som kan ivaretas ved kommunal ledelse, og at det ikke er formålstjenlig å lovfeste en slik plikt.

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

5.1 Innledning

I Primærhelsetjenestemeldingen uttalte regjeringen at god sykdomsmestring forutsetter at pasienter og pårørende har tilstrekkelig kunnskap og praktiske ferdigheter til å endre livsstil i tråd med egne mål, vurdere forandringer i sykdomstilstanden og gjennomføre egen behandling, jf. Meld. St. 26 (2014–2015) side 109. Det ble derfor varslet at departementet ville foreslå å tydeliggjøre kommunens ansvar for pasient-, bruker- og pårørendeopplæring. Stortinget sluttet seg til dette, jf. Innst. 40 S (2015–2016) side 7 og 8.

5.2 Gjeldende rett

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

Videre legger departementet til grunn at de fleste tjenesteelementer som er listet opp i loven § 3-2 første ledd kan innebære en plikt til å gi opplæring til pasient, bruker og pårørende. Mest tydelig kan dette inngå i bestemmelsens nr. 4 om at kommunen skal tilby «utredning, diagnostisering og behandling». Forsvarlig behandling vil i mange tilfeller forutsette en viss opplæring av pasient eller bruker. Tilsvarende skal kommunen etter bestemmelsens nr. 5 tilby «sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering». Opplæring av pasient og bruker inngår normalt som en svært sentral del i de fleste former for

habilitering og rehabilitering. Etter bestemmelsens nr. 6 bokstav b skal kommunen også tilby personlig assistanse. Det fremgår at dette blant annet vil omfatte «praktisk bistand og opplæring og støttekontakt».

Av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-3 om helsefremmende og forebyggende arbeid fremgår det at kommunen ved ytelse av helse- og omsorgstjenester skal fremme helse og søke å forebygge sykdom, skade og sosiale problemer. Dette skal blant annet skje ved opplysning, råd og veiledning. Av § 3-8 fremgår at praktisk bistand og opplæring som nevnt i § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav b også skal kunne organiseres som brukerstyrt personlig assistanse.

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

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

Av pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1 første ledd fremgår at pasient og bruker har rett til å

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

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

Departementet viser også til at det er fremmet forslag til Stortinget om en ny bestemmelse i helse- og omsorgstjenesteloven som pålegger kommunen å tilby nødvendig pårørendestøtte til personer med særlig tyngende omsorgsarbeid, blant annet i form av opplæring og veiledning, jf. Prop. 49 L (2016–2017) *Endringer i helse- og omsorgstjenesteloven m.m. (styrket pårørendestøtte)*. Det redegjøres nærmere for denne under punkt 5.5.

Det vises også til pasient- og brukerrettighetsloven § 3-5 hvor det fremgår at informasjonen skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn. I tillegg vises det til helsepersonelloven § 10 hvor det fremgår at den som yter helse- og omsorgstjenester, skal gi informasjon til den som har krav på det etter reglene i pasient- og brukerrettighetsloven §§ 3-2 til 3-4.

Det opplyses samtidig om at det fra 1. juli 2016 ble innført forbud mot bruk av barn som tolk, jf. forvaltningsloven § 11e. Det fremgår bl.a. at «unntak kan gjøres når det er nødvendig for å unngå tap av liv eller alvorlig helseskade, eller det er nødvendig i andre nødsituasjoner.»

5.3 Forslaget i høringsnotatet

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

5.4 Høringsinstansenes syn

Flertallet av høringsinstansene som har uttalt seg er positive til forslaget om å tydeliggjøre kommunens ansvar for pasient-, bruker- og pårørendeopplæring. Forslaget støttes av *Akershus universitetssykehus HF, Den norske legeforening, Fagforbundet, Fellesorganisasjonen, Helsedirektoratet, Helse Midt-Norge RHF, Helse Sør-Øst RHF, Helse Vest RHF, Kreftforeningen, Norges Farmaceutiske Forening, Norsk sykepleierforbund, Pasient- og brukerombudene i Norge, Statens seniorråd, Sykehuset i Vestfold HF, Sykehuset Telemark HF, Sykehuset Østfold HF, Nord-Trøndelag fylkeskommune, Sør-Trøndelag fylkeskommune og Vestre Viken*.

Forslaget får også uttrykkelig støtte av blant andre kommunene *Bærum, Drammen, Fredrikstad, Gjesdal, Hallingdal (Flå, Gol, Hemsedal, Hol, Nes og Ål), Hattfjelldal, Hole, Jevnaker, Larvik, Kongsberg, Kristiansand, Lie, Modum, Nedre Eiker, Notodden, Oppdal, Opppegård, Oslo, Porsgrunn, Rælingen, Røyken, Hurum og Asker* (fellesvar fra disse tre kommunene), *Sandnes, Skedsmo, Stord, kommunene i Telemark (fellesvar fra Sykehuset Telemark HF og de 18 kommunene i Telemark fylke: Bamble, Bø, Drangedal, Fyresdal, Hjartrdal, Kragerø, Kviteseid, Nissedal, Nome, Notodden, Porsgrunn, Sauherad, Seljord, Siljan, Skien, Tinn, Tokke og Vinje), Trondheim, Vennessla, Vest-Telemark og Øvre Eiker*.

Kommunene i Vest-Telemark (Fyresdal, Kviteseid, Nissedal, Seljord, Tokke og Vinje) har, i tillegg til fellessvar sammen med Sykehuset Telemark HF og de andre kommunene i Telemark, jf. ovenfor, også avgitt en egen høringsuttalelse som i all hovedsak har likt innhold.

Fagforbundet er negative til forslaget og uttaler blant annet:

«Vi mener dette lett kan oppfattes som en avspeiling av en plikt for pårørende til å yte omsorg, noe de ikke har. Slett ikke alle pasienter og brukere ønsker hjelp og omsorg fra sine nærmeste, mens andre ikke har nære pårørende.»

To av høringsinstansene, *Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon* og *Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse (NKLMH)*, uttaler at en tydeliggjøring i form av endring av formålsbestemmelse ikke er tilstrekkelig. De mener at det er behov for en egen bestemmelse om pasient-, bruker- og pårørendeopplæring. NKLMH viser i den forbindelse til at kommunenes fortolkning av lovgrunnlaget varierer. Det påpekes også at kommunene tolker begrepene «læring» og «mestring» ulikt.

Norsk senter for distriktsmedisin og *Universitetet i Tromsø* uttrykker seg skeptiske til om en tydeliggjøring vil være tilstrekkelig til å få kommunene til å oppfylle sine opplæringsplikter. De stiller også spørsmål ved hvordan lovendringen tenkes håndhevet.

Av høringsinstanser som støtter lovendringen er det mange som mener at det vil være behov for iverksettelse av ulike tiltak i form av kompetanseheving, organisatoriske endringer og endringer i faglig infrastruktur. Bekymring for økte kostnader er også et gjennomgående tema. Eksempelvis skriver *kommunene i Telemark* og *Sykehuset Telemark HF* i sitt fellessvar:

«Kommunene strever med å ansvarsplasse opplærings- og mestringsarbeidet. Det blir gjort mye bra arbeid på legekantorene, helsestasjon og i omsorgstjenesten, men det er vanskelig å synliggjøre dette arbeidet og løfte fram opplæring og mestringsarbeid som en enhetlig oppgave. Når departementet nå kommer med en tydeliggjøring av dette ansvaret i lovs form, vil dette kreve at kommunene også må få tydeliggjort og løftet fram dette arbeidet. Det kan ikke kommunene klare uten vesentlige administrative og økonomiske konsekvenser. Innføringen av kommunenes ansvar for mestring og opplæring har kommet glidende inn litt etter hvert og delvis som en følge av samhandlingsreformen. Det er i økende grad fra sentrale helsemyndigheter blitt tydeliggjort som et innsatsområde kommunene skal prioritere, men uten at det følger midler med til dette.»

Tilsvarende merknad går igjen i høringssvar fra blant andre *kommunene Hole, Jevnaker, Larvik,*

Modum, Nedre Eiker og Notodden, samt kommunene i Region Hallingdal (Flå, Gol, Hemsedal, Hol, Nes og Ål).

Kommunene Bø, Porsgrunn, Øvre Eiker og Ålesund uttrykker også bekymring for økning i administrative og økonomiske kostnader og påpeker behov for tilførsel av midler. Også *KS-Kommunesektorens organisasjon* peker på utfordringer knyttet til ansvarsplassing av opplærings- og mestringsarbeid slik at kommunene må tydeliggjøre og løfte fram dette arbeidet. Etter KS' oppfatning bør ansvaret for mestring og opplæringstilbud overføres som en oppgave til kommunene slik at det følger økonomiske midler med. *Oslo Universitetssykehus (OUS)* uttaler seg i samme retning. OUS peker på at opplæring av pasient, bruker og pårørende i kommunehelsetjenesten i dag ikke har tilstrekkelig kvalitet og omfang slik at kommunene må tilføres ressurser for at de skal kunne tilby adekvat opplæring av tilstrekkelig kvalitet.

Andre høringsinstanser, deriblant *kommunene Kongsberg, Lier og Østre Agder*, støtter forslaget under forutsetning av at det ikke medfører utvidet ansvar eller forventninger om nye tiltak. Enkelte høringsinstanser, herunder *Frøya kommune, Kreflforeningen* og *Stord kommune*, understreker at frivillighetsentraler, pasient- og brukerorganisasjoner og frisklivssentraler er viktige aktører i opplæringsarbeid. *Norges Farmaceutiske Forening* er opptatt av at apotek i større grad bør brukes som part i kommunale lærings- og mestringsentre.

Fitjar kommune mener at det er viktig med tydeliggjøring av rekkevidden av kommunens ansvar for opplæring. Kommunen stiller spørsmål ved om innholdet i forslaget er klart nok med tanke på forventningsavklaringer både til brukere og pårørende i forhold til hva en selv kan bidra med og hva slags bistand kommunen kan gi.

Flere høringsinstanser, deriblant *KS, kommunene Kongsberg, Kristiansand, Oppegård* og *Vennesla* samt *Helse Midt-Norge RHF*, problematiserer ansvarsfordelingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene. Det pekes på behov for avklaringer og konkretiseringer av ansvarsforholdene mellom disse tjenestenivåene. Oppegård kommune skriver for eksempel at lovforslaget ikke må medføre at spesialisthelsetjenestens oppgaver knyttet til opplæring av pasienter, brukere og pårørende blir overført til kommunene.

Helsedirektoratet har innspill til plassering av bestemmelsen. Etter direktoratets syn vil det være å strekke fortolkningen for langt å si at nødvendig opplæring er et av formålene med helse- og omsorgstjenesteloven. Direktoratet mener at

det vil være mer naturlig å plassere bestemmelsen som § 3-2 første ledd nytt punkt 6.

5.5 Departementets vurderinger og forslag

Departementet fastholder at kommunene etter gjeldende rett har en plikt til å sørge for nødvendig pasient-, bruker- og pårørendeopplæring, men at denneplikten bør tydeliggjøres, jf. redegjørelsen for gjeldende rett som er inntatt i punkt 5.2.

Enkelte høringsinstanser er enige i en lovfesting av kommunens ansvar for opplæring av pasienter, brukere og pårørende, men uenige i at dette vil være en tydeliggjøring av gjeldende rett. Andre høringsinstanser er av den oppfatning at kommunens ansvar bør fremgå av en egen lovbestemmelse. Ettersom kommunens ansvar følger implisitt og indirekte av flere bestemmelser i helse- og omsorgstjenesteloven, må disse bestemmelsene ses i sammenheng. Dette gjelder både for det konkrete innholdet iplikten og omfanget av ansvaret. Departementet kan derfor ikke se hensiktsmessigheten av å samle innholdet i disse ulike bestemmelsene i en egen bestemmelse. Departementet fastholder derfor forslaget om at tydeliggjøringen av ansvaret bør skje i form av en tilføyelse i lovens formålsbestemmelse.

Departementet viser også til det nylig fremlagte lovforslaget om kommunens ansvar overfor pårørende, jf. Prop. 49 L (2016–2017) *Endringer i helse- og omsorgstjenesteloven m.m. (styrket pårørendestøtte)*. Det foreslås her en endring av loven § 3-6 slik at kommunene pålegges å tilby nødvendig pårørendestøtte til personer som har et særlig tyngende omsorgsarbeid gjennom å gi disse tilbud om nærmere bestemte tiltak og tjenester. Opplæring og veiledning av pårørende inngår som et sentralt element i bestemmelsen. Det foreliggende forslaget om tydeliggjøring av kommunens ansvar for opplæring av blant annet pårørende i formålsbestemmelsen, må også ses i sammenheng med forslaget til ny § 3-6 om styrket pårørendestøtte.

På bakgrunn av Fagforbundets innvending mot lovforslaget vil departementet understreke at ingen er rettslig forpliktet til å påta seg omsorgsarbeid overfor voksne, herunder voksne familie- eller husstandsmedlemmer. Foreldre med foreldreansvar har likevel en juridisk bindende omsorgsplikt overfor sine mindreårige barn, jf. lov om barn og foreldre av 8. april 1981 § 30. Foreldre skal gi barnet omsorg, oppdragelse og forsørgelse, samt sørge for at barnets rett til skolegang og helsehjelp blir ivaretatt. Foreldreansvaret medfører en forventning om at barnet får tilstrekkelig omsorg og oppfølging fra foreldrenes side, og foreldre kan ikke uten videre forvente at det offentlige overtar disse oppgavene. Mange barn med funksjonsnedsettelse har behov for pleie og omsorg som overstiger det man med rimelighet kan forvente at foreldre skal kunne ivareta. Foreldreansvaret innebærer at foreldre som er i en slik situasjon ofte vil ha behov for å søke råd og veiledning.

Det fremgår uttrykkelig av spesialisthelsetjenesteloven § 3-8 nr. 4 at sykehusene skal ivareta opplæring av pasienter og pårørende. Forslaget om tydeliggjøring av kommunens ansvar medfører ingen endringer i ansvarsfordelingen mellom den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten. I tråd med gjeldende rett må spesialisthelsetjenesten sørge for opplæring som har nær sammenheng med spesialisthelsetjenester. Kommunene på sin side skal sørge for opplæring innen kommunenes ansvarsområder. Det betyr at tjenestenivået som har ansvaret for den enkelte pasienten/brukeren, også i all hovedsak vil ha ansvaret for opplæring av pasienten/brukeren og dens pårørende. Det vil likevel forekomme at en pasient eller bruker får behandling i kommunen, samtidig som vedkommende i tillegg har behov for opplæring som forutsetter spesialistkompetanse. Departementet legger til grunn at spesialisthelsetjenesten i slike tilfeller må bistå pasienten eller brukeren og dens pårørende med nødvendig opplæring i tråd med det som fremgår av spesialisthelsetjenesteloven § 3-8 nr. 4.

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

6.1 Innledning

Vold i nære relasjoner og seksuelle overgrep rammer en betydelig del av befolkningen i Norge. Av både Primærhelsetjenestemeldingen og *Tiltaksplanen mot vold og seksuelle overgrep (2014–2017) – En god barndom varer livet ut*, fremgår at departementet vil vurdere tydeliggjøring av helse- og omsorgstjenestens ansvar på systemnivå for å bidra til å forebygge, avdekke og avverge vold og seksuelle overgrep.

6.2 Forslaget i Primærhelsetjenestemeldingen og Stortingets behandling

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

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

Videre uttales det:

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

kan det å være vitne til vold være like skadelig som å være direkte utsatt.

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

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

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

I innstillingen til Primærhelsetjenestemeldingen, Innst. 40 S (2015–2016), omtales også vold og overgrep som et samfunnsproblem. Under punkt 15.2, side 38, viser en samlet komité blant annet til at:

«(...)Redd Barna mener at vold og overgrep er et av Norges mest underkommuniserte samfunnsproblemer. Vold og seksuelle overgrep påfører betydelig lidelse, og de helsemessige konsekvensene kan være omfattende og potensielt livstruende.»

6.3 Gjeldende rett

6.3.1 Internasjonal regulering

Norge har sluttet seg til en rekke internasjonale avtaler som forplikter staten til å beskytte egne borgere mot vold, overgrep og annen inhuman behandling. Den europeiske menneskerettighetskonvensjonen fra 1950 artikkel 2 og 3 krever at retten til liv blir vernet ved lov, og forbyr tortur og umenneskelig og nedverdiggende behandling eller straff.

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

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

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

nasjonalt og internasjonalt samarbeid mot overgrep.

Begge konvensjoner er undertegnet av Norge. Regjeringen har fremlagt Prop. 66 S (2016–2017) om samtykke til ratifikasjon av Europarådets konvensjon av 11. mai 2011 om forebygging og bekjempelse av vold mot kvinner og vold i nære relasjoner.

6.3.2 Nasjonal regulering

6.3.2.1 Helsepersonelloven

Når helsepersonell avdekker at pasienter eller brukere er, eller kan være, utsatt for vold, utgjør kravene til forsvarlighet rammen for helsepersonellens ansvar og oppgaver knyttet til den enkelte pasient eller bruker, jf. helsepersonelloven § 4 første og andre ledd. Arbeidet skal utføres i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig. Helsepersonell skal videre innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og innhente bistand eller henvide pasienter videre der dette er nødvendig og mulig. Dersom pasientens behov tilsier det, skal yrkesutøvelsen skje igjennom samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell.

Helsepersonellovens regler om taushetsplikt innebærer at «[H]elsepersonell skal hindre at andre får adgang eller kjennskap til opplysninger om folks legems- eller sykdomsforhold eller andre personlige forhold som de får vite om i egenskap av å være helsepersonell», jf. loven § 21. Helsepersonelloven og annen lovgivning åpner likevel for enkelte unntak fra taushetsplikten i nærmere bestemte situasjoner og på nærmere bestemte vilkår.

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

Av helsepersonelloven § 23 nr. 4 følger at taushetsplikten ikke er til hinder for at «opplysninger gis videre når tungtveiende private eller offentlige interesser gjør det rettmessig å gi opplysningene videre». Hensynene og interessene som taler for å

sette taushetsplikten til side, må veie vesentlig tyngre enn hensynene som taler for å bevare taushet. Unntaket omfatter i hovedsak truende farer eller situasjoner der det er fare for en skadevoldende handling, og gjelder i utgangspunktet ved fare for menneskers liv og helse. De vurderingene helsepersonell må foreta vil langt på vei være sammenfallende med vurderinger som foretas i nødretts- og nødvergesituasjoner. Dersom helsepersonellet etter en konkret vurdering av den aktuelle situasjonen finner at bestemmelsens vilkår er oppfylt, får helsepersonellet en *rett* til å videreformidle taushetsbelagte opplysninger, selv om pasienten/brukeren ikke samtykker.

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

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

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

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

ten, skader eller lignende for sin etterforskning. Hvis det er sannsynlig at det dreier seg om gjentatt mishandling, og særlig hvis barn er involvert, skal politiet varsles.»

Tilsvarende vurderinger må gjelde for seksuelle overgrep.

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

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

6.3.2.2 Straffeloven

Helsepersonell har også en plikt etter straffeloven til å avverge visse særskilt opplistede straffbare volds- og overgrepshandlinger, jf. lov 20. mai 2005 nr. 28 om straff (straffeloven) § 196 første ledd første punktum:

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

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

6.3.2.3 *Helsetilsynsloven og ny forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*

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

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

Nærmere krav til internkontroll følger av forskrift 28. oktober 2016 nr. 1250 om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Forskriften trådte i kraft 1. januar 2017, og erstatter forskrift 17. januar 2013 nr. 61 om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten.

Av den nye forskriften § 3 fremgår at «[D]en som har det overordnede ansvaret for virksomheten skal sørge for at det etableres og gjennomføres systematisk styring av virksomhetens aktiviteter i tråd med denne forskriften og at medarbeiderne i virksomheten medvirker til dette.» Styringssystem for helse og omsorgstjenesten er i forskriften § 4 definert som «den del av virksomhetens styring som omfatter hvordan virksomhetens aktiviteter planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av helse- og omsorgslovgivningen».

Den nye forskriften viderefører langt på vei internkontrollforskriften fra 2013, samtidig som det av ny forskrift tydeligere fremgår at internkontroll er en integrert og naturlig del av virksomhetens styringssystem. Formålet med forskriften er å bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, og at øvrige krav i helse- og omsorgslovgivningen etterleves, jf. forskriften § 1.

6.3.2.4 *Helse- og omsorgstjenesteloven*

Helse- og omsorgstjenesteloven regulerer den kommunale helse- og omsorgstjenestens ansvar for å sørge for nødvendige helse- og omsorgstjenester til personer som oppholder seg i kommunen, jf. loven § 3-1 første ledd. Kommunens ansvar innebærer plikt til å planlegge, gjennomføre, eva-

luere og korrigere virksomheten slik at tjenestenes omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift, jf. § 3-1 tredje ledd.

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

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

6.3.2.5 *Spesialisthelsetjenesteloven*

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

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

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

enhver som yter helsetjenester etter loven, skal sørge for at virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet.

6.3.2.6 Tannhelsetjenesteloven

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

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

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

For nærmere redegjørelse for tannhelsetjenesteloven vises det til proposisjonens kapittel 10.

6.4 Forslaget i høringsnotatet

Departementet foreslo i høringsnotatet nye bestemmelser i helse- og omsorgstjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven og tannhelsetjenesteloven for å tydeliggjøre tjenestenes ansvar for å forebygge, avdekke og avverge vold og seksuelle overgrep.

De foreslåtte bestemmelsene innebar at tjenestene skulle ha særlig oppmerksomhet rettet mot at pasienter og brukere kan være utsatt for, eller kan stå i fare for å bli utsatt for, vold eller seksuelle overgrep. Det ble også foreslått en plikt til å legge til rette for at tjenestene blir i stand til å forebygge, avdekke og avverge vold og seksuelle overgrep.

6.5 Høringsinstansenes syn

I alt 53 høringsinstanser har hatt merknader til forslaget. Disse er *Barne-, ungdoms- og familiedi-*

rektoratet, Helsedirektoratet, Akershus universitetssykehus HF, Barneombudet, Helse Sør-Øst RHF, Sykehuset Østfold HF, Oslo universitetssykehus HF, Statens seniorråd, Statistisk sentralbyrå, Sykehuset i Vestfold HF, Nordland fylkeskommune, Nord-Trøndelag fylkeskommune og Sør-Trøndelag fylkeskommune, kommunene Bergen, Bærum, Bø, Drammen, Gjesdal, Fitjar, Frøya, Fredrikstad, Jevnaker, Kongsberg, Kristiansand, Larvik, Lier, Nedre Eiker, Notodden, Oppdal, Oppgård, Oslo, Rælingen, Sandnes, Skedsmo, Stavanger, Stord, Trondheim, Vennesla, Øvre Eiker, Ålesund, fellesuttalelse fra kommunene Røyken, Hurum og Asker, fellesuttalelse fra kommunene i Region Hallingdal (Hol, Ål, Hemsedal, Gol, Nes og Flå), KS-Kommunesektorenes organisasjon, Delta, Den norske jordmorforening, Den norske legeforening, Fagrådet – Rusfeltets hovedorganisasjon, Fellesorganisasjonen, Norsk Fysioterapeutforbund, Norsk Sykepleierforbund, Pasient- og brukerombudene i Norge og Pensjonistforbundet.

Av disse høringsinstansene har 50 gitt full støtte til forslaget, men ingen av instansene går imot forslaget. Mange av høringsinstansene gir uttrykk for at tydeliggjøringen er viktig og nødvendig, samtidig som noen instanser mener forslaget vil ha økonomiske og administrative konsekvenser, særlig fordi det vil måtte følges opp med kompetansehevende tiltak. Enkelte høringsinstanser mener at forslaget i tillegg burde ha lagt større vekt på oppfølgingen etter at forholdene er avdekket og enkelte instanser stiller spørsmål ved hva de foreslåtte bestemmelsene tilfører ut over det som allerede følger av gjeldende rett.

Gjesdal kommune er enig i at det er viktig å øke innsatsen på dette området «(...) for å redusere belastninger for enkeltmennesker og redusere de samfunnsøkonomiske konsekvenser på sikt.» Kommunen påpeker imidlertid at forslaget vil ha økonomiske og administrative kostnader fordi forslaget «(...) vil medføre både kostnader til kompetanseheving og tiltak som er med å avdekke og følge opp risikoutsatte brukere.»

Akershus universitetssykehus HF uttaler:

«Presiseringen anses som både viktig og nødvendig. Det er viktig at helsepersonell får kunnskap om og trening i vurdering av voldsrisiko og metoder for konflikthåndtering.»

Den norske legeforening uttaler:

«Legeforeningen er enig i at innføring av konkrete bestemmelser kan bidra til å bekjempe

slike samfunnsproblemer og at bidra til ledelsen tar et større ansvar.»

Bergen kommune uttaler at de:

«(...) oppfatter denne forpliktelsen som svært tydelig i lovverket, selv om den hittil ikke har hatt egen paragraf. Bergen kommune har derfor vedtatt en Handlingsplan mot vold i nære relasjoner. Bergen kommune har ingen innvendinger mot at dette ansvaret tydeliggjøres i helselovgivningen, men anser det som viktigere at det følges opp med konkret handling i alle kommuner.»

Ålesund kommune uttaler:

«Departementet sier at formålet med bestemmelsen er å tydeliggjøre ledelsens ansvar for å bidra til å forebygge, avdekke og avverge vold og seksuelle overgrep gjennom de helse- og omsorgstjenestene som kommunen yter. Kommunen vil bemerke at vi her er inne i vanskelig farvann når det gjelder lovregulering. Dette er et område der kommunale tjenester kan ha sine begrensninger i forhold til muligheter for å observere, tolke og omsette til riktig handling. Vi spør oss hva som er konsekvensene av denne lovparagrafen – hvordan skal den følges opp, hvilken aktivitetsplikt gir den egentlig kommunen, og hvilke rettigheter gir den innbyggerne? Denne bestemmelsen blir for oss et eksempel på at lovreguleringen er i ferd med å gå svært langt i retning av at helsetjenestenivåene får et altomfattende ansvar. Den treffer imidlertid et område der det er stort behov for innsats, og Ålesund kommune vil ikke uttale seg kategorisk imot at [helse- og omsorgstjenesteloven] får en egen bestemmelse om vold og seksuelle overgrep.»

Kommunen mener imidlertid det er vanskelig å si noe om administrative og økonomiske konsekvenser fordi det fremstår som uklart om bestemmelsen medfører ny aktivitet.

Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet uttaler at de er glad for tydeliggjøring av helse- og omsorgstjenestens ansvar for å forebygge, avdekke og avverge vold og seksuelle overgrep. Direktoratet er imidlertid uenig i at presiseringen i lovverket ikke vil ha økonomiske konsekvenser. Det vises i den forbindelse til arbeidet med opptrappingsplan mot vold og overgrep, og at det der påpekes mangelfull kompetanse som gjør det nødvendig med kompetanseløft som kan ha finansier-

ingsbehov. Direktoratet fremhever viktigheten av helsepersonells kompetanse i form av kunnskap om ulike fenomener og mekanismer knyttet til ulike former for vold, og helsepersonells kjennskap til tjenestetilbud til voldsutsatte og voldsutøvere. Direktoratet ønsker også en tydeliggjøring og presisering av begrepet «vold», og fremhever viktigheten av brukermedvirkning og informasjon til befolkningen. Det hevdes at dette er for svakt forankret i lovverket og for lite ivaretatt i praksis.

Den norske jordmorforening uttaler:

«Jordmor er i en særstilling når det gjelder muligheten for å kunne avdekke vold og overgrep mot kvinner, siden hun kan følge kvinnene tett både i svangerskapet, i fødsel og i barseltiden. Hun vil kunne avdekke fysiske skader ved undersøkelser, og vil også være i posisjon til å samtale med kvinnene om slike tema. Det er ifølge nye retningslinjer for svangerskapsomsorgen er jordmødre pålagt å spørre den gravide om vold og seksuelle overgrep. Det er derfor viktig med kontinuitet og tett samarbeid for å skape en tillitsskapende relasjon til kvinnen. Det er behov for mer kompetanse på dette området, og systemer for å ivareta kvinnene etter at det er avdekket at vold overgrep. Det vil derfor kreve mer ressurser enn det som er tilgjengelig for jordmortjenesten pr i dag.»

Røyken, Hurum og Asker kommune uttaler i felles høringssvar blant annet:

«Det kan imidlertid sees noe uklart hva som blir faktisk innhold i kommunes ansvar. Bestemmelsen bidrar til økt ansvarliggjøring av kommunes ledelse, men det er uklart hvordan dette skal kunne måles, sjekkes og kvalitetssikres. Bestemmelsen må sees opp mot dagens bestemmelser som omhandler opplysnings- og eller meldeplikt, spesielt for at kommunens ansvar ikke er fragmentert over flere bestemmelser i ulikt lovverk.»

Det påpekes at rettslige virkemidler ikke vil være nok, men at dette må kombineres med andre virkemidler for at hensikten med forslaget skal oppnås

Bø kommune er uenig med departementet i at forslaget ikke vil medføre økte kostnader, og påpeker at noen kommuner kan ha behov for ekstra ressurser, for eksempel kompetanseheving i organisasjonen.

Fellesorganisasjonen uttaler:

«Det er et klart krav til virksomhetens ansvar og at dette ikke kan delegeres videre. Samtidig er det viktig å tydeliggjøre ansvar også på individnivå. Hvordan varslingsmulighet og -plikt på ulike nivåer skal ivaretas må være tydelig.»

Frøya kommune uttaler at «[D]et er mye å hente innen dette arbeidet, også kommunalt. Det er derfor viktig med en tydeliggjøring i lovverk av dette.» Videre understrekes viktigheten av at «(...) kommunene tar dette inn i sine handlingsplaner, og gjør sine virksomheter i stand til å forebygge, avdekke og avverge gjennom økt kompetanse hos tjenestetilbyderne.»

Fitjar kommune uttaler:

«Det er positivt at nytt lovverk vert klarare i høve kommunen sitt ansvar og tilsette sitt mynde for å førebyggje, avdekka og avverja vald og seksuelle overgrep. Det nye forslaget stiller og krav til kommunale handlingsplanar, og at desse skal politisk handsamast.»

Stavanger kommune uttaler:

«Omfanget av vold og seksuelle overgrep er så stort og konsekvensene så omfattende at Stavanger kommune støtter en tydeliggjøring av ledelsens ansvar, ikke minst for å sørge for gode systemer for organisering, kompetanse og rutiner i helse- og omsorgstjenesten som kan bidra til at vold og seksuelle overgrep blir forebygget, avdekket og avverget.»

Sykehuset i Vestfold HF sier at «(...) dette er en viktig og nødvendig presisering i lovverket. Det er i den sammenheng viktig at relevant helsepersonell for kunnskap om og trening i vurdering av voldsrisiko og metoder for konflikthåndtering.»

Norsk sykepleierforbund uttaler:

«NSF støtter forslaget og vil videre understreke at dette anses som et selvsagt ansvar i tjenestene allerede i dag. Hvis man antar at det her ligger et betydelig potensialet for kvalitetsforbedring bør det også følges opp med andre tiltak knyttet til bevisstgjøring, midler til kompetanseheving (også for andre grupper enn leger), samt en organisering som bidrar til mer fleksibel og riktig bruk av helsepersonells kompetanse i kommunene.»

I sin høringsuttalelse uttaler *Statens seniorråd* blant annet:

«Når det gjelder vold og seksuelle overgrep skriver departementet at forslaget trolig har størst relevans i forhold til den tabubelagte volden i nære relasjoner der særlige grupper som barn og andre sårbare grupper nevnes. Rådet ønsker spesielt å rette oppmerksomheten mot eldre som ofte tier om vold de utsettes for i nære relasjoner, personer med demens som ikke kan gjøre rede for de overgrep de måtte bli utsatt for og pleietrengende i institusjoner som kan være svært sårbare i denne sammenheng.»

Tilsvarende synspunkter fremheves også av *Pen-sjonistforbundet* som blant annet uttaler:

«Andre særlig sårbare grupper som må fremheves er eldre pleietrengende, personer med demens og utviklingshemmede. Dette er grupper som det har vært mindre oppmerksomhet rundt mht utsatthet for vold og overgrep og her er det også behov for mer kunnskap. Dette beskrives også i høringsnotatet, men når det konkluderes med at dette lovforslaget ikke medfører kostnader så mener vi at behovet for kurs og etterutdanning underkommuniseres. En økt aktivitet på dette området må nødvendigvis føre med seg økte utgifter. Enkeltsaker på dette området er erfaringsmessig ressurskrevende.»

Oppegård kommune støtter forslaget, men uttaler at «[K]ommunen ønsker samtidig å presisere at for å kunne ha et tilrettelagt og helhetlig tilbud, er det viktig å styrke kunnskapsnivået hos de ansatte i kommunene og videreutvikle samarbeidet mellom faggrupper, sektorer og forvaltningsnivåer.»

KS-Kommunesektorens organisasjon «(...) er positive til en tydeliggjøring, men peker på at forslaget, i likhet med forventningene ellers i høringsnotatet om at kommunene skal gjøre mere, vil medføre nye forpliktelser og ha en kostnadsside.»

Oslo universitetssykehus HF uttaler:

«OUS støtter forslaget om endring i spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 a, slik at det blir tydelig at både offentlige og private helseinstitusjoner som omfattes av spesialisthelsetjenesteloven, skal ha plikt til å oppnevne kontaktleger hvis vilkårene for øvrig er oppfylt. Denne endringen vil bidra til å sikre befolkningen likeverdige helsetjenester uavhengig av om tjenesten gis av offentlig eller privat tilbyder.»

Helsedirektoratet støtter forslaget, men anbefaler at departementet i lovbestemmelsen også tydeliggjør tjenestenes ansvar for å følge opp pasienter og brukere. I den forbindelse uttales det:

«Helsedirektoratets begrunnelse for dette er behovet for å styrke ivaretagelsen av personer utsatt for vold og overgrep. En utfordring er å sikre nødvendig oppfølging når forhold er avdekket. Vold og overgrep er et område hvor det fremdeles gjenstår et stort arbeid før den enkelte mottar adekvat og helhetlig oppfølging. En presisering i loven bør derfor skje i en bestemmelse som omhandler avdekking. Å unnlate å nevne oppfølging kan medføre at oppfølgingsperspektivet forsvinner.»

Barneombudet er enig med departementet i at lovregulering er nødvendig for at ledelsen skal forstå det ansvaret og de forpliktelsene dette medfører i styring av tjenestene. Ombudet bemerker imidlertid at det bør presiseres at helsetjenestene og ledelsen også har ansvar for helsehjelp og oppfølging av de som er utsatt for vold og overgrep. Dette gjelder både psykisk og somatisk hjelp. Ombudet uttaler i den forbindelse:

«Barneombudet har over flere år etterlyst lettere tilgang til medisinske undersøkelser for barn som har blitt utsatt for vold og overgrep. I dag får bare to av ti barn medisinske undersøkelser når de kommer til barnehuset. Og selv om departementet de siste to årene har tydeliggjort i oppdragsdokumentene til de regionale helseforetakene at det skal ansettes sosialpediatere, avsettes det fremdeles ikke tilstrekkelige ressurser til dette ved alle helseforetak.

Barneombudet mener derfor at retten til helsehjelp for barn utsatt for vold og overgrep må presiseres i lovverket. Videre må ansvaret for oppfølging presiseres.»

6.6 Departementets vurderinger og forslag

Mange instanser og tjenester har et ansvar for å handle dersom de får mistanke om at noen blir utsatt for vold eller seksuelle overgrep. Gjennom de mange ulike helse- og omsorgstjenestene som tilbys, blant annet tjenestene som tilbys gjennom fastleger, helsestasjons- og skolehelsetjenestene, legevakt og tannhelsetjenesten, kommer helse- og omsorgstjenestene i nær kontakt med en stor andel av befolkningen som kan ha vært utsatt for,

eller kan stå i fare for å bli utsatt for, vold eller seksuelle overgrep. Tjenestene er derfor også i en særlig posisjon til å kunne forebygge, avdekke, avverge og intervensjon tidlig i problemforløp og sørge for iverksetting av tiltak eller henvise til andre instanser.

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

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

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

«Vår gjennomgang av tilsynssaker viser at tilsynsmyndigheten har behandlet få saker om at helsepersonell ikke hadde sendt bekymringsmelding til barnevernet. Selv om antallet saker var få, var innholdet i sakene svært alvorlig. Det handlet om barn som hadde levd med omsorgssvikt eller overgrep i lang tid, ofte flere år. Mange helsepersonell hadde vært involvert uten å informere barnevernet.»

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

I denne sammenheng kan det også nevnes at den fylkeskommunale tannhelsetjenesten gjennom jevnlig innkallinger til tannhelseundersøkel-

ser, møter barn og unge. Tannhelsepersonell arbeider i sterk belysning, noe som gjør det lettere å observere skader i munnhule, ansikt, hals og hode. I forbindelse med Stortingets behandling av Prop. 1 S (2009–2010), jf. Innst. 11 S (2009–2010), traff Stortinget følgende vedtak:

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

Helsedirektoratet har i samarbeid med Barneombudet og relevante fagmiljøer bidratt til at det er etablert rutiner i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten i alle fylker. Helsedirektoratet vil i løpet av 2017 ferdigstille nasjonale retningslinjer om tannhelsetjenester til barn og unge.

Helse- og omsorgstjenestenes særlige posisjon tilsier at tjenestene i større grad enn i dag bør fange opp pasienter og brukere som kan ha vært utsatt for, eller kan stå i fare for å bli utsatt for, vold eller seksuelle overgrep. Regjeringen er i ferd med å gjennomføre en rekke tiltak som vil kunne bidra til dette, herunder både *Et liv uten vold – Handlingsplan mot vold i nære relasjoner 2014–2017*, *En god barndom varer livet ut – Tiltaksplan for å bekjempe vold og seksuelle overgrep mot barn og ungdom (2014–2017)* og *Handlingsplan mot tvangsekteskap, kjønnslemlestelse og alvorlige begrensninger av unges frihet (2013–2016)*. Samtidig tilsier dagens situasjon at også endringer i helselovgivningen vil kunne bidra til at vold og seksuelle overgrep i større grad blir forebygget, avdekket og avverget av helse- og omsorgstjenestene.

Som nevnt i punkt 6.3.2 er helse- og omsorgstjenestene allerede i dag pålagt et ansvar for å forebygge, avdekke og avverge vold og seksuelle overgrep. I tillegg til det individuelle ansvaret det enkelte helsepersonell har for å fange opp og følge opp pasienter og brukere som kan ha vært utsatt for, eller kan stå i fare for å bli utsatt for, vold eller seksuelle overgrep, har altså også tjenestene som sådan et viktig ansvar for å sørge for at dette følges opp. Det er imidlertid en utfordring at ledelsen for tjenestene tar for lite ansvar for dette. I Helsetilsynets rapport 2/2014 *Helsepersonells opplysningsplikt til barnevernet*, uttales det blant annet følgende på side 51:

«Rapportene fra fylkesmennenes tilsyn, hvor helsepersonells opplysningsplikt til barnevernet var omtalt i begrunnelsen for påpekte lovbrudd, viste mangelfull ledelse og styring. (...).

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

Som ledd i tilsynene med legevakt ble det gjennomgått en del journaler. I ett tilsyn viste journalgjennomgangen at helsepersonellet hadde oppmerksomhet på opplysningsplikten, og at de hadde sendt meldinger til barnevernet. I ett annet tilsyn viste journalgjennomgangen flere eksempler på hodeskader hos barn under ett år hvor skadeomfang og årsaksforhold ikke hadde ført til vurdering av mulig påført skade.

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

Av rapporten side 27 fremgår videre:

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

(...)

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

sendes til barnevernet, ble slik melding ikke sendt.

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

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

For at helsepersonellet skal settes i best mulig stand til å ta ansvaret for å forebygge, avdekke og avverge vold og seksuelle overgrep ved ytelse av helse- og omsorgstjenester, er det viktig at alle nivåer innenfor tjenestene er seg dette ansvaret bevisst og legger best mulig til rette for at helsepersonellet skal kunne ivareta denne oppgaven. Det er ikke minst viktig at ledelsesnivået innenfor tjenestene ser på dette ansvaret som viktig og både planlegger, gjennomfører, evaluerer og korrigerer ut ifra det. Departementet viser her blant annet til forskrift 28. oktober 2016 nr. 1250 om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.

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

Etter departementets syn vil innføring av bestemmelser som tydeliggjør ansvaret for helse- og omsorgstjenestenes ledelse, kunne bidra til en styrket bevissthet rundt og økt ansvarlighet knyttet til å forebygge, avdekke og avverge vold og seksuelle overgrep ved ytelse av helse- og omsorgstjenester. Etter departementets vurdering vil bestemmelsene kunne føre til en større ansvarliggjøring på alle nivå innenfor tjenestene, fra øverste ledelse av helse og omsorgstjenestene, via ledelsen for de forskjellige tjenester og virksomheter til det enkelte helsepersonell som er i direkte møte med pasienter og brukere. Bestem-

melsene vil videre kunne bidra til utvikling av en kultur hvor arbeidet med å forebygge, avdekke og avverge vold og seksuelle overgrep blir en mer naturlig og integrert del av det å yte helse- og omsorgstjenester.

Under henvisning til ovenstående foreslår departementet at det innføres en ny bestemmelse i henholdsvis helse- og omsorgstjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven og tannhelsetjenesteloven. Bestemmelsene foreslås å omfatte:

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

Det beror på en totalvurdering hva som forstås med vold. Omstendigheter rundt handlingen, særlig graden av voldsomhet og handlingens krenkende karakter, er sentrale ved vurderingen. I Prop. 12 S (2016–2017) *Opptrappingsplan mot vold og overgrep (2017–2021)* er vold på side 12 definert som «(...) tilsiktet bruk av fysisk kraft eller makt, faktisk eller ved hjelp av trusler, rettet mot en selv, andre enkeltpersoner, eller mot en gruppe eller et samfunn, som enten resulterer i eller har stor sannsynlighet for å resultere i fysisk skade, død, psykologisk skade, feilutvikling eller deprivasjon». Det understrekes at voldsdefinisjonen rommer ulike former for voldshandlinger, for eksempel fysisk vold, psykologisk vold og seksuell vold.

Når det gjelder vold i nære relasjoner vil dette omfatte ulike former for vold som kan gi uttrykk for ulike maktkonstellasjoner og undertrykkingsmekanismer og som kan finne sted i ulike nære relasjoner. I Prop. 12 S (2016–2017) *Opptrappingsplan mot vold og overgrep (2017–2021)* er det på side 10–11 blant annet uttalt:

«Vold i nære relasjoner defineres gjerne som vold mot nåværende eller tidligere partner. Det er også vold mot søsken, barn, foreldre, besteforeldre og andre i rett opp- eller nedadstigende linje, adoptiv-, foster- og steforhold. Kategorien kan også omfatte vold i langvarige omsorgs- og pleierelasjoner og nære vennskapsbånd. Vold i nære relasjoner er ikke et ensartet fenomen. Det kan være ulike former for vold, for eksempel fysisk vold, psykisk vold eller materiell vold. Årsaken til voldsutøvelse varierer, og volden kan finne sted i ulike nære relasjoner.

Både voksne og barn rammes av vold i nære relasjoner. Både menn og kvinner kan være voldsutøver og voldsutsatt, men det er i hovedsak kvinner som utsettes for den gjentagende og kontrollerende partnervolden. Eldre utsettes også for vold i nære relasjoner, både fra partner og fra barn og barnebarn. Barn kan utsettes for vold og overgrep fra sine nærmeste eller oppleve at en av omsorgspersonene utsettes for vold. Sannsynligheten for at barn blir utsatt for vold fra en eller begge omsorgspersoner er høyere i familier der det forekommer vold mellom de voksne. Barn og unge utsettes også for vold og overgrep fra andre tillitspersoner enn egne familiemedlemmer, og fra personer de ikke kjenner, blant annet via internett.»

Vold i nære relasjoner omfatter også tvangsekteskap og kjønnslemlestelse. Departementet viser her til *Handlingsplan mot tvangsekteskap, kjønnslemlestelse og alvorlige begrensinger av unges frihet (2013–2016)*. Regjeringen har lagt frem en ny fireårig handlingsplan – *Retten til å bestemme over eget liv – Handlingsplan mot negativ sosial kontroll, tvangsekteskap og kjønnslemlestelse (2017–2020)*.

Seksuelle overgrep omfatter ulike former for seksuelle handlinger utført mot en annen person herunder samleie, seksuell omgang, seksuell handling og seksuell atferd. Seksuelle overgrep kan dreie seg om alt fra trakassering og krenkelseser til å bli presset til å utføre uønskede seksuelle handlinger, inkludert å bli utsatt for voldtekt.

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

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

Bestemmelsene vil bli en tydeliggjøring av et ansvar som også i dag følger av de tre tjenestelovene.. Formålet med forslaget er å tydeliggjøre det ansvar ledelsen for helse- og omsorgstjenestene har for å bidra til at vold og seksuelle

overgrep blir forebygget, avdekket og avverget ved ytelse av helse- og omsorgstjenester.

Departementet foreslår at ny bestemmelse i *helse- og omsorgstjenesteloven* plasseres i lovens kapittel 3 om kommunenes ansvar for helse- og omsorgstjenester, og da som ny § 3-3 a. Når det gjelder vold og seksuelle overgrep, vil denne bestemmelsen tydeliggjøre det ansvaret som i dag også følger av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-3 første ledd om helsefremmende og forebyggende arbeid, § 4-1 første ledd c om forsvarlighet og § 3-1 tredje ledd om kommunens overordnede ansvar for helse- og omsorgstjenester.

Når ansvaret legges på *kommunen*, betyr det kommuneledelsen, som har det overordnede ansvaret for helse- og omsorgstjenestene i kommunen. Det vil si at det er administrasjonssjefen (rådmannen) og kommunestyret som er de øverste ansvarlige, jf. forskrift 28. oktober 2016 nr. 1250 om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 3. Kommunen (kommunestyret og administrasjonssjefen) kan delegerer myndigheten, men ikke ansvaret den er pålagt i lov.

Når kommunen får ansvar for å legge til rette, betyr det at kommunen får ansvar for å legge til rette for at helse- og omsorgstjenesten blir i stand til å forebygge, avdekke og avverge vold og seksuelle overgrep både når kommunen selv yter tjenesten og når tjenesten ytes av andre offentlige eller private tjenesteytere som kommunen inngår avtale med, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 femte ledd.

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

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

Når ansvaret legges på *de regionale helseforetakene*, betyr det ledelsen for det enkelte regionale helseforetaket som har det overordnede ansvaret

innenfor foretakets regionale ansvarsområde. Det vil si at det er daglig leder for det enkelte regionale helseforetaket, samt styret for det enkelte regionale helseforetaket som er de øverste ansvarlige.

Når de regionale helseforetakene får ansvar for å legge til rette, betyr det at de regionale helseforetakene får ansvaret for å legge til rette for at spesialisthelsetjenesten blir i stand til å forebygge, avdekke og avverge vold og seksuelle overgrep. Dette gjelder både når tjenester ytes av helseforetak det regionale helseforetaket selv eier og når tjenester ytes av helseinstitusjoner som mottar tilskudd til virksomheten fra de regionale helseforetakene. Helseinstitusjoner som mottar tilskudd til virksomheten omfatter også de tolv ideelle institusjonene med driftsavtale, som i lang tid har vært ansett som en integrert del av den statlige spesialisthelsetjenesten.

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

Det følger av proposisjonens kapittel 10 at ansvaret for tannhelsetjenesten foreslås overført fra fylkeskommunen til kommunen. I henhold til forslaget skal dagens *tannhelsetjenestelov* oppheves fra 1. januar 2020. Fra det tidspunkt skal kommunens ansvar for tannhelsetjenester inkluderes i helse- og omsorgstjenesteloven. Frem til dette tidspunkt skal imidlertid tannhelsetjenesten fortsatt være fylkeskommunens ansvar og det foreslås derfor å innføre en ny bestemmelse i tannhelsetjenesteloven. Slik bestemmelse foreslås plassert i lovens kapittel 1 med de alminnelige bestemmelser, og da som ny § 1-3 c. Når det gjelder vold og seksuelle overgrep, vil denne bestemmelsen tydeliggjøre det ansvaret som i dag også følger av tannhelsetjenesteloven § 1-3 a om tilrettelegging.

Når ansvaret legges på *fylkeskommunen*, betyr det fylkeskommunens ledelse. Det vil si at det er fylkeskommunens administrative leder, fylkesrådmannen og fylkestinget som er de øverste ansvarlige.

Når fylkeskommunen får ansvaret for å legge til rette, betyr det at fylkeskommunen har ansvar for å legge til rette for at den offentlige tannhelsetjenesten blir i stand til å forebygge, avdekke og avverge vold og seksuelle overgrep. Dette gjelder

både når fylkeskommunens ansatte selv yter offentlige tannhelsetjenester og når de ytes av privatpraktiserende tannleger, som har inngått avtale med fylkeskommunen, jf. tannhelsetjenesteloven § 1-1 tredje ledd.

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

Departementet vil videre understreke viktigheten av god forankring av denne utfordringen i tjenestenes ledelse. Det er disse som har et samlet ansvar for tjenestene som leveres. Erfaring tilsier dessuten at særlig oppmerksomhet rettet mot en utfordring på ledelsesnivå vanligvis bidrar til økt oppmerksomhet også nedover i tjenestenivåene.

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

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

og ressurser til oppgavene og at de har godt forankrede rutiner for avdekking og oppfølging.

- At helsepersonellet som skal yte tjenestene oppfyller plikten til å gi opplysninger til helse- og omsorgstjenesten etter helsepersonelloven § 32, plikten til å gi opplysninger til barneverntjenesten etter helsepersonelloven § 33, plikten til å varsle nødetatene etter helsepersonelloven § 31 og avvergelsesplikten etter straffeloven § 196, når vilkårene for dette foreligger. Dette omfatter blant annet å legge til rette for:
 - At helsepersonell som skal yte tjenestene har grunnleggende kunnskap om innholdet i gjeldende regelverk om rett og/eller plikt til å gi opplysninger.
 - At tjenestene har gode rutiner for hvordan opplysninger skal gis og at rutinene er godt kjent for helsepersonellet.
 - At helsepersonellet i aktuelle tilfeller kan søke råd og veiledning i systemet for å avgjøre om rett eller plikt til å gi opplysninger foreligger.

- At det løpende holdes overordnet oversikt over omfanget av meldinger til helse- og omsorgstjenesten, barneverntjenesten og varsler til nødetatene. Ved behov må ledelsen etterspørre mer informasjon og iverksette korrigerende tiltak.

Et ansvar for å legge til rette for at tjenestene blir i stand til å forebygge, avdekke og avverge vold og seksuelle overgrep, medfører at dette må inngå i planleggingen, gjennomføringen, evalueringen og korrigeringen av virksomheten. Det følger både av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 tredje ledd og spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a tredje ledd og av kravet om internkontroll etter helsetilsynsloven § 3. Når det gjelder de nærmere kravene til internkontroll, vises det til omtalen under punkt 6.3.2.3 om helsetilsynsloven og forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.

7 Tydeliggjøring av spesialisthelsetjenestens plikt til å oppnevne kontaktlege

7.1 Innledning

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

7.2 Gjeldende rett

I tråd med innholdet i pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5 a og spesialisthelsetjenesten § 2-5 c skal det oppnevnes kontaktlege for pasienter med alvorlig sykdom, skade eller lidelse forutsatt at pasienten har behov for behandling eller oppfølging av spesialisthelsetjenesten av en viss varighet.

Spørsmålet om hvorvidt pasientens tilstand er alvorlig, avgjøres ut fra en objektiv og faglig totalvurdering. Det legges blant annet vekt på om tilstanden kan føre til risiko for alvorlig funksjonsnedsettelse, invaliditet, tap av viktige kroppsfunksjoner eller sanser eller eventuelt risiko for tidlig død. Vurderingen av om et barns tilstand er alvorlig vil være mildere enn vurderingen av en tilsvarende voksen pasient.

Kravet om at pasienten har behov for behandling fra spesialisthelsetjenesten av en viss varighet, forstås slik at det som utgangspunkt omfatter tilfeller der det er behov for behandling over et tidsrom på mer enn tre-fire dager. Behov for oppfølging av en viss varighet forstås slik at det som utgangspunkt omfatter tilfeller der det er behov for mer enn en enkelt avtale om oppfølging.

I spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 c første ledd er det også bestemt at den som blir oppnevnt til kontaktlege, skal være involvert i behandlingen eller oppfølgingen av pasienten. Dette innebærer at den som blir oppnevnt, må være en del av det teamet som behandler pasienten. Vedkommende behøver ikke å ha et hovedansvar for behandlingen, men må ha en aktiv rolle i behandlingen eller oppfølgingen av pasienten.

Spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 c andre ledd pålegger helseforetaket å peke ut hvem som skal være kontaktlege for pasienten så snart som mulig etter at det er vurdert at pasienten har rett til kontaktlege. Siste frist for utpeking av kontaktlege er første virkedag etter innleggelse eller poliklinisk undersøkelse. Pasienten skal så snart som mulig få vite hvem som er hans eller hennes kontaktlege og skal samtidig orienteres om de oppgavene og det ansvaret kontaktlegen har.

Etter loven § 2-5 c tredje ledd skal kontaktlegen være den faste medisinskfaglige kontakten til pasienten. Det kan ikke kreves at kontaktlegen selv skal kunne svare på alle medisinskfaglige spørsmål, men vedkommende skal ha ansvar for å innhente informasjon og eventuelt formidle kontakt med andre, slik at pasienten får svar og eventuelt blir undersøkt i andre deler av spesialisthelsetjenesten. Det er også bestemt at helseforetaket skal vurdere om kontaktlegen også skal være informasjonsansvarlig etter helsepersonelloven § 10 og journalansvarlig etter helsepersonelloven § 39. I vurderingen må det legges vekt på hva som i det enkelte tilfellet vil være mest hensiktsmessig for å sikre kontinuitet i pasientforløpet.

For tjenester i det psykiske helsevernet kan kontaktpsykolog oppnevnes i stedet for kontaktlege dersom det er mest hensiktsmessig ut fra den behandlingen eller oppfølgingen som pasienten skal ha, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 c fjerde ledd.

For nærmere redegjørelse vises det til Prop. 125 L (2014–2015) kapittel 7 og veileder IS 2466 *Kontaktlege i spesialisthelsetjenesten*.

7.3 Forslaget i høringsnotatet

I høringsnotatet viste departementet til anmodningsvedtak fra Stortinget om å sørge for at retten til å få oppnevnt kontaktlege må gjelde uavhengig av hvor pasienten blir behandlet, jf. Innst. 49 L (2015–2016).

Departementet uttalte at pasient- og brukerrettighetsloven gjelder for alle helseinstitusjoner som yter spesialisthelsetjenester. Departementet uttalte videre at ettersom kontaktlegeordningen er vedtatt både som en rettighet etter pasient- og brukerrettighetsloven og som en plikt etter spesialisthelsetjenesteloven, er det ulogisk at rettighetsbestemmelsen skal ha et videre anvendelsesområde enn pliktbestemmelsen.

På denne bakgrunn foreslo departementet å endre spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 c første ledd første punktum slik at det fremgår uttrykkelig av bestemmelsen at plikten til å oppnevne kontaktlege gjelder både offentlige og private helseinstitusjoner som omfattes av spesialisthelsetjenesteloven. Departementet la til grunn at private avtalespesialister ikke skal omfattes av bestemmelsen.

Endringsforslaget var ment å innebære samsvare mellom retten til å få oppnevnt kontaktlege etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5 a og plikten til å oppnevne kontaktlege etter spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 c.

7.4 Høringsinstansenes syn

Forslaget om tydeliggjøring av spesialisthelsetjenestens plikt til å oppnevne kontaktlege støttes av flertallet av høringsinstansene. Forslaget støttes blant andre av *Den norske legeforening, Fagrådet – Rusfeltets hovedorganisasjon, Helsedirektoratet, Helse Midt-Norge RHF, Helse Sør-Øst RHF, Norsk senter for distriktsmedisin, Norsk sykepleierforbund, Oslo universitetssykehus HF, Pasient- og brukerombudene i Norge, Pensjonistforbundet, Sykehuset Telemark HF, Sykehuset Østfold HF, Nord-Trøndelag fylkeskommune, Sør-Trøndelag fylkeskommune, Universitetet i Bergen, Universitetet i Tromsø og Vestre Viken.*

I tillegg er følgende kommuner positive til forslaget: *Bergen, Bærum, Bø, Drammen, Fitjar, Fredrikstad, Frøya, Jevnaker, Kongsberg, Kristiansand, Larvik, Lier, Modum, Nedre Eiker, Notodden, Oppdal, Oppegård, Oslo, Porsgrunn, Rælingen, Røyken, Hurum og Asker* (de tre sistnevnte kommunene har avgitt felles hørings svar), *Trondheim, Sandnes, Stord, kommunene i Region Hal-*

lingdal (Hol, Ål, Hemsedal, Gol, Nes og Flå), kommunene i Telemark (Sykehuset Telemark har avgitt felles hørings svar sammen med de 18 kommunene i Telemark: Bamble, Bø, Drangedal, Fyresdal, Hjartdal, Kragerø, Kviteseid, Nissedal, Nome, Notodden, Porsgrunn, Sauherad, Seljord, Siljan, Skien, Tinn, Tokke og Vinje), kommunene i Østre Agder (Arendal, Grimstad, Froland, Vegårshei, Åmli, Risør, Tvedestrand og Gjerstad), Øvre Eiker og Ålesund.

Kommunene i Vest-Telemark (Fyresdal, Kviteseid, Nissedal, Seljord, Tokke og Vinje) har, i tillegg til fellessvar sammen med Sykehuset Telemark HF og de andre kommunene i Telemark, jf. ovenfor, også avgitt en egen høringsuttalelse med i all hovedsak likt innhold.

Flere høringsinstanser ser på lovforslaget som en forenkling av kommunens kontakt med spesialisthelsetjenesten i enkeltsaker. Eksempelvis skriver *Røyken, Hurum og Asker kommune* i sitt felles hørings svar:

«Overføring av ansvaret for å oppnevne en kontaktlege til pasienter med omfattende og langvarige behov for sykehus tjenester, fra helseforetakene til hver enkelt institusjon, vil være en bevisstgjøring og tydeliggjøring som kan bidra til en bedre fungering av ordningen i henhold til intensjon, og medføre en bedre og mer effektiv oppfølging av den enkelte pasient.»

Fitjar og Stord kommune peker på at manglende kunnskap om den enkelte pasientens historie kan påvirke kvaliteten i helsetilbudet og ønsker på denne bakgrunn forslaget velkomment.

Ingen av høringsinstansene er imot forslaget, men enkelte har uttrykt ønske om presiseringer og utvidelse av kontaktlegeordningen.

Helse Midt-Norge RHF viser til ordningen med koordinerende enhet og uttaler på denne bakgrunn at:

«(...) rollene som kontaktlege og koordinerende enhet er utformet slik at de skal ivareta de samme funksjonene. Kontaktlegens og koordinerende enhets rolle må derfor avstammes for å unngå uklarhet og overlappende arbeid.»

Fredrikstad og Frøya kommune mener at dersom pasienten ønsker det, bør han eller hun ha rett til å få bytte kontaktlege.

Flere høringsinstanser ønsker tettere samarbeid mellom kontaktlege og fastlege. Eksempelvis ønsker *Universitetet i Bergen* at kontaktlegeordning etableres i nært samarbeid med pasientens

fastlege. *Norsk senter for distriktsmedisin* og *Universitetet i Tromsø* mener det er viktig at fastlegen får informasjon om oppnevning av kontaktlege med navn, telefon og e-postadresse til kontaktlegen så raskt som mulig etter oppnevningen. *Fredrikstad kommune* uttaler seg i samme retning og skriver:

«I beskrivelse av rollen bør det også innlemmes at kontaktlegen skal være kontaktperson for kommunehelsetjenesten inkludert fastlegene, for å få ett kontaktpunkt per pasient og å kunne samarbeide tettere rundt en pasientgruppe som ofte krever tett oppfølging både fra kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.»

Helsedirektoratet stiller spørsmålsteget ved avgrensning mot private avtalespesialister. Direktoratet ber også departementet om å vurdere om ordlyden i bestemmelsens annet og tredje ledd skal endres fra «helseforetak» til «helseinstitusjon som omfattes av loven».

En av høringsinstansene, *Den norske legeforening*, er kritisk til at virkeområde for bestemmelsen endres fra «helseforetak» til «helseinstitusjon som omfattes av spesialisthelsetjenesteloven». Etter legeforeningens oppfatning er begrepet «spesialisthelsetjeneste» upresist. Legeforeningen har også generelle innvendinger mot departementets vurdering av økonomiske og administrative kostnader forbundet med kontaktlegeordningen.

7.5 Departementets vurderinger og forslag

Som redegjørelsen i punkt 7.2 viser, har en pasient med alvorlig sykdom, skade eller lidelse rett til å få oppnevnt kontaktlege dersom pasienten har behov for behandling eller oppfølging av spesialisthelsetjenesten av en viss varighet, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5 a. Et klart flertall av høringsinstansene støtter departementets forslag om at det skal fremgå uttrykkelig at alle helseinstitusjoner omfattes av spesialisthelsetjenesteloven har en tilsvarende plikt å oppnevne kontaktlege.

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

Departementet fastholder også forslaget om at private spesialister, herunder spesialister som har inngått avtale med helseforetak eller regionale helseforetak, ikke skal omfattes av bestemmelsen. Private spesialister er ofte organisert i små enheter med direkte kontakt mellom behandlende helsepersonell og pasienten. Pasientens behov for kontaktlege er derfor ikke fremtredende på samme måte som i helseinstitusjoner. Departementet mener på denne bakgrunn at det ikke er formålstjenlig å utvide anvendelsesområdet for bestemmelsen til å også omfatte private spesialister.

Legeforeningen mener det er uheldig at virkeområdet for bestemmelsen endres fra «helseforetak» til helseinstitusjon som omfattes av spesialisthelsetjenesteloven. Etter foreningens syn er «spesialisthelsetjeneste» et upresist begrep slik at det kan være vanskelig å klarlegge hvilke helseinstitusjoner som skal være omfattet av bestemmelsen.

Departementet er imidlertid fortsatt av den oppfatning at det er nødvendig å endre bestemmelsens ordlyd ettersom begrepet «helseforetak» ikke dekker private helseinstitusjoner. Departementet er enig med legeforeningen i at uttrykket «spesialisthelsetjeneste» ikke er et presist rettslig og medisinsk begrep. Det er likevel vanskelig å se at bruken av begrepet «helseinstitusjon som omfattes av spesialisthelsetjenesteloven» kan by på særlige tolkningsproblemer ved anvendelsen av spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 c. «Spesialisthelsetjenester» er et innarbeidet uttrykk i helselovgivningen. Som det fremgår av forarbeidene til spesialisthelsetjenesteloven, er «spesialisthelsetjenester» en samlebetegnelse for helse- og omsorgstjenester som ikke ligger under kommunens ansvarsområde. Som nevnt foreslår departementet også at spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 c ikke skal gjelde for private spesialister. Etter departementets vurdering bør det derfor ikke by på vanskeligheter å vurdere i det enkelte tilfelle hvorvidt en helseinstitusjon er omfattet av bestemmelsen eller ikke.

Enkelte høringsinstanser har uttalt at pasienten bør ha rett til å bytte kontaktlege. Departementet vil vise til at Helsedirektoratet har utarbeidet en veileder til spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 c og pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5 a, *Veileder IS-2466 Kontaktlege i spesialisthelsetjenesten*. Av veilederens punkt 4.7, side 19, fremgår det at:

«Retten til å klage gjelder bare på avgjørelsen om at pasienten ikke har rett til kontaktlege.

Pasienten har ikke rett til å velge hvem som skal pekes ut til kontaktlege. Klageretten omfatter derfor ikke et ønske om å bytte ut den tildelte kontaktlegen.»

En eventuell rett til å bytte kontaktlege ble ikke foreslått i høringsnotatet. Departementet kan heller ikke se at det har kommet tungtveiende argumenter under høringen av forslaget som tilsier at det bør vurderes å endre denne rettstilstanden.

Etter gjeldende rett skal pasienten, så raskt som mulig etter oppnevning, bli orientert om hvem som er oppnevnt som kontaktlege. Det fremgår av veilederen til bestemmelsen at kontaktlegen skal være tilgjengelig for pasienten, pårørende, annet samarbeidende helsepersonell, fastlege og annen henviser, jf. veilederens punkt 5.1, side 21. Helseinstitusjonen har likevel ingen lovpålagt plikt til å gi melding om oppnevning til andre enn pasienten. Departementet har merket seg at enkelte høringsinstanser ønsker at også fastlegen skal få informasjon ved oppnevning av kontaktlege. Departementet ser at det i mange situasjoner vil være nyttig også for pasientens fastlege å ha tilgang til denne informasjonen. En praksis om at helseinstitusjonen skal formidle informasjonen til fastlege vil imidlertid kreve noe mer administrasjonsarbeid. Departementet vil også

vide til at pasienten selv vil kunne videreformidle denne informasjonen dersom det anses som nødvendig. Sett i lys av at kontaktlegeordningen trådte i kraft 15. september 2016, er derfor departementet av den oppfatning at det bør gå noe tid før ordningen eventuelt utvides ved å innføre en eksplisitt plikt til også å varsle pasientens fastlege om oppnevnt kontaktlege.

Som Helse Midt-Norge RHF har påpekt, kan det tenkes tilfeller med overlapping mellom koordinerende enheter og kontaktlegeordningen. Forholdet mellom koordinatorrollen og rollen som kontaktlege er nærmere omtalt i veilederen til bestemmelsen, jf. veilederens kapittel 6, side 26–28. Departementet viser til redegjørelsen i veilederen og ser ikke behov for nærmere avklaring i lovbestemmelsen.

I høringsnotatet foreslo departementet kun en endring av spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 c første ledd. Ved en inkurie ble det ikke opplyst at bestemmelsens andre og tredje ledd i så fall også må endres på tilsvarende måte. § 2-5 c andre og tredje ledd er i all hovedsak presiseringer av første ledd og departementet foreslår at også disse to leddene endres slik at begrepet «helseforetak» erstattes med «helseinstitusjon som omfattes av denne loven».

8 Tydeliggjøring av kommunens plikt til psykososial beredskap og oppfølging

8.1 Innledning

En ulykke, krise eller katastrofe kan ramme uten forvarsel hvor som helst i landet. Terrorfaren i Norge har økt, og naturkatastrofene skjer hyppigere. Det er derfor viktig med god og forutsigbar psykososial beredskap og oppfølging i landets kommuner.

I følge rapporten fra 22. juli-kommisjonen ble det lagt ned mye ressurser og innsats fra kommuner for å få til en god psykososial støtte til og oppfølging av de rammede, og mange berørte mottok tilpasset støtte fra kommunene. Kommisjonens undersøkelser viste imidlertid at overlevende, etterlatte og ansatte rapporterte om varierende oppfølging i kommunene i etterkant av hendelsene, særlig med hensyn til psykososial oppfølging, lokal kriseberedskap, kontaktpersoner, kriseteam og deres kompetanse.

Helsedirektoratet gjennomførte to kommune-kartlegginger etter 22. juli 2011, jf. *IS-1946. Helsemessig og psykososial oppfølging av rammede etter 22.07.11. Oppsummering av spørreskjema til kommunene. Rapport Helsedirektoratet 2011* og *IS-2010 Kartlegging av kommunenes oppfølging av de rammede etter 22.7.11. Spørreskjema til kommunene og fylkesmennene, Rapport Helsedirektoratet 2012*.

I forbindelse med vurderingen av 22. juli-kommisjonens forslag om nytt rammeverk for psykososial ivaretagelse, gjennomførte direktoratet i 2014 i tillegg en landsomfattende kartleggingsundersøkelse av kommunenes organisering og innhold i den psykososiale oppfølgingen.

Både 22. juli-kommisjonens rapport og Helsedirektoratets kartlegginger tyder på at det kan være vilkårlige og utilsiktede variasjoner i tilbudene i de ulike kommunene.

8.2 Gjeldende rett

Kommunens ansvar for psykososial beredskap og oppfølging følger både av helse- og omsorgstje-

nesteloven, lov 24. juni 2011 nr. 29 om folkehelsearbeid (folkehelseloven) og lov 23. juni 2000 nr. 56 om helsemessig og sosial beredskap (helseberedskapsloven). Det vises også til lov 25. juni 2010 nr. 45 om kommunal beredskapsplikt, sivile beskyttelsestiltak og Sivildforsvaret (sivilbeskyttelsesloven). Lovene supplerer og utfyller hverandre, og må derfor ses i sammenheng.

Etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 første ledd skal kommunen sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. Kommunens ansvar etter loven § 3-1 er nærmere presisert i § 3-2. Det fremgår av bestemmelsens første ledd nr. 3 at kommunen for å oppfylle sitt ansvar etter § 3-1, blant annet skal tilby hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner, inkludert legevakt, heldøgns medisinsk akuttberedskap og medisinsk nødmeldetjeneste.

Kommunene har med dette et særskilt ansvar for å yte døgnkontinuerlig hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner. Tjenestene skal omfatte alle pasient- og brukergrupper og må også ses i sammenheng med kommunenes plikt til å sørge for øyeblikkelig hjelp etter § 3-5, jf. § 3-1 andre ledd.

Det fremgår videre av § 3-2 første ledd nr. 5 at kommunen skal sørge for sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering. Kommunale habiliterings- og rehabiliteringstjenester skal ikke bare være av medisinsk art, men også dekke sosiale og psykososiale behov.

For å kunne sørge for helse- og omsorgstjenester på en forsvarlig måte må kommunene sette i verk systematiske tiltak som sikrer at virksomhetens aktiviteter planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres i samsvar med krav fastsatt i relevante lover og forskrifter, jf. loven § 3-1 tredje ledd.

Som ansvarlig for helse- og omsorgstjenester har kommunen ansvaret for nødvendige beredskapsforberedelser, herunder utarbeidelse av beredskapsplan, jf. helseberedskapsloven §§ 1-3 og 2-2. Formålet med beredskapsplanen er å bidra

til at befolkningen kan tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester under krig og ved kriser og katastrofer i fredstid. Av § 3 i forskrift 23. juli 2001 nr. 881 om krav til beredskapsplanlegging og beredskapsarbeid mv. etter lov om helsemessig og sosial beredskap, følger at kommunen gjennom risiko- og sårbarhetsanalyser skal skaffe oversikt over hendelser som kan føre til ekstraordinære belastninger for virksomheten.

I folkehelseloven § 28 fremgår blant annet kommunens ansvar for nødvendige beredskapsforberedelser og for tiltak i beredskapssituasjoner, med henvisning til helseberedskapsloven § 2-1. Formålet med folkehelseloven er blant annet å bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse.

Etter sivilbeskyttelsesloven §§ 14 og 15 plikter kommunen å kartlegge hvilke uønskede hendelser som kan inntreffe i kommunen, vurdere sannsynligheten for at disse hendelsene inntreffer og hvordan de i så fall kan påvirke kommunen. Med utgangspunkt i risiko- og sårbarhetsanalysen etter § 14, skal kommunen etter samme lov § 15 utarbeide en beredskapsplan.

Oppsummert har kommunen etter gjeldende rett ansvar for å sørge for nødvendig og forsvarlig psykososial beredskap og oppfølging i en akutt situasjon/beredskapssituasjon og i en oppfølgingsfase etterpå. Som følge av det omfattende ansvaret kommunen har under en krise, er kommunen også pålagt å kartlegge hvilke uønskede hendelser som kan inntreffe, vurdere sannsynligheten for at disse hendelsene inntreffer, og hvordan de i så fall kan påvirke kommunen. Resultatet av dette arbeidet skal sammenstilles i en helhetlig risiko- og sårbarhetsanalyse og en beredskapsplan. Fylkesmannen fører tilsyn med kommunenes oppfyllelse av beredskapsplikten.

8.3 Forslaget i høringsnotatet

Med henvisning til rapporten fra 22. juli-kommisjonen og Helsedirektoratets kommunekartlegginger, uttalte departementet at det er grunn til å stille spørsmål ved om dagens lovkrav om kommunens ansvar er tydelig nok. Det ble blant annet vist til at begrepet «psykososial» i dag kun er nevnt i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 5 om psykososial habilitering og rehabilitering. Det ble videre uttalt at slik helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-1 og 3-2 flg. er utformet, er det en risiko for at kommunens rettslige ansvar for psykososial beredskap og oppfølging underkommuniseres.

Departementet foreslo på denne bakgrunn at helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 3 gis en tilføyelse i form av en ny bokstav d. Som følge av denne endringen foreslo departementet også enkelte tekniske endringer av § 3-2 første ledd nr. 3 bokstav b og bokstav c.

8.4 Høringsinstansenes syn

Et klart flertall av høringsinstansene som har uttalt seg om tydeliggjøring av kommunens plikt til psykososial beredskap og oppfølging støtter departementets forslag. Dette omfatter *kommunene Bergen, Bjerkreim, Bærum, Bø, Fitjar, Fredrikstad, Gjesdal, Hole, Jevnaker, Kongsberg, Kristiansand, Larvik, Nedre Eiker, Notodden, Rindal, Oppdal, Opppegård, Oslo, Trondheim, Telemark (Bamble, Bø, Drangedal, Fyresdal, Hjartdal, Kragerø, Kviteseid, Nissedal, Nome, Notodden, Porsgrunn, Sauherad, Seljord, Siljan, Skien, Tinn, Tokke og Vinje), Region Hallingdal (Flå, Gol, Hemsedal, Hol, Nes og Ål), Østre Agder (Arendal, Froland, Gjerstad, Grimstad, Risør, Sandnes, Skedsmo, Stavanger, Stord, Tvedestrand, Vegårshei og Åmli), Vest-Telemark (Fyresdal, Kviteseid, Nissedal, Seljord, Tokke og Vinje), Vennesla, Øvre Eiker og Ålesund.*

Kommunene i Vest-Telemark (Fyresdal, Kviteseid, Nissedal, Seljord, Tokke og Vinje) har, i tillegg til fellessvar sammen med Sykehuset Telemark HF og de andre kommunene i Telemark, jf. ovenfor, også avgitt en egen høringsuttalelse som i all hovedsak har likt innhold.

Den norske legeforening, Fagrådet – Rusfeltets hovedorganisasjon, Helsedirektoratet, Nordland fylkeskommune, Norsk Psykologforening, Norsk sykepleierforbund, Oslo universitetssykehus HF, Pensjonistforbundet, Sykehuset Telemark HF, Nord-Trøndelag fylkeskommune, Sør-Trøndelag fylkeskommune og Vestre Viken HF er også positive til lovforslaget.

Oslo universitetssykehus HF uttaler blant annet:

«Vi synes det er meget bra at Helse- og omsorgsdepartementet har et særlig fokus på nettopp dette arbeidet, og at det gjennom lovregulering blir en tydeliggjøring av kommunens ansvar. Videreutvikling av dagens psykososiale beredskap og oppfølging i kommunen vil være tett knyttet til arbeidet som pågår med å opprette øyeblikkelig-hjelp-tilbud og døgnopphold i kommunene (Rapport Kommunenes plikt til øyeblikkelig hjelp døgnopphold, Helsedirektoratet 2016). Forslaget til lovregulering vil

omfatte en tydeliggjøring i planlegging av beredskapsarbeid, arbeid i den akutte fasen og oppfølging i etterkant av en hendelse. I alle disse fasene vil et tett samarbeid mellom kommuner og spesialisthelsetjeneste stå sentralt.»

Ingen av høringsinstansene er imot lovforslaget, men flere har merknader til reguleringen.

Kommunene Røyken, Hurum og Asker er fornøyd med at forslaget overlater til kommunene selv å avgjøre hvordan beredskapen skal ivaretas. *Fagrådet – Rusfeltets hovedorganisasjon* er av samme oppfatning, men ønsker at kommunene skal forpliktes til å ha en plan for psykososial beredskap og oppfølging samt hvilke profesjoner som inngår i beredskapen. *Nordland fylkeskommune* ønsker også en nærmere regulering av kravene til hvilke fagpersonell som må være tilgjengelig for kommunen.

Fredrikstad kommune kan ikke se at forslaget vil medføre endringer i dagens praksis. Kommunen mener at:

«Forventningene fra myndighetene og fra befolkningen til hva kommunene skal kunne bidra med av psykososial støtte er høye. Det er viktig å huske på at pasientenes eget nettverk og mobilisering av egne ressurser er kanskje det viktigste for å mestre psykososiale kriser. De siste årene er det utarbeidet en rekke gode veiledere på området, og ved å arbeide med implementering av disse vil det psykososiale beredskapsarbeidet i kommunene kunne bli styrket.»

Rindal kommune er positiv til lovforslaget, men påpeker at små kommuner vil måtte samarbeide interkommunalt for å oppfylle lovens krav. *Fitjar kommune* er av samme oppfatning og skriver at ved større kriser kan et kommunalt apparat bli for lite. Kommunen mener på denne bakgrunn at storsamfunnet bør ha et særskilt ansvar og stille ressurser til disposisjon for kommunene.

Flere høringsinstanser er kritiske til departementets vurdering om at lovforslaget ikke vil medføre økte kostnader for kommunene. Eksempelvis uttaler *Ålesund kommune*:

«Psykososial oppfølging etter hendelser ser ut til å være et «vekstområde», og kommunene vil få økte kostnader både i forbindelse med å skaffe seg rett kompetanse, og med å organisere denne inn i en beredskapssammenheng. Svært få kommuner har i dag beredskapsordning for de psykososiale kriseteamene der

disse har plikt til uttrykning 24/7. Departementet sier at bestemmelsen bare er en presisering av gjeldende rett, og at merutgifter forbundet med å etablere forsvarlige tjenester derfor må dekkes innenfor kommunenes rammer. *Ålesund kommune* vil påpeke at de fleste kommuner reelt sett har store utfordringer med å ha nok kapasitet og kvalitet i alle tjenester. Lovreguleringen og kvalitetskravene øker på alle områder, og summen av forventninger om gjennomgående forbedring av alle system og tjenester blir *merkostnader*. Når nye lovkrav med tilhørende veiledere så blir gjenstand for statlig tilsynsvirksomhet, blir kommunen i tillegg tvunget til å bruke økte ressurser på byråkrati. Dette er en sammenheng som departementet må ta inn over seg og melde til Stortinget i sine saksfremlegg.»

Nord-Trøndelag fylkeskommune og *Sør-Trøndelag fylkeskommune* mener at forslaget også må ledsages av økonomiske virkemidler. I tillegg mener disse to fylkeskommunene at det er nødvendig med regulerende virkemidler og oppfølging fra tilsynsmyndighetene. *Pensjonistforbundet* har også påpekt behovet for aktivt tilsyn. *Norsk sykepleierforbund* mener også at det er behov for flere virkemidler. I tillegg til veiledningsmaterieell pekes det på behovet for organisatoriske grep.

Stavanger kommune savner en redegjørelse for innholdet i begrepet «oppfølging». Kommunen ønsker en presisering av rekkevidden av kommunens ansvar både med hensyn til omfang og varighet av oppfølgingen. Etter kommunens syn kan oppfølging medføre økte kostnader for kommunen. *Oppegård kommune* uttaler at en eventuell forutsetning om døgnberedskap vil ha økonomiske konsekvenser for kommunen.

8.5 Departementets vurderinger og forslag

Som redegjort for under punkt 8.2, skal kommunen sørge for nødvendig og forsvarlig psykososial beredskap og oppfølging i en akutt situasjon/beredskapssituasjon og i en oppfølgingsfase etterpå. Som nevnt følger kommunens ansvar for psykososial beredskap og oppfølging av flere lover, herunder helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-1 og 3-2 flg.

Etter departementets vurdering er det viktig at kommunens ansvar for psykososial beredskap og oppfølging fremgår tydeligere av loven enn i dag. En tydeliggjøring av lovkravet vil etter departe-

mentets vurdering bidra til at psykososial beredskap og oppfølging planlegges og ytes innenfor en mer forutsigbar og forpliktende ramme enn i dag. En forsvarlig beredskap og oppfølging er spesielt viktig med tanke på det endrede tidspunktet, økte trusler mot samfunnsikkerhet og krisesituasjoner forårsaket av klimaendringer. Det er viktig at alle kommuner forstår sitt ansvar og at ansvaret prioriteres.

Under henvisning til ovenstående foreslår derfor departementet en tydeliggjøring av kommunens ansvar for psykososial beredskap og oppfølging ved at helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 3 gis en tilføyelse i form av en ny bokstav d. Av den grunn vil det også være nødvendig med enkelte andre tekniske justeringer i bestemmelsen.

Kommunens plikt til å tilby tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 3, og da særlig § 3-2 første ledd, vil være veiledende for hva en person som har rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester, kan forvente av tilbud fra kommunen. Reglene angir et minimumsnivå av tjenester som kommunen er forpliktet til å yte. Både omfanget, arten av psykososial oppfølging i den akutte fasen og oppfølging i etterkant av hendelsen/lengden på oppfølgingsfasen vil være individ- og situasjonsbetinget. Kommunen må derfor tilpasse tilbudet til den enkeltes individuelle forutsetninger, situasjon og behov.

Enkelte høringsinstanser mener at lovbestemmelsen bør forplikte kommunene til å utarbeide planer for psykososial beredskap og oppfølging, samt angi hvilke profesjoner som skal inngå i beredskapen.

Psykososial beredskap og oppfølging særpreges av at personell fra en rekke tjenestesteder skal kunne rykke raskt ut, med ujevne mellomrom og på kort varsel til uavklarte hendelser av svært ulik art og størrelse. Forutsigbarhet i organisering, øvelser, bemanning og økonomiske rammer er viktige faktorer for tjenester som skal håndtere akutte situasjoner. I tråd med helse- og omsorgstjenesteloven § 5-2 har kommunen allerede plikt til å utarbeide beredskapsplan for helse- og omsorgstjenester som skal tilbys i kommunen, jf. helseberedskapsloven § 1-3. Dette omfatter også psykososial beredskap. Den konkrete utformingen av planen vil blant annet avhenge av størrelsen på kommunen, kommunens tilgjengelige ressurser og bosettingsmønster.

Departementet viser i den forbindelse til et grunnleggende prinsipp om at kommunen som hovedregel selv skal kunne tilpasse tjenester og organisering til lokale forhold for å sikre at pasienter og brukere får et forsvarlig helse- og omsorgstilbud. Departementet finner det derfor ikke formålstjenlig å gi detaljerte regler om utarbeidelse av planer. Departementet foreslår heller ikke å lovfeste et krav om at kommuner skal sørge for etablering av psykososiale kriseteam. Den enkelte kommunen må selv vurdere om ansvaret for psykososial beredskap og oppfølging skal ivaretas gjennom opprettelse av psykososiale kriseteam eller på annen måte. På tilsvarende måte vil det være opptil den enkelte kommunen å selv avgjøre hvilke profesjoner som eventuelt skal inngå i kriseteam eller beredskapsplanen. Departementet vil imidlertid vise til Helsedirektoratets veileder *IS-2428 Mestring, samholdighet og håp. Veileder for psykososiale tiltak ved kriser, ulykker og katastrofer*. Kapittel 4 om organisering av psykososial oppfølging ved kriser, ulykker og katastrofer vil være et sentralt verktøy for kommunens planlegging og gjennomføring av psykososiale tiltak.

For ordens skyld bemerkes det at kommunen har rett til å gi helsepersonell pålegg om å utføre nødvendig arbeid i forbindelse med ulykker og andre akutte situasjoner, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 5-3. Departementet kan derfor ikke se at det foreligger et behov for å gi regler om hvilke fagpersonell som må være tilgjengelig for kommunen i slike situasjoner.

Helsetjenesten på Svalbard er organisert på en annen måte enn kommunale helse- og omsorgstjenester på fastlandet. Blant annet av den grunn er helse- og omsorgstjenesteloven ikke gjort gjeldende på Svalbard. Dette innebærer at forslaget om å tydeliggjøre kommunens ansvar for psykososial beredskap og oppfølging ikke vil få virkning på Svalbard. Erfaringer fra blant annet 22. juli-hendelsen, øvelse Svalbard 2014 og skredulykken i Longyearbyen desember 2015, viser at psykososial beredskap er minst like viktig på Svalbard som på fastlandet. Departementet vil derfor i samarbeid med Justis- og beredskapsdepartementet vurdere status for psykososial beredskap og oppfølging på Svalbard i en egen prosess som ledd i oppfølgingen av evalueringen av skredulykken i Longyearbyen desember 2015.

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

9.1 Innledning

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

9.2 Nærmere om høringen

Høringsnotatet om oppheving av krav om henvisning ble sendt på bred høring. Listen over høringsinstanser gjengitt i punkt 2.2 er langt på vei sammenfallende med den listen over instanser høringsnotatet ble sendt til.

Følgende instanser har sendt inn høringsuttalelse:

Arbeids- og sosialdepartementet
Bergen kommune
Bjerkreim kommune
Bærum kommune
Cerebral Parese-foreningen
Datatilsynet
Eidsvoll kommune
Fagforbundet
Fjell kommune
Forbrukerrådet
Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon
Halden kommune
Helse Bergen HF
Helse Fonna HF
Helsedirektoratet
Høgskolen i Oslo og Akershus – institutt for fysioterapi
Høgskulen på Vestlandet
Hå kommune

Kreftforeningen
Larvik kommune
Legeforeningen
Lovisenberg Diakonale Sykehus
Nasjonal kompetansetjeneste for sjeldne diagnoser
Universitetet i Tromsø – Norges Arktiske Universitet, det helsevitenskapelige fakultet
Norges Handikapforbund
Norges Optikerforbund
Norsk Fysioterapeutforbund
Norsk Kiropraktorforbund
Norsk Manuellterapeutforening
Norsk Sykepleierforbund
Norsk Revmatikerforbund
Oslo kommune
Oslo Universitetssykehus HF
Pasient- og brukerombudet i Oslo og Akershus / Eldreombudet i Oslo
Pensjonistforbundet
Privatpraktiserende Fysioterapeuters Forbund
Senjalegen
Skjærgårdsklinikken
Røros Sykehus
Vinje kommune
Vestre Viken HF
Vågan kommune

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

Arbeids- og velferdsdirektoratet
Justis- og beredskapsdepartementet
Kommunal- og moderniseringsdepartementet
Landbruks- og matdepartementet
Landslaget for offentlige pensjonister
Norges tannteknikerforbund
Regionsenter for barn og unges psykiske helse
Samferdselsdepartementet
Statens legemiddelverk
Statistisk sentralbyrå
Sørlandet sykehus HF
Utenriksdepartementet

Departementet har også mottatt enkelte høringsuttalelser fra privatpersoner.

9.3 Gjeldende rett

Av folketrygdloven § 5-8 første ledd fremgår at trygden yter stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos fysioterapeut. Helse- og omsorgsdepartementet har i medhold av bestemmelsens femte ledd gitt forskrift om stønad til dekning av utgifter.

I bestemmelsens andre og tredje ledd er det stilt vilkår for slik stønad. For det første er det en forutsetning for stønad i medhold av bestemmelsen at fysioterapeuten har kommunal driftsavtale. Videre er det en forutsetning at behandlingen må være av vesentlig betydning for medlemmets sykdom og funksjonsevne. I tillegg er det et vilkår for rett til stønad at medlemmet er henvist fra lege, kiropraktor eller fysioterapeut med videreutdanning i manuellterapi. Det er ikke et krav om henvisning for stønad til behandling hos fysioterapeut med videreutdanning i manuellterapi, jf. tredje ledd andre punktum.

I forskrift 22. juni 2016 nr. 770 om stønad til dekning av utgifter til fysioterapi m.m. er kravet om henvisning presisert i § 1 første ledd. I forskriften § 2 er det listet opp en rekke krav til henvisningens innhold. Det følger av bestemmelsens første ledd at henvisende behandler må oppgi nøyaktig diagnose og resultatet av foretatte undersøkelser. Behandlingens hensikt bør angis klart i henvisningen.

Det er det enkelte medlem som har rett til stønad til helsetjenester omfattet av folketrygdloven kapittel 5, jf. loven § 22-1. De fleste behandlere har inngått avtale om direkte oppgjør med Helfo. Behandler kan da ikke kreve pasienten for den delen av honoraret som trygden dekker.

I medhold av folketrygdloven § 5-24 a ytes det stønad til dekning av utgifter til helsetjenester som medlem av folketrygden har hatt i et annet EØS-land. Stønad ytes etter regler fastsatt av departementet i forskrift 22. november 2010 nr. 1466 om stønad til helsetjenester mottatt i et annet EØS-land. I forskriften § 5 fremgår følgende av første ledd:

«Når henvisning fra helsepersonell er et vilkår for rett til stønad til dekning av utgifter til helsetjenester i Norge eller rett til å motta helsehjelp på det offentliges bekostning i Norge, gjelder vilkåret tilsvarende for stønad til helsehjelp mottatt i et annet EØS-land.»

9.4 Forslag i høringsnotatet

9.4.1 Generelt

Regjeringen har foreslått å oppheve kravet om henvisning for å få refundert utgifter fra folketrygden for behandling hos fysioterapeut. Formålet med forslaget er å forenkle tilgangen til tjenesten, og å redusere bruken av fastlegetjenester utelukkende for å få en henvisning til fysioterapi. På den måten kan pasientene få raskere oppstart av nødvendig behandling. Tiltaket vil bidra til å avlaste fastlegene på muskel- og skjelettområdet.

Det er i dag primært fastlegen som henviser til fysioterapeut. Det er fysioterapeuten selv som avgjør behandlingsform, behandlingstid og antall behandlinger på bakgrunn av opplysninger på henvisningen og egen vurdering av pasientens behov. Fysioterapeuten kan på bakgrunn av egen undersøkelse og vurdering endre behandlingsdiagnosen legen har satt. Fysioterapeuten foretar selv prioriteringer av pasienter i egen praksis, i noen grad i samarbeid med kommunen. For mange pasienter medfører derfor dagens ordning et legebesøk som ikke gir merverdi for oppfølging eller behandling. Det gir ekstra kostnader for både pasienten og folketrygden i form av egenbetaling og stønad, og forsinket oppstart av behandling. Dagens ordning legger også beslag på fastlegeressurser som kunne vært benyttet til andre pasienter og oppgaver.

Ved innføring av primærkontaktrollen for kiropraktorer og manuellterapeuter i 2006, jf. Ot.prp. nr. 28 (2005–2006) *Om lov om endring i folketrygdloven og pasientrettighetsloven (regulering av behandling hos kiropraktor og manuellterapeut)*, opphørte kravet om henvisning fra lege for å få rett til trygderefusjon for behandling hos disse behandlergruppene. Kiropraktorer og manuellterapeuter fikk også anledning til å sykmelde sine pasienter for muskel- og skjelettlidelser i inntil 8 uker (senere utvidet til 12 uker) og anledning til å henvise til legespesialist og til fysikalsk behandling (annen fysioterapi). I tillegg fikk manuellterapeuter anledning til å rekvirere radiologiske undersøkelser etter samme vilkår som kiropraktorer. Forut for at ordningen ble innført ble det iverksatt et forsøksprosjekt (henvisningsprosjektet) i 1999 etterfulgt av en forsøksordning (2001–2003) i fylkene Vestfold, Nordland og Hordaland. Prosjektet ble evaluert av SINTEF-Unimed, som konkluderte med at prosjektet var vellykket. Ventetid på behandling gikk ned og bortfall av kravet om henvisning innebar en innsparing i form av redusert egenandel og reduserte refusjoner fra

folketrygden på grunn av raskere oppstart av behandling. Evalueringen viste også at manuelleterapeuter sykmeldte færre pasienter og henviste færre til radiologiske undersøkelser enn fastlegen for samme pasientgruppe. Dette har bidratt til en riktigere prioritering og reduksjon i ventetid for den enkelte og til tjenestene generelt.

I dag praktiseres ikke krav om henvisning fra lege eller annen instans for behandling hos lønte fysioterapeuter i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Fastlønte fysioterapeuter arbeider blant annet på helsestasjon, i barnehage eller skole, i pasientens hjem, frisklivssentral, kommunalt lærings- og mestringssenter, i sykehjem, kommunalt rehabiliteringssenter eller annen kommunal virksomhet. Mange henvisninger til fastlønte fysioterapeuter kommer fra bestillerkontor, helsesøster, hjemmetjenester og andre, og ofte i form av muntlige henvendelser. Dette forhindrer ikke at fysioterapeuten iverksetter behandling. Det er heller ikke krav om henvisning for å oppsøke fysioterapeut uten avtale med kommunen, men i slike tilfeller utløses ikke refusjon fra folketrygden for behandlingen.

Parallelt med at direkte tilgang innføres vil det være nødvendig at kommunene har dialog med avtalefysioterapeutene i sin kommune om prioriteringer. God kommunal styring er viktig for å legge til rette for at fysioterapeuten prioriterer pasienter med størst behov og skiller mellom pasienter som kan vente, ikke trenger fysioterapi og de som vil ha stor nytte av behandling med kort ventetid.

Departementet arbeider med en forskrift som skal regulere virksomheten til avtalefysioterapeutene, herunder fastsette kvalitets- og funksjonskrav. Formålet med en slik forskrift er å gi kommunen et verktøy til å styre fysioterapitjenesten i retning av kommunens behov. Direkte tilgang til fysioterapeut må sees i sammenheng med dette tiltaket. Forskriftsutkast planlegges sendt på høring i løpet av 2017.

Det er i dag lang ventetid hos de fleste avtalefysioterapeuter, og det legges til grunn at aktuell tilgjengelig kapasitet er fullt utnyttet. Antall årsverk for avtalefysioterapeuter har ifølge SSB (KOSTRA) økt med ca. 600 siden driftstilskuddsordningen ble innført i 1984 og frem til 31. desember 2015. Dette er en økning på 22 prosent over 31 år. Det er liten grunn til å tro at kommunene vil øke antall driftsavtaler som følge av at kravet om henvisning fjernes. Det er kun gjennom et økt volum i tjenesten at kostnadene kan øke. At flere pasienter blir behandlet innenfor gjeldende kapasitet fordi de kommer tidligere til behandling og

antallet behandlinger derfor blir færre, vil være et ønsket resultat.

I høringsforslaget ble det foreslått en rekke endringer i forskrift som følge av at kravet om henvisning blir opphevet. Departementet vil arbeide videre med disse endringene forutsatt at foreslåtte lovendringer blir vedtatt.

9.4.2 Særlig om stønad til dekning av utgifter til behandling i andre EØS-land – krav om henvisning

Som det fremgår av beskrivelsen av gjeldende rett i punkt 9.3 kan medlemmer av folketrygden, på nærmere vilkår, få stønad til dekning av utgifter til fysioterapi i andre EØS-land. Ordningen ble innført gjennom Ot.prp. nr. 92 (2008–2009), og nærmere spesifisert i forskrift 22. november 2010 nr. 1466 om stønad til helsetjenester mottatt i et annet EØS-land.

Stønadsordningen ble etablert fra 1. januar 2011 for å dekke utgifter pasienter har hatt til helsehjelp i andre land i EØS-området. Det ble blant annet argumentert med at ordningen ville gi pasienter økt valgfrihet med hensyn til om de vil motta helsehjelpen i Norge eller i andre EØS-land. I proposisjonen foreslo departementet som et utgangspunkt at vilkårene for stønad til behandling i andre EØS-land skulle være de samme som gjelder for tilsvarende behandling i Norge med utgiftsdekning fra det offentlige. I drøftingen av henvisningskravet uttalte departementet blant annet:

«Det er et sentralt utgangspunkt både i EF- og EFTA-domstolens praksis og i Kommisjonens direktivforslag at man kan stille samme vilkår som gjelder for å få tilsvarende helsehjelp i hjemlandet.»

Når nå departementet foreslår å oppheve kravet for stønad til dekning av utgifter til behandling hos fysioterapi i Norge, vil tilsvarende måtte gjelde knyttet til refusjon av tilsvarende helsehjelp i andre EØS-land. Samtidig reiser en oppheving av kravet om henvisning for å få stønad til dekning av utgifter til fysioterapi noen særskilte problemstillinger knyttet til behandling mottatt i andre EØS-land. Saksbehandlingen og kontrollrutinene i Helfo er annerledes og muligheten for å følge opp den enkelte behandler er dårligere. Det er også mer krevende for Helfo å få ytterligere dokumentasjon i stønadssakene. Mange av disse utfordringene ligger der i dag, uten at det antas å være et større misbruk av trygdeytelser knyttet til dette

området enn andre stønadsområder. Risikoen er uansett ikke så stor at det er aktuelt å legge bort forslaget om å fjerne kravet til henvisning for behandling i Norge. Helfo er kjent med hvilke utfordringer stønadsområdet har, og dersom rammevilkårene endres vil det måtte foretas en fornyet risikovurdering og eventuelt iverksettes nye kontrollrutiner med henblikk på å redusere risikoen.

Sammenlignet med stønad til dekning av utgifter til fysioterapi i Norge har denne stønadsordningen lite omfang. Dersom forslaget om å fjerne sykdomslisten i fysioterapiordningen gjennomføres, vil det trolig bli enda færre som benytter seg av denne muligheten fremover.

Departementet understreker at det fortsatt vil være et krav om at mottatt behandling er nødvendig og medlemmet bærer selv risikoen for at mottatt behandling er stønadsberettiget. Stønad etter denne bestemmelsen utbetales etterskuddsvis i medhold av fremsatte refusjonskrav.

9.5 Høringsinstansenes syn

Departementet har mottatt 57 hørings svar. Av disse har 15 ingen merknader. Flertallet av høringsinnspillene støtter forslaget. Flere høringsinstanser har gitt utfyllende hørings svar, blant annet utdanningsinstitusjoner, kommuner, helseforetak, brukerorganisasjoner og profesjonsforeninger.

Temaene i de fleste hørings svarene gjelder følgende forhold:

- Fysioterapeuters selvstendige rolle og kompetanse
- Prioritering av pasienter
- Kommunikasjon med fastlegen – krav til epikrise

Skjærgårdsklinikken uttaler følgende:

«Det er meget positivt at kravet om henvisning fra lege, manuellterapeut eller kiropraktor for å få dekning av utgifter til undersøkelse og behandling av avtalefysioterapeut, vurderes fjernet. (...). For pasienten kan ordningen begrense tiden for oppstart av behandling.»

Nasjonalt kompetansesenter for sjeldne sykdommer støtter også forslaget, men peker på at en positiv effekt av forslaget forutsetter at kommunene informerer godt om hvilke fysioterapeuter de har inngått avtale med.

Bjerkreim kommune støtter forslaget om fjerning av henvisningskravet, men uttaler også at «[O]msynet til differensialdiagnostisk vurdering og risiko for å oversjå alvorleg sjukdom er viktig.»

Privatpraktiserende Fysioterapeuters Forbund er positiv til forslaget og mener «at de viktigste fordelene som oppnås ved den foreslåtte endringen er at den gjør det lettere for innbyggerne å kontakte fysioterapeut, og at det vil lette belastningen på henvisende helsepersonell.» Videre uttales «at det fremlagte forslaget om bortfall av henvisningskravet i folketrygdloven § 5-8 er solid begrunnet og et skritt i riktig retning for å lette befolkningens tilgang til den kommunale fysioterapitjenesten. PFF stiller seg derfor fullt ut bak den foreslåtte endringen.»

Vinje kommune ønsker ikke å innføre tiltaket og påpeker at tiltaket vil svekke fastlegens rolle som portvokter i primærhelsetjenesten. Det uttales blant annet:

«Eg meiner at å fjerne krav om henvisning vil føre til at fastlegane blir meir perifere og mindre involvert i utredning, behandling og oppfølging av pasienter med muskel og skjelettlidinger. Eg frykter at samarbeid mellom fysioterapeut og lege vil bli dårlegare med denne endringa.»

Senjalegen støtter forslag som øker tilgjengeligheten til fysioterapi, men mener at direkte tilgang ikke er det beste tiltaket. Det «viktigste tiltaket for å øke tilgjengelighet og kvalitet i fysioterapitjenesten er den omtalte forskriften som skal legge føringer for hva fysioterapeutene skal prioritere, og kanskje enda viktigere: Hva de ikke skal prioritere.»

Norges Handikapforbund støtter forslaget, men ber departementet om å følge opp utviklingen med den nye ordningen. Det gir uttrykk for en viss bekymring for at personer med kroniske lidelser kan bli nedprioritert.

Lovisenberg Diakonale Sykehus uttaler blant annet følgende:

«Lovisenberg Diakonale Sykehus støtter forslaget og mener at tiden er inne for å fjerne henvisningskravet til fysioterapeuter som har driftsavtale med kommunen.»

Forbrukerrådet støtter forslaget.

Datatilsynet peker på omtalen i høringsnotatet av utvekslingen av informasjon mellom fysioterapeut og fastlege, og understreker at tilsynet anser samtykke fra pasienten som det beste grunnlaget

for utveksling av informasjon mellom behandlere for å bevare tillit og det gode samspillet mellom pasient og behandler.

Høgskolen i Akershus støtter forslaget og uttaler blant annet:

«Fysioterapeuter utdannet i Norge har gjennom sin bachelorutdanning, og påfølgende turnusår før autorisasjon, gode forutsetninger for å behandle pasienter uten henvisning fra lege eller annen instans. Dette er ivarettatt ved at fysioterapeuter gjennom sin grunnutdanning og sitt turnusår tilegner seg gode kunnskaper og ferdigheter i å undersøke funksjon, stille funksjonsdiagnose og gjenkjenne indikasjon på mulig, alvorlig underliggende patologi. Fysioterapeuter utdannet i Norge får god kompetanse i å skille mellom hva de kan behandle og hva som ligger utenfor deres kompetanseområde, og som da må henvises videre til andre undersøkelser/annen behandling.»

Pensjonistforbundet uttaler at forslaget kan ha positiv verdi, men samtidig at det kan føre til at risikoen for alvorlig sykdom overses. Det uttaler videre at «[V]i er bekymret for at direkte tilgang til fysioterapi vil gå ut over de mest sårbare pasientene (...).»

Universitetet i Tromsø uttaler blant annet følgende:

«Vi slutter oss til HODs konstatering av at fysioterapeuter er kompetente til å arbeide selvstendig med undersøkelse, vurdering og behandling av pasienter uten at det er nødvendig at de går veien via lege først. (...). Vi mener at kravet om henvisning fra lege har hatt en viktigere økonomisk enn faglig funksjon.»

Norsk Sykepleierforbund støtter forslaget, og mener «det bereder grunnen for en bedre utnyttelse av den samlede kompetansen i kommunen».

Larvik kommune støtter forslaget og mener at argumentene for og mot er «godt belyst i notatet». Kommunen forutsetter «at det ikke skal være nødvendig å øke kapasiteten i tjenestene for å håndtere evt. endrede behov for kommunale fysioterapitjenester som følge av de foreslåtte endringene».

Fjell kommune uttaler følgende i tilknytning til bortfall av kravet om henvisning for behandling hos fysioterapeut i et annet EØS-land:

«Kommunen ynskjer ikkje at same regelverk skal gjelde for undersøking og behandling i andre EØS land. Dette då kommunen ikkje har

fagleg påverknad ved etablering av driftsavtale og tilsetjing av fysioterapeut. Ordninga vil og medføre særøkonomiske plikter for kommunen.»

Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon har spilt inn følgende i sin høringsuttalelse:

- «– Vi støtter forslaget om fjerne kravet om henvisning for dekning av utgifter ved undersøkelse og behandling hos fysioterapeut.
- For å sikre at de med størst behov prioriteres først, må fysioterapeuter forpliktes til å følge kriteriene for prioritering av pasienter.
- For å imøtekomme den demografiske utviklingen, med befolkningsvekst og et økende antall eldre, må det opprettes flere kommunale driftsavtaler for fysioterapeuter.
- Det må stilles krav til informasjonsutveksling mellom behandlende fysioterapeut og fastlege dersom pasienten har gitt samtykke til det.»

Bergen kommune støtter forslaget, men uttaler blant annet følgende:

«Det er av vesentlig betydning her at departementet vil komme med en ny forskrift som skal regulere avtalefysioterapeutenes virksomhet, herunder funksjons- og kvalitetskrav, tilsvarende det fastlegene har.»

Videre uttaler kommunen at:

«Uten henvisningskravet vil behovet for at kommunen følger opp avtalefysioterapeutenes prioriteringspraksis øke.»

Høgskulen på Vestlandet støtter forslaget og peker på at det siden 2001 ikke har vært nødvendig med henvisning fra lege for behandling hos fysioterapeut uten driftsavtale eller hos fastlønnede fysioterapeuter. Høgskulen uttaler videre:

«Gjennom sin grunnutdanning lærer fysioterapeuten å foreta grundige undersøkelser og vurderinger som danner basis for valg av behandlingstiltak, samt hva som er varsel og symptom ('røde flagg') som bør følges opp av pasientens fastlege. Det er grunnleggende i utdanning av fysioterapeuter å sørge for at kunnskapen på de som uteksamineres er oppdatert og faglig forsvarlig.»

Kreftforeningen støtter forslaget og foreslår at det stilles krav om prioritering av grupper med størst behov for fysioterapi i avtalene om kvalitet med fysioterapeutene. Foreningen foreslår videre at ordningen etter en viss tid evalueres.

Pasient og brukerombudet i Oslo og Akershus/Sosial- og eldreombudet i Oslo støtter forslaget, men er på bakgrunn av henvendelser til ombudet mer opptatt av en annen «flaskehals». Ombudet mener tilgjengeligheten til fysioterapi er for dårlig i dag. Ombudet trekker frem få årsverk og dårlig koordinering av tjenestetilbudet som mulig årsak. Ombudet ber departementet følge med på utviklingen, og vurdere tiltak dersom forslaget ikke gir ønsket effekt. Ombudet uttaler også at «det kan være behov for et klarere krav til dette enn at epikrise ved behov skal sendes til medlemmets fastlege». Flere av høringsinstansene har tilsvarende uttalelser, og påpeker at det må stilles krav til epikrise fra fysioterapeuten til fastlegen.

Norsk Revmatikerforbund støtter forslaget, men uttrykker et forbehold for sin støtte:

«Vår støtte til forslaget forutsetter at dette vil bedre og ikke forverre tilgangen til rask og effektiv behandling hos fysioterapeut for våre grupper. Vi håper derfor at avvikling av henvisningskravet vil gi et mer tilgjengelig tjenestetilbud.»

Oslo Universitetssykehus støtter etter en totalvurdering forslaget, og uttaler:

«Erfaring viser at privatpraktiserende fysioterapeuter har kompetanse til å vurdere pasienten og eventuelt anbefale å kontakte lege dersom det skulle foreligge mistanke om behov for annen utredning».

Helsedirektoratet støtter forslaget, og uttaler at det vil bidra til forenkling og effektivisering både for pasienter, helsepersonell og forvaltningen. Direktoratet uttaler videre:

«Helsedirektoratet vil understreke at forslaget om bortfall av krav til henvisning må sees i sammenheng med arbeidet med ny forskrift som skal regulere virksomheten til avtalefysioterapeutene, inkludert fastsettelse av kvalitets- og funksjonskrav. Isolert sett vil forslaget om bortfall av krav til henvisning kunne føre til økt press på tjenesten, mer fragmenterte tjenester og til at fastlegens medisinske koordinerende rolle vanskeliggjøres. Ny forskrift skal imidlertid bidra til dialog mellom kommune og avtale-

fysioterapeut om prioriteringer, god samhandling mellom avtalefysioterapeuter og fastleger og avtalefysioterapeuter inngår i tverrfaglig samarbeid med andre kommunale helse- og omsorgstjenester.»

Helsedirektoratet støtter videre at kravet om henvisning også faller bort for fysioterapi tilbudt i et annet EØS-land. Direktoratet påpeker samtidig at det vil bli behov for å legge om kontrollrutinene i Helfo dersom henvisningskravet faller bort.

Norsk Manuellterapiforening støtter forslaget, men kun på visse nærmere angitte vilkår. For det første at pasientsikkerheten ivaretas i ny ordning og for det andre at endringen gjennomføres først etter et prøveprosjekt der pasienter gis direkte tilgang til fysioterapeuter med adekvat tilleggsutdanning. Foreningen utaler blant annet følgende:

«(...) det bør sikres at helsepersonell som på det offentlige regning skal behandle pasienter som henvender seg direkte, har nødvendig diagnostisk kompetanse. Det er myndighetene som i siste omgang og etter konkret vurdering må ta stilling til hvilken kompetanse terapeuten da må inneha. Vi forutsetter at departementet foretar en særskilt vurdering av dette temaet.»

Legeforeningen anser at dagens henvisningsordning og samhandling mellom fysioterapeuter og fastleger har betydelige svakheter. Foreningen mener at departementet i kommende forskriftsarbeider bør særlig fokusere på å forbedre dette samarbeidet, og peker på at krav til elektronisk meldingsutveksling bør komme på plass. Når det gjelder forslaget om direkte tilgang til fysioterapi uttaler foreningen:

«Fysioterapeuter tillegges et individuelt ansvar for å utelukke annen alvorlig sykdom. Fysioterapeuters utdanning omfatter ikke utvikling av slik kompetanse i tilstrekkelig grad.»

Videre uttaler foreningen:

«Legeforeningen er for øvrig ikke kjent med at det foreligger forskning av god kvalitet som viser nytte av direkte tilgang til behandling og sykmelding hos manuellterapeuter eller kiropraktorer i Norge.»

Helse Bergen HF støtter forslaget når det gjelder pasienter som ikke har behov for å gå til fastlegen først. Helseforetaket uttrykker samtidig en bekymring for at pasienter ikke får den nødven-

dige koordinerte oppfølgingen etter utskrivning fra spesialisthelsetjenesten. For at dette ikke skal bli et problem, er det viktig med god kommunikasjon mellom fastlegen og fysioterapeuten. Fysioterapeuter bør gi fastlegen informasjon tidlig om det er usikkerhet knyttet til diagnose og behandlingsbehov.

Norsk Kiropraktorforening støtter forslaget. Foreningen minner om at kiropraktorer har de beste forutsetningene for både å utrede og behandle pasienter med korsrygg- og nakkesmerter. Videre uttaler foreningen at erfaringen med bortfall av henvisningskravet til kiropraktor har ført til mindre informasjonsutveksling mellom kiropraktor og lege. Foreningen støtter derfor en egen forskrift om funksjons- og kvalitetskrav for å ivareta god samhandling mellom fastlege og fysioterapeut.

Norsk Fysioterapiforbund (NFF) støtter forslaget, og mener det vil bidra «til å gjøre primærhelsetjenesten mer tilgjengelig for brukerne». Forbudet uttaler videre:

«Fysioterapeuter får gjennom grunnutdanningen og turnusåret gode kunnskaper og ferdigheter i å undersøke funksjon, stille funksjonsdiagnose og gjenkjenne symptomer på mulig, alvorlig underliggende patologi.

(...)

NFF er av den oppfatning at samarbeidet med fastlegene er helt nødvendig og bør styrkes. Myndighetenes økonomiske støtte til at fysioterapeuter med driftsavtale kan koble seg til Helsenettet er av vesentlig betydning for å sikre samhandlingen mellom fysioterapeuter, fastleger og andre aktører som er koblet til Helsenettet.

NFF stiller seg også positiv til at fysioterapeuter, etter samtykke fra pasienten, plikter å sende epikrise til pasientens fastlege etter avsluttet behandling. NFF ønsker å forsterke tilknytningen til pasientens fastlege og foreslår å forsterke ordlyden i tekstforslaget fra departementet når det gjelder epikrise. NFF mener det viktig å understreke fastlegens koordinerende ansvar for pasientene i kommunehelsetjenesten, og at dette samarbeidet er avgjørende for å sikre ivaretagelse av pasientene.»

9.6 Departementets vurdering og forslag

9.6.1 Innledning

Akutte muskel- og skjelettlidelser er en viktig årsak til smerter, funksjonsnedsettelse og helseplager. For mange fører dette til sykemeldinger. Pasienter kan i mange land gå direkte til fysioterapeut uten legehenvvisning. En avvikling av henvisningskravet som vilkår for å få rett til stønad etter folketrygdloven vil gi et mer tilgjengelig tjenestetilbud. I tillegg vil tiltaket gi en mer effektiv bruk av samlede ressurser og avlaste fastlegene som rapporterer at de er overbelastet med oppgaver. Tiltaket er i samsvar med regjeringens mål om å forenkle og avbyråkratisere etablerte ordninger.

9.6.2 Fysioterapeutens rolle og kompetanse

Enkelte høringsinstanser påpeker faren ved at fysioterapeuter som førstekontakt kan overse alvorlig sykdom. Departementet mener at i praksis har fysioterapeuter i mange år iverksatt behandling ut fra egen fagkunnskap, og at henvisning har hatt større økonomisk enn faglig funksjon ved at henvisning har utløst refusjon fra trygden for pasienten. Risikoen for å overse alvorlig sykdom kan ikke anses for å være større hos fysioterapeuter med driftsavtale enn hos fysioterapeuter i andre arbeidsforhold. Direkte tilgang til fysioterapeut kan føre til at fysioterapeuter får et større differensialdiagnostisk ansvar, men allerede i dagens lovverk og forskrift skal fysioterapeuten på bakgrunn av funn ved undersøkelse igangsette nødvendige tiltak. Ifølge utdanningsinstitusjonene har fysioterapeuter gjennom sin bachelorutdanning, og påfølgende turnusår før autorisasjon, gode forutsetninger for å behandle pasienter uten henvisning fra lege eller annen instans. Dette er ivaretatt ved at fysioterapeuter gjennom sin grunnutdanning og sitt turnusår tilegner seg gode kunnskaper og ferdigheter i å undersøke funksjon, stille funksjonsdiagnose og gjenkjenne indikasjoner på mulig, alvorlig underliggende patologi. Fysioterapeuter får god kompetanse i å skille mellom hva de kan behandle og hva som ligger utenfor deres kompetanseområde, og som da må henvises videre til andre undersøkelser eller annen behandling. Dette er noe utdanningene per i dag har stort fokus på, og som det vil bli ytterligere fokusert på i fremtidens utdanning, blant annet gjennom det arbeidet som skal igangsettes i forbindelse med forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanningene

og de programgrupper som skal nedsettes for hver utdanning.

Departementet registrer at Norsk Manuellterapiforening peker på at det er viktig med tilstrekkelig kompetanse hos behandlere ved direkte tilgang, og peker på at det naturlige ville vært en forsøksordning før innføring av den foreslåtte endringen. Departementet viser i denne sammenheng til at da ordningen med bortfall av krav om henvisning for manuellterapeuter og kiropraktorer ble innført i 2006, så gjaldt dette en mye større omlegging. Endringen den gang inkluderte utvidete vilkår som rett til å sykmelde og å henvise til spesialisthelsetjenesten på muskel- og skjelettområdet. Dette var endringer som medførte behov for ny kompetanse og følgelig en forsøksordning.

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

9.6.3 Prioritering av pasienter

Flere kommuner og brukerorganisasjoner har uttalt at de ser prioritering av pasienter som en utfordring. Flere kommuner peker på at en ny forskrift om funksjons- og kvalitetskrav til kommunale fysioterapitjenester må bli et virksomt virkemiddel for kommunen i styringen av avtalefysioterapeuter.

Departementet arbeider med et høringsfor-slag til forskriftsfesting av funksjons- og kvalitetskrav. Et viktig hensyn i forskriftsarbeidet er at forskriften skal være et nyttig verktøy for kommunen i arbeidet med å utvikle det kommunale tjenestetilbudet til beste for brukerne. Et viktig tema her vil være dialog mellom kommunen og avtalefysioterapeutene om prioritering, god samhandling mellom avtalefysioterapeuter og fastleger og at avtalefysioterapeuter skal inngå i tverrfaglig samarbeid med andre kommunale helse- og omsorgstjenester. Det er kommunene som har ansvar for fysioterapitjenesten og som må sørge for å dimensjonere tjenesten etter brukernes behov. Også i dag må fysioterapeutene prioritere mellom pasientgrupper i sin praksis. Det gjelder både å gi pasienter som trenger undersøkelse og behandling et tilbud og å gi uttrykk for overfor henvisende instans når fysioterapi ikke er det rette tiltaket for pasienten. Henvisningen fra legen påvirker i liten grad denne prioriteringen i dag. Departe-

mentet mener at bortfall av henvisningskravet ikke vil medføre at enkelte pasientgrupper, som for eksempel de med kroniske lidelser, skal måtte vente lenger på behandling enn øvrige pasientgrupper.

9.6.4 Kommunikasjon med fastlegen

Både legeföreningen, de tre profesjonsforeningene for fysioterapeuter og enkelte kommuner og helseforetak har påpekt at behovet for kommunikasjon med pasientens fastlege blir viktig. På nærmere vilkår åpner helsepersonelloven §§ 25 og 45 allerede i dag for utveksling av taushetsbelagte opplysninger mellom samarbeidende helsepersonell med mindre pasienten motsetter seg dette.

Gjennom strukturelle tiltak mener departementet at forutsetningene for nødvendig samhandling mellom fastlege og fysioterapeut har økt. I fjorårets honorartarifforhandlinger fikk fysioterapeutene kompensasjon for oppkopling til Norsk Helsenett (NHN). Tall fra Helsedirektoratet viser at per 1. januar 2017 sendte 43 prosent av fysioterapeutene meldinger (oppgjørskrav) over linje via NHN. Det forventes en betydelig økning av oppkoplingen i løpet av våren 2017. NHN er tilrettelagt for sikker kommunikasjon mellom aktørene som er koblet på. Departementet mener forholdene ligger godt til rette for god og sikker kommunikasjon mellom fysioterapeutene og fastlegene. Departementet vil i arbeidet med forskriftsfesting av krav til funksjons- og kvalitetskrav vurdere regulering som sikrer at fysioterapeuter deler informasjon med pasientens fastlege, forutsatt at pasienten ikke motsetter seg slik informasjonsutveksling. Departementet viser i denne sammenheng også til helsepersonelloven § 45a om epikrise.

9.6.5 Departementets forslag

Som nevnt innledningsvis i punkt 9.3 er det i folketrygdloven § 5-8 andre og tredje ledd stilt vilkår for at trygden skal yte stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos fysioterapeut. Av tredje ledd første punktum fremgår at medlemmet må være henvist fra lege, kiropraktor eller manuellterapeut for å ha rett til stønad. Av bestemmelsens andre punktum fremgår at kravet til henvisning ikke gjelder ved undersøkelse og behandling hos manuellterapeut.

Under henvisning til ovenstående drøftelse opprettholder departementet forslaget fra høringsnotatet om å oppheve folketrygdloven § 5-8 tredje ledd første og andre punktum.

Endringer i helselovgivningen
(overføring av det offentlige tannhelsetjenesteansvaret, lovfesting av kompetansekrav m.m.)

Vilkåret i folketrygdloven § 5-8 tredje ledd tredje punktum om at behandlingen må være av vesentlig betydning for medlemmets sykdom og funksjonsevne, videreføres uendret.

10 Overføring av ansvaret for tannhelsetjenester fra fylkeskommunen til kommunen

10.1 Historikk – tidligere vurderinger av forvaltningsnivå for ansvaret for offentlige tannhelsetjenester

Tannhelsetjenesteloven trådte i kraft 1. januar 1984. Et av formålene med forslaget til en egen lov om tannhelsetjenesten var å gi bedre samordning og styring med de ressursene som brukes i tannhelsesektoren, blant annet ved å samle den kommunale skoletannpleien og den fylkeskommunale folketannrøkta på ett og samme forvaltningsnivå, jf. Ot.prp. nr. 49 (1982–83) *Om lov om tannhelsetjenesten (tannhelsetjenesten i fylkeskommunene)*.

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

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

«Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Venstre er enig i at det tas stilling til framtidig organisering av tannhelsetjenesten ved Stortingets behandling av den varslede stortingsmeldingen. På grunn-

lag av at tannhelsetjenesten i dag ligger under fylkeskommunene som dagens regionale nivå, legger flertallet til grunn at det må sterke grunner til dersom tannhelsetjenesten skal gis en annen plassering.»

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

10.2 Forslaget i Oppgavemeldingen og Stortingets behandling av meldingen

10.2.1 Overføring av den fylkeskommunale tannhelsetjenesten til kommunene

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

«Etter departementets vurdering vil det være fordelene ved å overføre det fylkeskommunale ansvaret for tannhelsetjenesten til større og mer robuste kommuner. Tannhelsetjenesten har grenseflater mot kommunale tjenesteområder, og det vil kunne gi god effekt å organisere og integrere allmenntannhelsetjenester med det kommunale helsefremmende og forebyggende arbeid og med helse- og omsorgstjenesten i kommunen. Organisatorisk og faglig integrering av allmenntannhelsetjenester med øvrige kommunale helse- og omsorgstjenester

vil gi bedre muligheter til å ivareta det samlede tjenestebehov, spesielt overfor dem med særskilte og store hjelpebehov. Et eksempel er personer med rett til individuell plan.

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

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

ter vil kunne fortsette sin praksis uavhengig av oppgaveoverføring ettersom det ikke eksisterer et driftsavtalesystem for disse.

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

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

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

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

I Oppgavemeldingen ble det lagt til grunn at generalistkommuneprinsippet fortsatt skal være hovedmodellen for kommunesektoren og at nye oppgaver som hovedregel skal overføres til alle kommuner. Den viktigste begrunnelsen for dette er at generalistkommunesystemet bidrar til en oversiktlig offentlig forvaltning for innbyggerne og mindre sektorisering og gråsoner. Oppga-

vemeldingen legger ikke opp til et system med oppgavedifferensiering ut fra størrelsen på kommunene (innbyggertall). Meldingen åpnet likevel for å overføre enkelte nye oppgaver, som videregående opplæring og kollektivtransport, kun til de største kommunene. Departementet legger etter dette til grunn at ansvaret for tannhelsetjenester skal tilligge hver enkelt kommune, slik det er for fylkeskommunene i dag. Flertallet i kommunal- og forvaltningskomiteen understreket også at generalistkommuneprinsippet ligger fast som hovedregel for kommunesektoren, jf. Innst 333 S (2014–2015) punkt 3.2 side 20.

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

10.2.2 Høringsinstansenes syn på oppgaveoverføringen

Denne proposisjonen inneholder forslag til fremtidig regulering av det offentliges ansvar for tannhelsetjenester på kommunalt nivå. Proposisjonen bygger på Oppgavemeldingen hvor det fremgår at det skal utredes nærmere *hvordan* implementeringen skal skje. Det er Stortinget som ved behandling av den foreliggende lovproposisjonen skal ta endelig stilling til hvilket forvaltningsnivå som i fremtiden skal ivareta det offentliges ansvar for tannhelsetjenester. Departementet viser her til merknaden fra flertallet i kommunal- og forvaltningskomiteens innstilling til Oppgavemeldingen, hvor det heter at ansvaret for tannhelsetjenester «bør» overføres til kommunene. Departementet ser det slik at dette forbeholdet ble lagt til grunn for Stortingets vedtak av 9. juni 2015. Det vil si at det på dette tidspunktet ikke ble truffet en endelig beslutning om å overføre denne oppgaven.

Spørsmålet om ansvaret for tannhelsetjenester bør overføres fra fylkeskommunen til kommunen, har på denne bakgrunn ikke vært tema i høringen. De fleste høringsinstansene har likevel kommentert dette. Mange høringsinstanser har dessuten kun uttalt seg om oppgaveoverføringen og ikke gått nærmere inn på de enkelte forslagene i høringsnotatet. Det er derfor kommet relativt få merknader til det konkrete innholdet i lovforslagene.

Av hensyn til Stortingets behandling av regjeringens samlede forslag som fremmes i forbindelse med kommunereformen, har departementet

inkludert en kort omtale av de generelle tilbakemeldingene fra høringsinstansene i denne proposisjonen.

10.2.2.1 Generelt om overføring av ansvaret for tannhelsetjenester

Det er avgitt til sammen om lag 200 høringsuttalelser til høringsnotatet om oppfølging av forslagene i Primærhelsetjenestemeldingen og Oppgavemeldingen. Av disse har om lag 130 uttalt seg om forslagene knyttet til overføring av ansvaret for tannhelsetjenester. Et stort flertall av disse høringsinstansene (om lag 90) går imot å overføre det offentliges ansvar for tannhelsetjenester fra fylkeskommunen til kommunen. Blant disse er KS – *Kommunesektorens organisasjon*, 17 av 18 fylkeskommuner som har avgitt uttalelse og om lag 30 av om lag 50 kommuner som har uttalt seg. Andre høringsinstanser som går imot oppgaveoverføringen er blant annet *Helsedirektoratet*, *Den norske tannlegeforening*, *Norsk Tannpleierforening*, *Tannhelsesekretærenes forbund*, *Akademikerne*, *Delta*, *Fagforbundet*, *Legeforeningen*, *Det odontologiske fakultet ved Universitetet i Oslo* og *Norsk Forbund for Utviklingshemmede*.

Motstanden blant høringsinstansene mot å overføre ansvaret til kommunene begrunnes dels med at dagens tjenester ivaretas på en svært god måte av fylkeskommunene. Mange høringsinstanser er av den grunn bekymret for konsekvensene av oppgaveoverføringen og ser ikke begrunnelsen for en så radikal endring så lenge dagens ordning fungerer godt. Dels viser mange høringsinstanser til at man også etter kommunesammenslåinger som følge av kommunereformen, vil ha en situasjon med mange små kommuner i Norge. Disse vil ikke kunne overta ansvaret for tannhelsetjenester alene og det vil derfor være behov for et omfattende interkommunalt samarbeid, noe som vil være i strid med en av kommunereformens uttalte målsettinger. Flere høringsinstanser uttrykker også bekymring for at overføring av ansvaret til kommunene vil medføre fragmentering og forvitring av etablerte kompetansemiljøer. De viser videre til at oppgaveoverføringen vil ha økonomiske og administrative konsekvenser for kommunene og medføre behov for tilføring av midler utover det som i dag overføres til fylkeskommunene gjennom rammetilskuddet. Mange høringsinstanser er dessuten uenige i at man kan forvente noen effektiviseringsgevinst ved å overføre ansvaret fra et lite antall store fylkeskommuner til et stort antall små kommuner, og at smådriftsulempene vil være betydelige. Mange mener

derfor at ansvaret for tannhelsetjenester bør beholdes på et regionalt nivå, eventuelt legges til de nye regionene.

KS – Kommunesektorens organisasjon uttaler:

«KS hovedstyre vedtok i hovedstyremøte 16. september 2016 at: «KS forutsetter at ansvaret for tannhelsetjenesten i sin helhet blir lagt til folkevalgte regioner.» Generelt til overføringen av ansvaret vil KS påpeke at dette ikke er en oppgave som kommunesektoren har bedt om. Selv om det er enkelte argumenter for å overføre tannhelsetjenesten til kommunene, er det derfor KS oppfatning at det vil være best for pasientene og samfunnet om Den offentlige tannhelsetjenesten fortsatt er organisert på et regionalt nivå.»

Flere høringsinstanser mener at forslagene i høringsnotatet er for dårlig utredet til at man kan ta endelig stilling til overføring av denne oppgaven til kommunene. *Den norske tannlegeforening (NTF)* har store innvendinger mot forslagene i høringsnotatet og sammenfatter sine hovedsynspunkter slik:

«NTF mener at det ikke er forsvarlig å vedta en overflytting av ansvaret for den offentlige tannhelsetjenesten («DOT») fra fylkeskommunene til kommunene basert på forslagene i høringsnotatet. NTF er alvorlig bekymret for at forslaget vil svekke den norske tannhelsemodellen og medføre negative konsekvenser for befolkningens tannhelse. Regjeringens og Stortingets forutsetning for å flytte dette ansvaret har hele tiden vært at kommunene er store og robuste og dermed i stand til å utføre oppgaven. Denne forutsetningen er ikke oppfylt. Det foreligger ingen behovs- eller konsekvensutredning. Forslaget medfører betydelig usikkerhet når det gjelder muligheten for å opprettholde et forsvarlig og velfungerende tannhelse tilbud til befolkningen.»

Ålesund kommune mener at argumentene for at primærhelsetjenesten er riktig nivå for tannhelse-tjenesten foreløpig er svake sett i forhold til motargument knyttet til økonomiske merutgifter, rekruttering, kompetanse og mulighetene for god og effektiv styring av tjenestene, og uttaler videre:

«Vi ser dette som en reform avfødt av kommunestruktursaken og et politisk behov for å oppmuntre kommuner til sammenslåing gjennom å forespeile nye oppgaver. Vår holdning til for-

slaget om overtakelse av tannhelsetjenesten er at denne saken er prematur og bør trekkes i påvente av at både kommunestruktursaken og regionreformsaken er endelig behandlet av Stortinget. Det er ikke mulig å vurdere forsvarligheten i forslaget før den nye strukturen er avklart.»

Et mindretall av høringsinstansene er positive til å overføre ansvaret for tannhelsetjenester til kommunene. Om lag 20 kommuner støtter forslaget, og da i hovedsak større kommuner i sentrale strøk av landet som mener de vil klare å overta oppgaven. Dette gjelder blant annet *Asker kommune, Bærum kommune, Drammen kommune, Fredrikstad kommune, Kongsberg kommune, Lier kommune, Porsgrunn kommune, Skedsmo kommune* og *Stavanger kommune*. Disse høringsinstansene peker på at tannhelsetjenesten har grenseflater mot kommunale tjenesteområder og at det vil kunne gi god effekt å organisere og integrere denne sammen med den kommunale helse- og omsorgstjenesten. De viser til at det kan bidra til bedre sammenheng i tjenestene, sett i lys av at de voksne som har rett til tannhelsehjelp i stor grad er pasienter og brukere av kommunale tjenester. De viser også til at ved å integrere tannhelsetjenester i kommunen vil kommunen lettere kunne se utviklingstrekk i befolkningens tannhelse i sammenheng med andre helse- og sykdomsforhold og bruke det som grunnlag for det forebyggende arbeidet. Også disse høringsinstansene påpeker imidlertid utfordringer knyttet til økonomiske og administrative konsekvenser av oppgaveoverføringen og fremhever behovet for at det må følge med tilstrekkelige midler til omstilling og for å drifte tjenestene på en forsvarlig måte.

10.2.2.2 Særlig om overføring av ansvaret for odontologiske spesialisttjenester

Motstanden blant høringsinstansene mot at kommunene skal pålegges ansvaret for tannhelsetjenester, omfatter også odontologiske spesialisttjenester, inkludert virksomheten ved de seks regionale odontologiske kompetansesentrene. Også kommuner som er enige i overføring av ansvaret for allmenntannhelsetjenester til kommunene, mener at de fleste kommunene vil være for små til å kunne ivareta ansvaret for odontologiske spesialisttjenester.

Mange etterlyser en grundigere utredning av fremtidig forankring av det offentlige ansvaret for odontologiske spesialisttjenester, og mener at

man bør avvente en slik utredning før man kan presentere et samlet forslag for Stortinget.

Flere høringsinstanser mener at det offentlige ansvar for tannhelsetjenester fortsatt bør ligge samlet på regionalt nivå og viser til Stortingets behandling av Meld. St. 22 (2015–2016) *Nye folkevalgte regioner – roller, struktur og oppgaver*, jf. Innst. 377 S (2015–2016). Dette gjelder blant annet et flertall av fylkeskommunene, *Tannhelsetjenestens kompetansesenter Øst, Den norske tannlegeforening og KS – Kommunesektorens organisasjon*.

Andre mener at den delen av fylkeskommunens ansvar som gjelder odontologiske spesialisttjenester bør overføres til staten ved de regionale helseforetakene. Blant de som peker på dette som en løsning er *Helsedirektoratet, Tannhelsetjenestens kompetansesenter Sør IKS, Lovisenberg Diakonale Sykehus HF, Det odontologiske fakultet ved Universitetet i Oslo, Institutt for klinisk odontologi ved det helsevitenskapelige fakultet ved Universitetet i Tromsø – Norges arktiske universitet, Fredrikstad kommune og Norsk Forbund for Utviklingshemmede*.

Felles for høringsinstansene som ønsker å beholde ansvaret for spesialisttannhelsetjenester på et regionalt nivå, eventuelt overføre disse til staten ved de regionale helseforetakene, er at de er bekymret for at de seks regionale odontologiske kompetansesentrene mister sin regionale forankring. De viser til at kompetansesentrene er regionale i sin natur og at plassering på kommunalt nivå vil innebære at enkelte kommuner får ansvar for en tjeneste med et befolkningsansvar langt utover sitt geografiske område, enn hva som er tilfelle for fylkeskommunene som drar fordel av å være større forvaltningsenheter. Høringsinstansene viser til at ivaretagelsen av den enkelte kommunes ansvar vil kreve omfattende interkommunale samarbeidsløsninger og at virksomheten ved kompetansesentrene kan bli gjenstand for vertskommunens lokale prioriteringer, uavhengig av hva som er gode løsninger for hele regionen. De frykter også at kommunal forankring vil medføre at det vil bli problematisk å opprettholde og videreføre levedyktige, eksisterende kompetansemiljøer i sentrene og på offentlige tannklinikker, hvor tannlegespesialister vil være sentrale i fagstøtten til kommunene.

Videre fremhever høringsinstansene at plassering av odontologiske spesialisttjenester på statlig nivå i regionale helseforetak gir nærhet til robuste fagmiljøer og etablerte forskningsmiljøer, økt tverrfaglig samarbeid med spesialisthelsetjenesten samt mulighet for å se tjenestene i sam-

menheng med sykehusodontologi. Overføring av spesialisttannhelsetjenester til staten ved de regionale helseforetakene vil også gi stordriftsfordeler og ivareta kompetanse på avansert medisinsk/odontologisk utstyr. Blant annet *Norsk Forbund for Utviklingshemmede (NFU)* uttaler:

«Det er foreslått at kommunen skal overta ansvaret for de regionale odontologiske kompetansesentrene, dette er NFU ikke enig i. Vi mener disse bør forankres på et regionalt nivå, mest hensiktsmessig under regionale helseforetak. Mange mennesker med utviklingshemming trenger tjenester fra disse senterne og de kan ha store og sammensatte behov, og NFU mener det vil styrke den helhetlige tenkingen rundt munnhelse om man etablerer dette i spesialisthelsetjenesten. Dette vil bidra til god samhandling både mot primærhelsetjenesten og til sykehusodontologien, der de sykeste pasientene kan trenge deler av behandlingsløpet.»

Mange av høringsinstansene som i utgangspunktet er positive til overføring av ansvaret for tannhelsetjenester til kommunene, ønsker ikke at kommunene overtar den delen av ansvaret som omhandler spesialisttjenester. Særlig blant *kommunene* er det mange som er skeptiske til å bli pålagt ansvaret for å sørge for at spesialisttannhelsetjenester er tilgjengelige for befolkningen i fylket. De viser til at disse tjenestene hører mer naturlig hjemme sammen med andre spesialisthelsetjenester og derfor bør forankres hos de regionale helseforetakene. Også *Helse Vest RHF* påpeker dette i sitt hørings svar:

«Helse Vest RHF finn det betimeleg at ansvaret for tannhelsetjenester no vert overført frå fylkeskommunanen til kommunene. Etter at ansvaret for spesialisthelsetenesta vart flytt frå fylkeskommunanen til de regionale helseforetaka, har tannhelsetenesta vore den einaste helsetenesta som ligg att i fylkeskommunen. Det er ønskeleg at tannhelsetenesta framover vert ein betre integrert del av den samla helsetenesta, og då er det også ein føresetnad at denne tenesta også vert styrt og organisert jamsides med den øvrige helsetenesta.

(...)

Før ansvarsoverføringa til kommunane vert sett i verk, meiner Helse Vest at det bør gjennomførast eit arbeid kring kva for funksjonar innan tannhelsetenesta som bør definerast som spesialisthelsetjenester etter mønster som

for andre helsetenester. Kompetanse og resursar knytt til spesialiserte tannhelsetenester bør plasserast i spesialisthelsetenesta for å sikre naudsynt styring, prioritering og tverrfaglig samarbeid med andre.»

10.2.3 Departementets vurderinger og forslag

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

I Oppgavemeldingen ble det vurdert om et alternativ kunne være å overføre den delen av fylkeskommunens ansvar som omhandler odontologiske spesialisttjenester til de regionale helseforetakene. Dette ble imidlertid vurdert å ikke være noen god løsning, blant annet tatt i betraktning det tette samarbeidet mellom tannlegespesialistene og allmenntannlegene ved de fylkeskommunale tannklinikkene. Tannlegespesialister og forskere ved de regionale odontologiske kompetansesentrene samarbeider mest med de fylkeskommunale tannklinikkene og det er en stor fordel at personell på tannklinikkene og tannlegespesialistene på kompetansesentrene har samme arbeidsgiver. Det vises til at Stortinget ved behandlingen av Oppgavemeldingen har sluttet seg til regjeringens forslag om at fylkeskommunens samlede ansvar for tannhelsetjenester bør overføres til kommunen.

Etter departementets vurdering vil en løsning hvor deler av ansvaret forankres hos de regionale helseforetakene eller på et nytt regionalt nivå, medføre en uheldig oppsplitting av det offentliges ansvar for tannhelsetjenester på henholdsvis statlig og kommunalt nivå. Det vil kunne være en særlig ulempe for personer som har omfattende og sammensatte behov for tannhelsetjenester. Videre eksisterer det ikke i dag noe faglig, lovmessig, organisatorisk eller finansielt skille mellom fylkeskommunens ansvar for «allmenntannhelsetjenester» og «spesialisttannhelsetjenester». Det vil derfor være krevende å gå opp en slik grense. En eventuell utskilling av fylkeskommunens spesialistvirksomhet til et annet forvaltningsnivå enn kommunene, vil føre til at det i forbindelse med lovregulering av virksomheten vil være utfordrende å trekke grensen mellom hvilke tjenester som skal omfattes av tjenestelovgivningen på de

to ulike forvaltningsnivåene. Det vil kunne forekomme gråsoner og overlappning. Det vil igjen kunne skape tvil om hvilket regelverk som skal gjelde og hvilket forvaltningsnivå som er ansvarlig i ulike situasjoner. Regulering rettet mot henholdsvis stat og kommune gis ofte ulik utforming, blant annet basert på at kommunens plikter i utgangspunktet må fremgå klart av lov.

I tillegg vil det komplisere virksomhetsoverdragelsen dersom enkelte av fylkeskommunens ansatte på en og samme klinikk skal overføres til statlig eller regionalt nivå, mens andre skal overføres til kommunalt nivå. Todeling av ansvaret mellom henholdsvis stat/regionalt nivå og kommune vil også gi utfordringer når det gjelder den delen av virksomhetsoverdragelsen som omfatter overdragelse av eierskap og formuesposisjoner knyttet til tannklinikker, utstyr, avtaler, gjeld mv., uten at dette skal være førende for vurderingen.

Det er en sentral forutsetning for regjeringens forslag i Oppgavemeldingen om å overføre ansvaret for tannhelsetjenester fra fylkeskommunene til kommunene at det blir færre, men større og sterkere kommuner som vil være i stand til å utføre nye oppgaver, blant annet på tannhelsefeltet. Utfordringen er å ivareta dette ansvaret i en situasjon med potensielt fortsatt mange små kommuner uten egen tannklinikk og områder med ingen eller få private ytere av tannhelsetjenester. Departementet legger til grunn at interkommunalt samarbeid vil være en måte å løse disse utfordringene på.

Med en kommunestruktur tilnærmet dagens, er det en særskilt utfordring hvordan små kommuner skal oppfylle sitt ansvar for å sørge for at odontologiske spesialisttjenester er tilgjengelige for alle som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen. De regionale odontologiske kompetansesentrene og spesialistklinikker utenom disse vil bli forankret i langt mindre enheter (vertskommuner), men skal dekke behovet for spesialistbehandling i et betydelig antall kommuner.

Utgangspunktet er at kommunene har frihet til å organisere tjenesteytingen slik de selv finner det hensiktsmessig ut fra lokale forhold. Det vil si at deltakelse i interkommunalt samarbeid som hovedregel bør være frivillig. Imidlertid kan det være særlige hensyn som taler for at staten bør kunne pålegge kommuner å samarbeide i tilfeller der det ellers er stor fare for at den enkelte kommune ikke vil være i stand til å oppfylle sine lovpålagte oppgaver. I høringsnotatet ble det forutsatt at spesialistfunksjoner ivaretas i samarbeid med kommuner som har egne tannklinikker og øvrige kommuner som geografisk hører til det regionale

odontologiske kompetansesenterets dekningsområde. Departementet viser til punkt 10.12.1 i proposisjonen hvor det varsles at behovet for en egen hjemmel i helse- og omsorgstjenesteloven som gir mulighet for å pålegge interkommunalt samarbeid om spesialisttannhelsetjenester, vil bli vurdert i forbindelse med Kommunal- og moderniseringsdepartementets pågående arbeid med en generell påleggshjemmel i kommuneloven. Det vil her også bli vurdert om det med hjemmel i slik bestemmelse skal kunne gis pålegg om interkommunalt samarbeid i forkant av oppgaveoverføring der det er påvist risiko for at svikt vil kunne skje, og hvor konsekvensene av svikt vil kunne være alvorlige.

Departementet vil sette i gang en utredning av finansiering av spesialisttannhelsetjenester med siktemål om at kommunene overtar finansieringsansvaret først etter en overgangsperiode. Dette må ses i sammenheng med at departementet i høringsnotatet har varslet at det vil igangsette et arbeid for å utrede hvordan fagmiljøene knyttet til odontologiske spesialisttjenester, inkludert de regionale odontologiske kompetansesentrene, kan ivaretas ved overføring til kommunene. Departementet vil komme tilbake med forslag til slik finansiering i forbindelse med forberedelsene til gjennomføringen av oppgaveoverføringen. Det vises til nærmere omtale under punkt 10.19.5.

10.3 Dagens fylkeskommunale tannhelsetjeneste – utviklingstrekk

10.3.1 Omfang av tjenestetilbud innenfor den fylkeskommunale tannhelsetjenesten

Om lag 1,4 millioner av landets innbyggere har rettigheter etter tannhelsetjenesteloven. Disse har rett til nødvendig tannhelsehjelp gjennom et oppsøkende og regelmessig tilbud. I 2015 ble om lag 865 000 personer med rettigheter etter loven undersøkt/behandlet på landsbasis. I tillegg ble om lag 201 000 voksne uten rettigheter etter tannhelsetjenesteloven undersøkt/behandlet av fylkeskommunen. Dette utgjør drøye 5 prosent av befolkningen over 20 år. Antall voksne uten rettigheter etter tannhelsetjenesteloven som blir behandlet av fylkeskommunens tannhelsetjeneste, har økt med om lag 20 prosent fra 2008 til 2015.

Fylkeskommunen står fritt til å tilby tannbehandling mot betaling til personer som ikke har rettigheter til tannhelsehjelp etter tannhelsetjenesteloven. Fylkeskommunen fastsetter selv pris

på sine tjenester til disse. Omfanget av slikt tilbud er størst i områder med lite eller ingen tilbud fra privat tannhelsetjeneste.

Fylkeskommunenes brutto driftsutgifter til tannhelsetjenester var i 2015 om lag 3,3 mrd. kroner. Dette omfatter også fylkeskommunens kostnader til helsefremmende og forebyggende arbeid, spesialisttannhelsetjenester (inklusive regionale odontologiske kompetansesentre) og tannhelsetjenester til den voksne befolkningen over 20 år. Fratrasket pasientinntekter fra voksne og andre egenandeler/inntekter, var netto driftsutgifter i 2015 om lag 2,32 mrd. kroner.

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

Blant de persongruppene som i dag har rettigheter til tannhelsehjelp fra fylkeskommunen, finner vi blant annet barn og unge til og med fylte 20 år samt personer som oppholder seg i institusjon eller mottar hjemmesykepleie. I Meld. St. 26 (2014–2015) *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet* er det gitt en beskrivelse av den demografiske utviklingen, jf. kapittel 11 i meldingen. Kombinasjonen av at vi lever lengre og store fødselskull, spesielt etter andre verdenskrig, medfører at vi vil få en større andel eldre de kommende årene. Befolkningssammensetningen endrer derfor karakter. Det er i dag om lag 1,1 million personer over 60 år i Norge. Andelen personer i befolkningen over 60 år var i 2013 høyere enn andelen under 15 år. I 2050 vil det være dobbelt så mange eldre som barn og unge. Den eldre generasjonen vil langt på vei ha egne tenner og med omfattende rehabiliteringer som må vedlikeholdes. Det forventes derfor at de samlede ressursene som benyttes til tannhelsehjelp blant eldre vil øke. Til tross for generelt bedret tannstatus, vil det overfor enkelte grupper av barn og unge være et særskilt behov for forebyggende tannhelsearbeid og for avansert behandling som krever spesialistkompetanse. Undersøkelser viser at enkelte grupper av innvandrerbarn har større forekomst av tannsykdom (karies) enn etnisk norske barn. Det er en økende andel personer i alderen 20–60 år som har meget god tannhelse, få tannfyllinger

eller andre reparasjoner av tenner, og dermed begrenset behov for behandling. Trolig skyldes dette langt på vei tilgang til og bruk av fluortannkrem siden begynnelsen av 1970-tallet i kombinasjon med økt bevissthet om viktigheten av å ivareta god munnhygiene og regelmessig undersøkelse hos tannpleier eller tannlege.

10.3.2 Personell, organisering og klinikkstruktur

10.3.2.1 Personell

I henhold til KOSTRA-statistikk fra Statistisk sentralbyrå (SSB) ble det i 2015 samlet sett utført drøye 10 900 årsverk i offentlig og privat tannhelsetjeneste. Av disse årsverkene var om lag 4 460 utført av tannhelsesekretærer, om lag 925 av tannpleiere og om lag 4 400 av tannleger. Om lag 10 prosent av tannlegeårsverkene var årsverk utført av tannlegespesialister. Rundt 85 prosent av tannlegespesialistene arbeider i privat sektor. Privat sektor utgjør ca. 70 prosent av de samlede årsverkene, mens offentlig sektor utgjør om lag 30 prosent. I 2015 var det i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten totalt 3 517 avtalte årsverk, fordelt på 1 272 årsverk for tannleger uten spesialitet, 61 årsverk for tannlegespesialister og 514 årsverk for tannpleiere.

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

Utover 2000-tallet har antall tannleger som får norsk autorisasjon økt fra 134 i 2001 til 261 i 2015. Økningen skyldes dels at norske studenter fra 2003 fikk mulighet til å søke gebyrstipend for å studere odontologi i utlandet. Dels skyldes økningen at flere tannleger med statsborgerskap og utdanning fra andre EØS-land har søkt norsk autorisasjon. Flere østeuropeiske land ble innlemmet i EU og EØS-samarbeidet i 2004. Innenfor EU/EØS-området er det krav om gjensidig godkjenning av yrkeskvalifikasjoner.

Etableringen av tannlegeutdanningen ved Universitetet i Tromsø – Norges arktiske universitet – er det tiltaket som har hatt størst fordelings effekt

innenlands. De første tannlegene ble utdannet i 2009. Over 80 prosent av de som er utdannet i Tromsø frem til 2016 har tatt arbeid som tannlege i de tre nordligste fylkene. Som eksempel kan nevnes at andelen ubesatte tannlegestillinger i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten i Finnmark er redusert fra om lag 40 prosent i 2003 til 2 prosent i 2015. I samme periode ble antall ubesatte stillinger i Nordland fylke redusert fra om lag 30 prosent til 3 prosent. Per i dag er det Troms, Nord-Trøndelag og Møre og Romsdal som har høyest andel ubesatte tannlegestillinger. Andelen ubesatte tannpleierstillinger i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten har på landsbasis gått ned fra 7,5 prosent i 2008 til 3 prosent i 2015. I denne perioden er utdanningskapasiteten for tannpleiere økt fra om lag 60 til om lag 105 per år.

10.3.2.2 Organisering og klinikkstruktur

Den fylkeskommunale tannhelsetjenesten er vanligvis organisert med ledelse i fylkeskommunens sentraladministrasjon. I enkelte fylkeskommuner er tannhelsetjenesten organisert som eget foretak. Felles for fylkeskommunene er at den utøvende tjenesten er organisert i enheter som kan omfatte personell og tannklinikker i flere kommuner innenfor det enkelte fylke.

Våren 2014 var om lag 45 av dagens kommuner uten egen fylkeskommunal tannklinikk. Dette tallet er økt til om lag 65 kommuner høsten 2016. I om lag 50 av de øvrige mindre kommunene er den eksisterende tannklinikken bemannet kun enkelte dager i uken eller noen dager per måned, mot 45 kommuner våren 2014. Mange fylkeskommuner har de siste 5–10 årene gjennomført endringer i klinikkstrukturen gjennom etablering av større enheter i mer folkerike kommuner og nedleggelse av tannklinikker i de mindre kommunene. Enkelte fylkeskommuner har planer om ytterligere endringer i klinikkstrukturen de nærmeste 3–4 årene, med færre og større klinikker. Formålet er blant annet å sikre stabil bemanning, kvalitet i tjenestene gjennom bredt fagmiljø med tilgang til avansert utstyr, samarbeid med tannlegespesialister og bedre muligheter til opplæring, samt deltagelse i praksisnær forskning og i praksisdelen av studenter innen tannhelsefagene. Enkelte steder samlokaliseres nye tannklinikker med kommunale helse- og omsorgstjenester.

Sentralisering av klinikkstrukturen gir mer robuste fagmiljøer, mulighet til mer effektiv oppgavedeling mellom tannpleiere og tannleger og dermed bedre utnyttelse av personellressurser og kompetanse. Bedret tannhelse hos barn og unge

innebærer at tidsintervallene for regelmessige undersøkelser har økt og at færre har behov for reparasjoner av tenner som følge av kariessykdom. Fortsatt har 5–10 prosent av barn og unge et stort behov for oppfølging. Dette er barn med særskilte behov, blant annet som følge av medfødte og andre underliggende medisinske lidelser. Tannpleiere er den personellgruppen som i økende grad ivaretar det regelmessige og oppsøkende tannhelsetilbudet og som henviser til tannlege ved behov.

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

10.3.3 Spesialisttannhelsetjenester og regionale odontologiske kompetansesentre

Under dette punktet gis det en overordnet beskrivelse av fylkeskommunens ansvar for odontologiske spesialisttjenester og dagens organisering av disse tjenestene.

Fylkeskommunen har ansvar for å sørge for at spesialisttannhelsetjenester i rimelig grad er tilgjengelige for hele befolkningen i fylket. Videre har fylkeskommunen et særskilt ansvar for å sørge for nødvendige spesialisttjenester til personer med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven.

Helse- og omsorgsdepartementet har godkjent syv fagområder som odontologiske spesialiteter. Tannlegespesialister utdannes ved universiteter som utdanner tannleger. Ved universitetene i Bergen og Oslo foregår det meste av klinisk praksis på universitetsklinikk. Siden etableringen av spesialistutdanningen av tannleger på 1960-tallet har de fleste tannleger som søker spesialistutdanning, sin allmennpraksis fra privat sektor. Et flertall av spesialistkandidatene har kommet fra områder som gjør det mulig med dagpendling til henholdsvis Bergen og Oslo. Tannlegespesialister utgjør om lag 10 prosent av de samlede tannlegeårsver-

kene i offentlig og privat sektor. Om lag 85 prosent av tannlegespesialistene arbeider i privat sektor, og de øvrige 15 prosent i fylkeskommunene. Samlet antall spesialistårsverk utgjorde totalt rundt 445 årsverk i 2015. På landsbasis er det stor variasjon i dekningsgraden av tannlegespesialister, med høyest andel i Oslo-området og i Hordaland.

Som oppfølging av Stortingets vedtak i 1998 har departementet siden 2003 gitt tilskudd til etablering av regionale odontologiske kompetansesentre (ROK). Kompetansesentrene eies og driftes av fylkeskommunene og er organisert etter ulike interkommunale samarbeidsmodeller. Slike kompetansesentre er etablert i Nord-Norge (Tromsø), Midt-Norge (Trondheim), Vestlandet (Bergen og Stavanger), Sørlandet (Arendal) og Østlandet (Oslo). Kompetansesentrene har følgende hovedoppgaver:

- Klinisk, tværfaglig utredning, diagnostikk og behandling basert på henvisning fra så vel offentlige som private tannklinikker samt enkelte henvisninger fra leger
- Fagstøtte med opplæring, rådgivning og veiledning av personell på lokale fylkeskommunale tannklinikker i regionen
- Kunnskapsutvikling gjennom forskning og fagutvikling på tannhelsefeltet, i samarbeid med lokale tannklinikker, ulike øvrige helsefagmiljøer i regionen, med universitetene og med de øvrige kompetansesentrene
- Deltakelse i praksisdelen av utdanningen av tannlegespesialister.

I tillegg har flere fylkeskommuner ansatte tannlegespesialister i større tannklinikker. Ved utgangen av 2016 var det i alt om lag 60 spesialistårsverk i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten, hvorav om lag 40 spesialistårsverk på de regionale odontologiske kompetansesentrene. Dette er en økning fra om lag 30 årsverk i 2008. Fylkeskommunenes og kompetansesentrenes planer tilsier en ytterligere økning med om lag 30–40 spesialistårsverk, slik at det om 4–5 år vil bli til sammen om lag 100 spesialistårsverk. Dette innebærer at det offentlige tannhelsetjenesten vil kunne bli en faglig sterk tjeneste med gode forutsetninger for kunnskaps- og fagutvikling.

10.4 Gjeldende rett

Det offentlige ansvar for tannhelsetjenester er i dag regulert i lov 3. juni 1983 nr. 54 om tannhelsetjenesten (tannhelsetjenesteloven) som trådte i

kraft 1. januar 1984. Nedenfor gis det en overordnet beskrivelse av hovedinnholdet i loven. Det er gitt en mer utfyllende omtale av gjeldende rett i forbindelse med de enkelte temaene som er behandlet under punkt 10.6 til 10.21 i proposisjonen.

Fylkeskommunens ansvar etter tannhelsetjenesteloven består dels av et befolkningsansvar og dels av et gruppeansvar. Befolkningsansvaret kan igjen deles opp i et tilgjengelighetsansvar og et folkehelseansvar. Tilgjengelighetsansvaret består i å sørge for at tannhelsetjenester, herunder spesialisttjenester, i rimelig grad er tilgjengelige for alle som bor eller midlertidig oppholder seg i fylket. Folkehelseansvaret består i å sørge for nødvendige helsefremmende og forebyggende tiltak overfor hele befolkningen i fylket. Gruppeansvaret består i å gi nødvendig tannhelsehjelp gjennom et regelmessig og oppsøkende tilbud til bestemte persongrupper i befolkningen (prioriterte grupper) og inneholder således også et folkehelseelement. Det er bare gruppene som er listet opp i tannhelsetjenesteloven som har lovfestede rettigheter til nødvendig tannhelsehjelp, helt eller delvis vederlagsfritt, fra fylkeskommunen.

Det følger av tannhelsetjenesteloven § 1-1 at fylkeskommunen skal sørge for at tannhelsetjenester, inkludert spesialisttjenester, i rimelig grad er tilgjengelige for alle som bor eller midlertidig oppholder seg i fylket. Fylkeskommunen har ansvar for å samordne den offentlige tannhelsevirkningsvirksomheten med privat sektor blant annet for å sikre tilstrekkelig tilgang på tannhelsetjenester for hele befolkningen, jf. tannhelsetjenesteloven § 1-4. For å ivareta tilgjengelighetsansvaret må fylkeskommunen ha oversikt over de samlede offentlige og private tannhelseressursene i fylket.

Fylkeskommunen har ansvar for å fremme tannhelsen i befolkningen, jf. tannhelsetjenesteloven § 1-2. Fylkeskommunen skal ved sin tannhelsetjeneste sørge for nødvendig forebygging og behandling samt drive opplysningsvirksomhet for å fremme tannhelsen, både overfor den enkelte pasient og overfor allmennheten. Det følger av loven § 1-3 første ledd at fylkeskommunen skal organisere forebyggende tiltak for hele befolkningen i fylket.

Fylkeskommunen har ansvar for Den offentlige tannhelsetjenesten, jf. tannhelsetjenesteloven § 1-1 andre ledd. Det følger av loven § 1-1 tredje ledd at begrepet «Den offentlige tannhelsetjenesten» omfatter tannhelsetjeneste som utføres på gruppene som er nevnt i § 1-3 enten av fylkeskommunens ansatte eller av privatpraktiserende tannleger som har inngått avtale med fylkeskommu-

nen. Tannhelsetjenesteloven bygger på prinsippet om at fylkeskommunen har frihet til selv å velge hvordan den vil organisere utføringen av oppgaver som den er pålagt ansvaret for. Fylkeskommunen kan yte tjenester ved bruk av egne ansatte eller inngå avtale med private tannleger om å utføre tjenester på vegne av fylkeskommunen, jf. tannhelsetjenesteloven §§ 4-1 og 4-2. Mesteparten av fylkeskommunens tannhelsetilbud ivaretas i dag av ansatt personell.

Omfanget av Den offentlige tannhelsetjenesten fremgår av § 1-3. Fylkeskommunen skal gi et regelmessig og oppsøkende tannhelsetilbud til personer som har rettigheter etter loven (prioriterte grupper), jf. tannhelsetjenesteloven § 1-3 første ledd bokstav a til e. Alle som er nevnt i § 1-3 har rett til nødvendig tannhelsehjelp i den fylkeskommune der de bor eller midlertidig oppholder seg, jf. loven § 2-1. Retten til nødvendig tannhelsehjelp etter § 2-1 korresponderer med fylkeskommunens plikt til å gi et regelmessig og oppsøkende tilbud etter § 1-3 første ledd.

Følgende grupper har rett til nødvendig tannhelsehjelp fra fylkeskommunen:

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

Fylkeskommunens ansvar for tannhelsetjenester til voksne over 20 år som ikke omfattes av noen av gruppene som nevnt over, er regulert i tannhelsetjenesteloven § 1-3 tredje ledd. Fylkeskommunen kan velge å gi et tilbud til den voksne delen av befolkningen mot full egenbetaling. I utkantområder av fylket der det ikke finnes tilstrekkelig privat tjenestetilbud, har fylkeskommunen plikt til å gi et tilbud også til den voksne delen av befolkningen.

Tannhelsetjenesten finansieres i hovedsak gjennom fylkeskommunens frie inntekter samt brukerbetaling/egenandeler. Tannhelsetjenesteloven §§ 5-1 og 5-2 slår fast det finansielle ansvarsprinsipp ved at utgifter til tjenester som fylkeskommunen har ansvar for, skal dekkes gjennom fylkeskommunens frie inntekter; det vil si rammetilskudd fra staten og skatteinntekter. Adgangen til å kreve betaling for tannhelsehjelp fra fylkeskommunen er regulert i tannhelsetjenesteloven § 2-2 og forskrift 24. mai 1984 nr. 1268

om vederlag for tannhelsetjenester i den offentlige tannhelsetjenesten.

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

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

Klageadgangen over manglende tannhelsehjelp fra fylkeskommunen er regulert i tannhelsetjenesteloven § 2-3. Det er gitt bestemmelser om tilsyn i loven § 6-2. For øvrig inneholder loven §§ 1-3a, 1-3b, 1-5 og 3-1 bestemmelser om særskilte plikter knyttet til planlegging og tilrettelegging, registrering av tannhelsepersonell i fylket, utlevering av opplysninger til fylkesadministrasjonen og politiattest for tannhelsepersonell.

10.5 Lovstruktur for fremtidig regulering av kommunale tannhelsetjenester

10.5.1 Dagens lovstruktur

Som det fremgår av punkt 10.4, er fylkeskommunens ansvar for tannhelsetjenester regulert i en egen lov. Av Oppgavemeldingen fremgår at det skal utredes nærmere hvordan implementeringen av kommunens ansvar for tannhelsetjenester skal skje. Det må derfor tas stilling til hvilken lovstruktur som skal legges til grunn for fremtidig regulering av kommunens ansvar for tannhelsetjenester.

Et sentralt spørsmål er hvorvidt kommunens fremtidige ansvar for tannhelsetjenester bør reguleres i en egen kommunal tannhelsetjenestelov, det vil si en videreføring av dagens lovstruktur, eller om ansvaret for tannhelsetjenester bør reguleres sammen med øvrige kommunale helse- og omsorgstjenester i lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester (helse- og omsorgstjenesteloven).

Reguleringen av den fylkeskommunale tannhelsetjenesten skiller seg fra reguleringen av kommunale helse- og omsorgstjenester ved at regelverket for tannhelsetjenester hovedsakelig er samlet i én lov. Tannhelsetjenesteloven er en kombinert tjeneste- og rettighetslov. Det betyr at fylkeskommunens plikter er regulert i loven sammen med bestemmelser om organisering, finansiering og tilsyn. Tannhelsetjenesteloven inneholder også egne bestemmelser om pasien-

ters rettigheter, betaling av vederlag og klagereregler. Helse- og omsorgstjenesteloven regulerer kommunens ansvar, organisering, finansiering og tilsyn. Pasienter og brukeres rettigheter til nødvendige helse- og omsorgstjenester fra kommunen, klageadgang mv., er i sin helhet regulert i pasient- og brukerrettighetsloven.

10.5.2 Forslag i høringsnotatet

I høringsnotatet vurderte departementet to modeller for regulering av kommunens fremtidige ansvar for tannhelsetjenester. Den første modellen (modell 1) gikk ut på å videreføre dagens system, som innebar en egen lov om tannhelsetjenester på kommunalt nivå. Den andre modellen (modell 2) er en todeling basert på den samme lovstrukturen som gjelder for den øvrige helse- og omsorgstjenesten, med regulering dels i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og dels i pasient- og brukerrettighetsloven. En tredje modell, med regulering av kommunens ansvar i en egen tannhelsetjenestelov og pasientens rettigheter i pasient- og brukerrettighetsloven ble også vurdert, men ikke funnet aktuell siden den ikke løser utfordringen med dobbeltregulering på samme (kommunalt) forvaltningsnivå.

Departementet foreslo i høringsnotatet å regulere kommunens fremtidige ansvar for tannhelsetjenester i tråd med modell 2. Modellen innebærer at kommunens ansvar for tannhelsetjenester reguleres i helse- og omsorgstjenesteloven og pasientens rettigheter til tannhelsehjelp i pasient- og brukerrettighetsloven.

I høringsnotatet ble det vist til at denne modellen er i tråd med lovstrukturen som er valgt for andre kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenester. Videre ble det vist til forarbeidene til helse- og omsorgstjenesteloven, hvor departementet foretok prinsipielle drøftinger omkring valg av lovmodell for regulering av kommunale helse- og omsorgstjenester. I forarbeidene til helse- og omsorgstjenesteloven er det lagt til grunn at ny felles lov om kommunale helse- og omsorgstjenester i størst mulig grad skal innrettes mot en rendyrket «pliktlov» eller «tjenestelov» for kommunene og at flest mulig av dagens rettigheter samles i pasient- og brukerrettighetsloven. Av forarbeidene fremgår at hensikten med en slik modell blant annet er å sikre godt samarbeid innad i kommunen, legge til rette for å yte helhetlige og integrerte tjenester, samt å unngå unødvendig dobbeltregulering av plikter og rettigheter.

Videre fremhevet departementet i høringsnotatet at en tilsvarende todelt lovmodell vil være

best egnet til å ivareta behovet for forenkling, harmonisering og modernisering av regelverket for tannhelsetjenester. Lovmodellen vil blant annet føre til mindre unødig dobbeltregulering på kommunalt nivå. Departementet viste også til at et felles rettslig rammeverk for tannhelsetjenester og andre kommunale helse- og omsorgstjenester vil kunne bidra til et mer helhetlig og integrert tjenestetilbud fra kommunen. Dette er i tråd med Primærhelsetjenestemeldingen. Departementet viste dessuten til at en felles lov på en bedre måte kan ivareta behovene til personer som trenger sammensatte tjenester og tverrfaglige tilbud. I tillegg påpekte departementet i høringsnotatet at den aktuelle lovmodellen legger til rette for å se tannhelse i sammenheng med øvrige helsefaktorer knyttet til kommunens forebyggende og helsefremmende arbeid.

Departementet la i høringsnotatet til grunn at det med den valgte lovmodellen vil være behov for å ta inn enkelte særregler i helse- og omsorgstjenesteloven og pasient- og brukerrettighetsloven som er nødvendige for å videreføre gjeldende rett når det gjelder det offentliges ansvar for tannhelsetjenester. Departementet ba særskilt om høringsinstansenes syn på om det er behov for ytterligere særregler, sett i lys av at mesteparten av tannhelsetjenester som ytes i Norge er privat organisert og finansiert.

10.5.3 Høringsinstansenes syn

De fleste høringsinstansene som uttaler seg om valg av lovstruktur (19 av om lag 130), støtter departementets forslag om en todelt modell med lovfesting av kommunens plikter mv. i helse- og omsorgstjenesteloven og pasientens rettigheter i pasient- og brukerrettighetsloven. Dette gjelder også blant de instansene som i utgangspunktet ikke støtter overføringen av ansvaret for tannhelsetjenester til kommunene. *Hordaland fylkeskommune* uttaler:

«Hordaland fylkeskommune ser klart eit behov for å forenkle, modernisere og harmonisere regelverket for offentlege tannhelsetjenester. Hordaland fylkeskommune støttar og prinsippet om ikkje å behalda lov om tannhelsetjenester som ei eiga særlov. Med forslaget om at tannhelsetjenesta skal bli eit kommunalt ansvarsområde, er det naturleg å innarbeida tannhelsetjenesta i helse- og omsorgstjenestelova.»

Fredrikstad kommune skriver følgende:

«Fredrikstad kommune støtter departementets vurdering av at modell 2 gir mest hensiktsmessig lovstruktur, selv om det er nødvendig med noen tilleggsbestemmelser. For kommunen er det viktig at nye tjenestetilbud integreres i allerede eksisterende tjenestetilbud, og denne løsningen bidrar til at man ser kommunehelsetjenesten under én fane.»

Andre høringsinstanser som mener departementets forslag til lovmodell er fornuftig og formålstjenlig, er *Buskerud fylkeskommune*, *Hedmark fylkeskommune*, *Oppland fylkeskommune*, *Tannhelsetjenestens kompetansesenter Øst*, *Helse Vest RHF*, *Det odontologiske fakultet ved Universitetet i Oslo*, *Gjesdal kommune*, *Kristiansand kommune*, *Stavanger kommune*, *Helsedirektoratet* og *Delta*.

Et mindretall av høringsinstansene mener at det fortsatt bør være en særlov for tannhelsetjenester, også ved overføring av ansvaret til kommunalt nivå. Blant disse er *Den norske tannlegeforening (NTF)* som uttaler:

«NTF er enig i at dagens tannhelsetjenestelov bør moderniseres og også harmoniseres med lovverket som regulerer resten av helse- og omsorgstjenestene. DOT er en viktig del av helsetjenesten og NTF er derfor positive til en modernisering av dagens lovverk slik at dette kommer tydeligere frem. De mange særtrekk ved tannhelsetjenesten som departementet selv gjør rede for i høringsnotatet (s. 90) tilsier imidlertid at en slik modernisering og harmonisering bør gjøres uten å inkorporere regelverket om tannhelsetjenesten i den kommunale helse- og omsorgstjenesteloven.

NTF mener en egen tannhelsetjenestelov i større grad vil synliggjøre kommunens ansvar for tannhelsetjenester og gi et mer oversiktlig lovverk (s. 98), og vil også bedre kunne hensynta tannhelsetjenestens særpreg. Som departementet selv påpeker (s. 90) skiller tannhelsetjenesten seg fra øvrige helse- og omsorgstjenester på flere områder, bl.a. ved at innslaget av helprivate tjenesteytere er langt større enn det som er tilfellet for øvrige helse- og omsorgstjenester. Når det i lovforslaget legges opp til at departementet skal kunne regulere privat sektor som ikke har avtaler med kommunen, underbygger dette at det verken er naturlig eller hensiktsmessig å inkorporere tannhelsetjenesteloven i den kommunale helse- og omsorgstjenesteloven.

Dersom Stortinget til tross for dette skulle vedta å inkorporere tannhelsetjenesteloven i

den kommunale helse- og omsorgstjenesteloven, må en viktig forutsetning være at det sikres at en slik endring ikke fører til utilsiktede rettsvirkninger. Det er viktig å ta høyde for tannhelsetjenestens særpreg i en slik endring av lovverket. NTF foreslår da et eget kapittel i helse- og omsorgstjenesteloven som omhandler forholdet mellom kommunene og privat tannhelsetjeneste.»

Vestfold fylkeskommune uttaler:

«Vestfold fylkeskommune slutter seg til de endringene og revisjonene som er gjort i begrepsbruken i nåværende tannhelsetjenestelov. Fylkeskommunen foreslår at tannhelsetjenesteloven forblir en særlov. Fylkeskommunen mener at en revidert og modernisert separat tannhelselov vil synliggjøre og tydeliggjøre det offentliges ansvar for tannhelsetjenester og gi et oversiktlig og ryddig lovverk med klare ansvarsforhold til innbyggernes beste. De foreslåtte lovendringene er nødvendige på grunn av endret begrepsbruk, spesielt i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.»

Rælingen kommune skriver i sin høringsuttalelse blant annet:

«Forslagene innebærer en stor sammenslåing av lovverk, og departementet vurderer selv at konsekvensene er utydelige. Tannhelselovgivningen er oppbygd på en annen måte enn helselovgivningen for øvrig. Tannhelseloven er en lov som dekker både forebygging, behandling og spesialisttjenester, og tjenestene gis av ett forvaltningsnivå. Det er definert hvilke grupper som har rett til offentlig tannbehandling, og det er store grupper av voksne som ikke har rettigheter etter loven. Dette gir en stor andel av ren brukerfinansiering innenfor tannhelse. Helse og omsorgslovgivningen er inndelt etter nivå med kommuner og helseforetak som ansvarlige for å yte tjenester, og rettighetene er behovsstyrte.»

Pasient- og brukerombudene sier i en fellesuttalelse at det er mye som skiller tannhelsetjenesten som helhet fra det ordinære helse- og omsorgstjenestetilbudet i kommunene, og at det kan synes hensiktsmessig med en spesiallov på dette feltet, på lik linje med hva man for eksempel har på området psykisk helsevern.

10.5.4 Departementets vurderinger og forslag

Et sentralt spørsmål er hvilken lovmodell som på best mulig måte ivaretar hovedformålet med å overføre ansvaret for tannhelsetjenester til kommunene og som balanserer de ulike hensynene knyttet til integrering av tannhelsetjenester i den øvrige kommunale helse- og omsorgstjenesten, modernisering og harmonisering av regelverket for tannhelsetjenester med øvrig helselovgivning og hensynet til et enkelt, oversiktlig og sammenhengende regelverk.

10.5.4.1 Behov for harmonisering og videreføring av særpreg

Den fylkeskommunale tannhelsetjenesten inngår som en del av den samlede offentlige helse- og omsorgstjenesten i landet, men reguleringen av den skiller seg likevel ut på enkelte områder. Fylkeskommunens lovpålagte sørge for ansvar etter tannhelsetjenesteloven er begrenset til å sørge for et tannhelsetilbud til enkelte utvalgte persongrupper i befolkningen. Det er bare disse gruppene som har rett til et regelmessig og oppsøkende tannhelsetilbud fra fylkeskommunen. For den øvrige befolkningen er fylkeskommunens sørge for ansvar begrenset til at tannhelsetjenester i rimelig grad skal være tilgjengelige. Fylkeskommunen har etter tannhelsetjenesteloven et begrenset ansvar for tannhelsetjenester til voksenbefolkningen, sammenlignet med kommunens ansvar for helse- og omsorgstjenester. Den voksne delen av befolkningen må i hovedsak oppsøke behandling hos privatpraktiserende tannhelsepersonell som ikke har avtale med fylkeskommunen, og betaler stort sett selv utgiftene til tannbehandling. Tannhelsetjenesteloven er også spesiell ved at den legger stor vekt på forebyggende virksomhet, blant annet gjennom bestemmelser om at tilbudet til gruppene skal være regelmessig og oppsøkende og at forebygging skal prioriteres foran behandling. Videre særpreges loven av at den også inneholder bestemmelser om intern prioriteringsrekkefølge blant de prioriterte persongruppene som fylkeskommunen skal gi et tjenestetilbud til. Departementet foreslår i denne proposisjonen å videreføre hovedtrekkene ved dagens regulering av tannhelsetjenester på et fremtidig kommunalt nivå, blant annet når det gjelder rekkevidden av det offentliges ansvar for å sørge for tannhelsetjenester til bestemte persongrupper.

Departementet viser samtidig til at det er behov for å modernisere og harmonisere innhol-

det i tannhelsetjenesteloven med øvrig helselovgivning. Tannhelsetjenesteloven har vært endret flere ganger, men har ikke vært gjenstand for gjennomgående revisjon siden den ble vedtatt i 1983. Tannhelsetjenesteloven er innholdsmessig bygd over samme lest som kommunehelsetjenesteloven som ble vedtatt i 1982. Over tid har det imidlertid skjedd store endringer i lovverket for de øvrige offentlige helse- og omsorgstjenestene; det vil si den statlige spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Av særlig relevans for lovgivningen på tannhelsefeltet, er helse- og omsorgstjenesteloven som trådte i kraft 1. januar 2012 og som erstattet kommunehelsetjenesteloven og deler av sosialtjenesteloven av 1991. I forbindelse med utarbeiding av lovforslaget ble det foretatt en gjennomgang av samtlige bestemmelser i kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven. Det har ikke vært gjort tilsvarende gjennomgang av tannhelsetjenesteloven. Tannhelsetjenesteloven inneholder flere bestemmelser som langt på vei er likelydende med bestemmelsene slik de var i kommunehelsetjenesteloven. Innholdet i flere av bestemmelsene i kommunehelsetjenesteloven ble endret i forbindelse med ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, mens tilsvarende bestemmelser i tannhelsetjenesteloven ble stående uendret. Behovet for oppdatering og harmonisering med innholdet i den øvrige helselovgivningen har vært der lenge, men gjør seg i særlig grad gjeldende når tannhelsetjenester blir et kommunalt ansvar på linje med en rekke andre helse- og omsorgstjenester.

Siden tannhelsetjenesteloven trådte i kraft i 1984, har det også skjedd vesentlige endringer i organiseringen av det offentliges ansvar for helse- og omsorgstjenester. Fylkeskommunens ansvar for sykehjemmene ble overført til kommunen i 1988 og ansvaret for spesialisthelsetjenesten ble overført fra fylkeskommunen til staten ved de regionale helseforetakene i 2002. Tannhelsetjenestelovens plikt- og rettighetsbestemmelser er utformet med tanke på at fylkeskommunen opprinnelig har hatt et større samlet ansvar for helse- og omsorgstjenester enn hva den faktisk har i dag. Fylkeskommunens ansvar for tannhelsehjelp til pasienter under opphold i sykehjem og sykehus, er således videreført etter at ansvaret for disse institusjonene ble overført til henholdsvis kommunen og staten. Departementet foreslår i denne proposisjonen å videreføre hovedinnholdet i gjeldende plikt- og rettighetsbestemmelser i tannhelsetjenesteloven, men med en gjennomgang og oppdatering av begrepsbruk mv.

10.5.4.2 Nærmere om lovstruktur

Det vises til omtalen av forslaget i høringsnotatet under punkt 10.5.2, hvor det ble presentert og drøftet to alternative modeller for lovstruktur. Modell 1 innebærer en videreføring av dagens lovstruktur med en egen tannhelsetjenestelov i form av en kombinert plikt- og rettighetslov. Fordelene ved en egen tannhelsetjenestelov fremfor regulering i helse- og omsorgstjenesteloven, er at man i større grad vil kunne «skreddersy» lovbestemmelser tilpasset kommunale tannhelsetjenester der det er behov for det. Modellen vil dermed kunne ta høyde for at det ved overføring av ansvaret til kommunen, fortsatt vil være behov for enkelte særregler for tannhelsetjenester. For eksempel er rekkevidden av fylkeskommunens lovpålagte ansvar for å sørge for tannhelsetjenester til bestemte persongrupper mer begrenset enn kommunens ansvar etter helse- og omsorgstjenesteloven for å sørge for helse- og omsorgstjenester til alle som oppholder seg i kommunen. På den måten kan man unngå eventuelle utilsiktede rettsvirkninger av en mer generell regulering. Videre vil en separat tannhelsetjenestelov synliggjøre kommunens ansvar for tannhelsetjenester og gi et oversiktlig lovverk.

Det er imidlertid uansett behov for å harmonisere bestemmelsene i tannhelsetjenesteloven med mer moderne helselovgivning som lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og pasient- og brukerrettighetsloven. Det vil si at ved utforming av en egen tannhelsetjenestelov måtte det i alle tilfelle tas hensyn til at det allerede finnes nyere og mer gjennomarbeidet lovgivning som regulerer kommunens ansvar for helse- og omsorgstjenester. For eksempel inneholder helse- og omsorgstjenesteloven krav til arbeid med systematisk kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet, individuell plan samt en rekke andre pliktbestemmelser som bør være felles for alle helse- og omsorgstjenester som kommunen har ansvar for. Dersom man viderefører dagens modell med en egen oppdatert tannhelsetjenestelov, vil det bety at man får to lover på kommunalt nivå med dobbelt sett av regler som blir nesten like. Denne modellen vil derfor kunne medføre unødig dobbeltregulering og vil ikke bidra til forenkling av regelverket. Videreføring av en egen tannhelsetjenestelov på kommunalt nivå vil dessuten i mindre grad bidra til helhetlige kommunale helse- og omsorgstjenester.

En mellomløsning med videreføring av en egen tannhelsetjenestelov som en rendyrket pliktlov og hvor rettighetene til tannhelsetjenester flyt-

tes til pasient- og brukerrettighetsloven, slik enkelte høringsinstanser har tatt til orde for, vil heller ikke løse utfordringen med unødig dobbeltregulering på samme forvaltningsnivå.

Ved vurderingen av lovmodell, legger departementet til grunn de generelle føringene for regulering av kommunale helse- og omsorgstjenester som fremgår av lovforarbeidene til helse- og omsorgstjenesteloven, jf. Prop. 91 L (2010–2011) *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)* (heretter hovedsakelig betegnet med kortformen «Prop. 91 L (2010–2011)») punkt 7.2.6 side 60–61. Føringene innebærer en rendyrket «pliktlav» eller «tjenestelav» for kommunene, mens pasientens rettigheter samles i pasient- og brukerrettighetsloven. Etter departementets vurdering vil en felles tjenestelav for tannhelsetjenester og andre kommunale helse- og omsorgstjenester gi et bedre grunnlag for å oppnå et helhetlig og oversiktlig regelverk enn regulering i to atskilte lover. Høringsinstansene er delt i synet på valg av lovmodell, men flertallet støtter likevel departementets syn på at tannhelsetjenester bør inngå i helse- og omsorgstjenesteloven, og ikke i en egen lav.

Modell 2 er i tråd med den lovstrukturen som er valgt for regulering av andre helse- og omsorgstjenester, også for spesialisthelsetjenester hvor ansvaret er forankret hos staten ved de regionale helseforetakene. Etter departementets vurdering vil modell 2 på best måte ivareta behovet for forenkling, harmonisering og modernisering av regelverket for offentlige tannhelsetjenester. Samtidig unngår man unødvendig dobbeltregulering av helse- og omsorgstjenester på samme forvaltningsnivå. Videre vil det med denne modellen bli klart hvilke klageregler og regler om tilsyn som gjelder. For eksempel har tannhelsetjenesteloven særregler om tilsyn som dels er utdatterte og som avviker fra kommunelovens generelle tilsynsregler. Loven har også egne regler om klage over manglende tannhelsehjelp som avviker fra klagesystemet i pasient- og brukerrettighetsloven, blant annet i form av antall organer (politisk behandling av saken) og klagefrist. En felles tjenestelav vil gi et mer oversiktlig og helhetlig regelverk, sammenlignet med regulering i to atskilte lover.

Et felles rettslig rammeverk kan også bidra til at tannhelse i større grad blir en integrert del av de øvrige kommunale helse- og omsorgstjenestene. Dette er i tråd med Primærhelsetjenestemeldingen, hvor departementet legger til grunn at tannhelsetjenester bør inngå i en helhetlig og koordinert kommunal helse- og omsorgstje-

neste som fyller funksjonen som grunnmuren i pasientens helsetjeneste, jf. side 23 i meldingen. Felles regelverk kan bidra til bedre samarbeid innad i kommunen mellom tannhelsepersonell og annet personell, og mellom ulike kommunale virksomheter. Modellen legger også til rette for å se tannhelse i sammenheng med øvrige helsefaktorer knyttet til kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid. Videre vil en felles lav på en bedre måte kunne ivareta behovene til personer som trenger sammensatte tjenester/tverrfaglige tilbud og gjøre det enklere for disse å orientere seg om kommunens plikter.

Regulering av rettigheter til tannhelsehjelp i pasient- og brukerrettighetsloven sammen med andre helserettigheter vil gi bedre oversikt og større forutsigbarhet for pasienter og brukere. Felles klageregler vil føre til at man unngår dobbeltregulering og uklarheter om hvilke regler som gjelder. Selv om rettigheter til tannhelsehjelp i stor utstrekning speiler kommunens plikter, så er det departementets syn at rettighetsbestemmelsene på dette tjenesteområdet også bør samles i pasient- og brukerrettighetsloven.

Føringene i forarbeidene til helse- og omsorgstjenesteloven åpner for at det kan være behov for unntak fra prinsippet om en rendyrket pliktlav for kommunen. Etter departementets vurdering vil det være behov for å ta inn enkelte særregler eller unntak i helse- og omsorgstjenesteloven og pasient- og brukerrettighetsloven. Hensikten er å ivareta særpreget ved enkelte bestemmelser i tannhelsetjenesteloven som foreslås videreført, og for på den måten å unngå eventuelle utilsiktede rettsvirkninger av mer generell lovgivning. Det kan blant annet være aktuelt med særregulering i helse- og omsorgstjenesteloven når det gjelder rekkevidden av kommunens ansvar for å sørge for tannhelsetjenester og i pasient- og brukerrettighetsloven når det gjelder rekkevidden av pasienters rettigheter til tannhelsehjelp. Kommunens ansvar for tannhelsetjenester vil være mer begrenset enn kommunens ansvar for øvrige helse- og omsorgstjenester. Det samme gjelder pasientenes rettigheter til tannhelsehjelp. Det vil derfor være behov for å synliggjøre dette i de aktuelle lovbestemmelsene. Behovet for særregler må se i lys av at det er en krevende prosess å slå sammen to lover, både pedagogisk og lovteknisk, samtidig som man skal opprettholde meningsinnholdet i begge lovene.

Etter departementets vurdering er imidlertid behovet for særregler ikke av et slikt omfang at dette i seg selv tilsier at kommunens ansvar for tannhelsetjenester bør reguleres i en egen lav.

Departementet vil på denne bakgrunn fastholde forslaget i høringsnotatet om å regulere kommunens fremtidige ansvar for tannhelsetjenester i helse- og omsorgstjenesteloven og pasientens rettigheter til tannhelsehjelp, klage mv. i pasient- og brukerrettighetsloven. Dagens lovstruktur med en egen tannhelsetjenestelov foreslås derfor ikke videreført.

På samme måte som i høringsnotatet, foretas det i proposisjonen en gjennomgang av tannhelsetjenesteloven sett i forhold til relevante bestemmelser i helse- og omsorgstjenesteloven og pasient- og brukerrettighetsloven. Det må vurderes i hvilken grad den enkelte lovbestemmelse i de to sistnevnte lovene kan gis uavkortet anvendelse for tannhelsetjenester, eventuelt om det er behov for særregler. Utgangspunktet for vurderingen er at helse- og omsorgstjenestelovens bestemmelser bør gis anvendelse for tannhelsetjenester, med mindre det er åpenbart at de ikke passer. Eksempler på sistnevnte er bestemmelser om omsorgslønn, boliger til vanskeligstilte og sprøyterom, samt reglene i lovens kapittel 9 og 10 om bruk av tvang overfor personer med psykisk utviklingshemming og personer med rusavhengighet. Med unntak av pasient- og brukerombudsordningen, gjelder allerede de prosessuelle bestemmelsene i pasient- og brukerrettighetsloven for tannhelsehjelp som ytes av fylkeskommunen eller av private tjenesteytere.

Forslagene til lovendringer som fremgår enkeltvis av kapittel 10 og i det samlede lovforslaget til slutt i denne proposisjonen, utgjør dermed summen av de tilpasninger og særregler som anses nødvendige for å innlemme tannhelsetjenester i de nevnte lovene. Departementet understreker at hensynet til harmonisering av tannhelsetjenester med andre deler av helselovgivningen, betyr at det også ville vært påkrevd med en tilsvarende gjennomgang og vurdering av disse lovene ved valg av en lovmodell basert på en egen særlov om tannhelsetjenester.

Den tematiske oppbyggingen av kapittel 10 i denne lovproposisjonen tar på denne bakgrunn utgangspunkt i eksisterende kapittelinndeling i helse- og omsorgstjenesteloven (punkt 10.6 til 10.20 og punkt 10.22) og pasient- og brukerrettighetsloven (punkt 10.21), samt rekkefølgen av de enkelte bestemmelsene i disse lovene.

10.6 Formål og virkeområde

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

10.6.1 Lovforslagets formål

10.6.1.1 Gjeldende rett

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

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

10.6.1.2 Forslag i høringsnotatet

I høringsnotatet la departementet til grunn at den eksisterende formålsbestemmelsen i helse- og omsorgstjenesteloven § 1-1 kan gis uavkortet anvendelse på tannhelsetjenester, uten at det er behov for tilpasninger i form av lovendringer. Departementet viste til at de ulike hensynene som er nevnt i formålsbestemmelsen også gjør seg gjeldende for tannhelsetjenester.

10.6.1.3 Høringsinstansenes syn

Det er nesten ingen høringsinstanser som uttaler seg om det er behov for tilpasninger i formålsbe-

stemmelsen når det gjelder tannhelsetjenester. *Helsedirektoratet* støtter departementets vurdering av at formålsbestemmelsen vil kunne omfatte tannhelsetjenester uten behov for tilpasning.

10.6.1.4 Departementets vurderinger og forslag

Tannhelsetjenesteloven § 1-2 er utformet slik at den dels sier noe om tannhelsetjenestens formål og dels pålegger den fylkeskommunen ansvar for å sørge for nødvendig forebygging og behandling. Etter departementets vurdering bør denne type bestemmelser i større grad rendyrkes til å si noe om *lovens* formål, slik det fremgår av helse- og omsorgstjenesteloven § 1-1. Deler av dagens formålsbestemmelse i tannhelsetjenesteloven som pålegger fylkeskommunen plikter knyttet til folkehelsearbeid, bør derfor ikke tas inn i formålsbestemmelsen i helse- og omsorgstjenesteloven. Kommunens ansvar for folkehelsearbeid på tannhelsefeltet vil i stedet inngå i bestemmelsen om helsefremmende og forebyggende arbeid i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-3. Se nærmere om dette under punkt 10.10.

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

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

Departementet viser til at de ulike hensynene som er nevnt i formålsbestemmelsen i helse- og omsorgstjenesteloven også gjør seg gjeldende for tannhelsetjenester. Formålet om at helse- og omsorgstjenesteloven skal bidra til at de samlede ressursene utnyttes best mulig, vil for eksempel gjenspeile den enkelte kommunes ansvar for å samordne offentlige og private tannhelsetjenester i kommunen. Ansvaret for å sørge for at tannhelsetjenester er tilgjengelige for befolkningen i kommunen, vil også reflekteres i lovens formålsbestemmelse. Hensynet til forebygging og behandling av sykdom, skade, lidelse og nedsatt funksjonsevne og det å fremme tannhelse, sosial trygghet og forebygge sosiale problemer er dess-

uten viktige hensyn som må ivaretas i en kommunal tannhelsetjeneste. Det er av grunnleggende betydning for den enkelte å opprettholde eller gjenopprette tilstrekkelig tyggefunksjon til å få i seg næring. God tannstatus gir dessuten økt sosial trygghet og bidrar til å forebygge sosiale problemer.

Departementet opprettholder på denne bakgrunn forslaget om at formålsbestemmelsen i helse- og omsorgstjenesteloven § 1-1 kan gis uavkortet anvendelse for tannhelsetjenester. Forslaget er i praksis en videreføring av gjeldende rett.

10.6.2 Lovforslagets virkeområde

10.6.2.1 Saklig virkeområde og begrepsbruk

Gjeldende rett

Tannhelsetjenesteloven omhandler fylkeskommunens ansvar for tannhelsetjenester. Loven har ingen egen virkeområdebestemmelse. Det fremgår flere steder i loven at den gjelder for «tannhelsetjenester» som hører under «Den offentlige tannhelsetjenesten» og «fylkeskommunen». Begrepet «tannhelsetjenester» omfatter både tannhelsetjenester utført av tannpleiere, allmenn-tannleger og tannlegespesialister, jf. også begrepet «spesialisttjenester» i lovens § 1-1.

Tannhelsetjenesteloven gjelder også for privatpraktiserende tannleger som utfører behandling etter avtale med fylkeskommunen. Loven gjelder ikke direkte for private tannleger som ikke har slik avtale. Tannhelsetjenesteloven omhandler kun det offentliges ansvar for tannhelsetjenester og privatpraktiserende tannleger uten avtale kan ikke pålegges forpliktelser etter loven. Privatpraktiserende tannleger vil bare bli berørt i den grad fylkeskommunen inngår avtale med dem om ytelse av tjenester på vegne av kommunen. Loven regulerer heller ikke forholdet til annet privat tannhelsepersonell enn tannleger, som for eksempel tannpleiere. Forholdet til privat tannhelsevirksomhet er nærmere omtalt under punkt 10.11 i proposisjonen.

Helse- og omsorgstjenesteloven § 1-2 første ledd angir det saklige virkeområdet for loven. Loven gjelder for «helse- og omsorgstjenester» som tilbys av kommunen eller private som kommunen har avtale med. Dette er et samlebegrep for tjenester og tiltak etter loven. Tjenestene er i utgangspunktet likt regulert. Vanligvis er det derfor ikke nødvendig med en nærmere grenseoppgang mellom begrepene «helsetjenester» og «omsorgstjenester». Hvilke konkrete tjenester som omfattes av kommunens ansvar, er nærmere

angitt i loven § 3-2 første ledd. Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 fjerde ledd inneholder en negativ avgrensning av det saklige området for kommunens ansvar for helse- og omsorgstjenester. «Kommunens helse- og omsorgstjeneste» omfatter offentlig organiserte helse- og omsorgstjenester som ikke hører under stat eller fylkeskommune. Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om hva som er helse- og omsorgstjenester etter loven. Slik forskrift er ikke gitt.

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

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

Forslag i høringsnotatet

Departementet la i høringsnotatet til grunn at tannhelsetjenester vil inngå som en naturlig del av samlebegrepet «helse- og omsorgstjenester» og dermed uten videre vil omfattes av det saklige virkeområdet for helse- og omsorgstjenesteloven som fremgår av § 1-2 første ledd. Som følge av at tannhelsetjenester er en ny oppgave for kommunen, foreslo departementet likevel at det av pedagogiske hensyn bør komme tydelig innledningsvis i virkeområdebestemmelsen at helse- og omsorgstjenesteloven også gjelder for tannhelsetjenester.

Høringsinstansenes syn

Et fåtall av høringsinstansene har uttalt seg om behovet for tilpasninger i bestemmelsen i § 1-2 første ledd som regulerer det saklige virkeområdet for helse- og omsorgstjenesteloven. *Helsedirektoratet* støtter departementets vurdering av at det er behov for å presisere i virkeområdebestemmelsen at helse- og omsorgstjenesteloven gjelder for tannhelsetjenester, og uttaler videre:

«Helsedirektoratet vil påpeke at det i enkelte lovbestemmelser er foreslått å nevne tannhelsetjenester spesielt, av pedagogiske grunner, mens det andre steder er ment at tannhelsetjenester naturlig skal inngå i allerede eksisterende begreper. For eksempel er det foreslått å ta inn tannhelsetjenester i helse- og omsorgstjenesteloven § 1-2 (lovens virkeområde), mens det i pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3 (definisjoner) er ansett at tannhelsetjenester inngår i begrepet «den kommunale helse- og omsorgstjenesten». Helsedirektoratet mener det kan være fare for at tannhelse kan tolkes ut av helsebegrepet, og ber derfor departementet vurdere i hvilke lovbestemmelser det vil være viktig å presisere tannhelsetjenester for å unngå slik problematikk.»

Den norske tannlegeforening (NTF) er bekymret for at begrepet «Den offentlige tannhelsetjenesten» er foreslått fjernet fra lovverket, og kan ikke se at departementet har redegjort for hvilke konsekvenser dette vil ha. NTF mener at begrepet har reell betydning og er en «institusjon» i helse-tjenesten.

Departementets vurderinger og forslag

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

Uttrykket «Den offentlige tannhelsetjenesten» brukes i tannhelsetjenesteloven i to ulike sammenhenger; dels som en avgrensning av innholdet i og omfanget av fylkeskommunens tjenesteansvar, dels som en betegnelse på organiseringen av den fylkeskommunale tannhelsetjenesten.

Det fremgår av tannhelsetjenesteloven § 1-1 andre ledd at fylkeskommunen har ansvar for Den offentlige tannhelsetjenesten. Den offentlige tannhelsetjenesten er avgrenset til tannhelsetjenester som utføres på bestemte persongrupper som er

listet opp i § 1-3. Kapittel 3 i tannhelsetjenesteloven inneholdt tidligere bestemmelser om organisering, ledelse og administrasjon. Da tannhelsetjenesteloven ble vedtatt, ble det lovfestet at Den offentlige tannhelsetjenesten skulle være organisert som en egen fylkeskommunal etat ledet av en fylkestannlege. Flertallet i sosialkomiteen uttalte i forbindelse med behandlingen av lovforslaget, jf. Innst. O. nr. 86 (1982–83) side 7:

«Flertallet vil understreke at erfaringene viser at tannhelsetjenesten fungerer best når den er en egen tjenestegren under ledelse av tannleger som er ansvarlige for å legge planer og forslag direkte fram for besluttede politiske myndigheter. Flertallet er derfor enig i at fylkestannlegen skal være etatssjef med direkte adgang til fylkets politiske organer.»

Som ledd i arbeidet med forenkling av statlig regelverk rettet mot kommunesektoren, jf. Ot.prp. nr. 54 (2001–2002) *Om lov om endringer i lov 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og i enkelte andre lover (forenkling av statlig regelverk rettet mot kommunesektoren m.v.)*, ble imidlertid bestemmelsene i tannhelsetjenesteloven kapittel 3 opphevet med virkning fra 1. juli 2003. Etter departementets vurdering har dermed begrepet «Den offentlige tannhelsetjenesten» mistet mye av sin betydning.

Departementet står fast ved at ansvaret for tannhelsetjenester må forankres hos kommunen som sådan, på samme måte som for andre kommunale helse- og omsorgstjenester. Tannhelsevirksomheten vil naturlig inngå som del av «kommunens helse- og omsorgstjeneste» og «helse- og omsorgstjenesten», slik disse begrepene blant annet er benyttet i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 fjerde ledd, §§ 3-3, 3-10, 4-1 og 5-2. På den måten legges det ikke føringer i lovverket for hvordan kommunen organiserer virksomheten, enten det er gjennom en egen tannhelseetat eller på andre måter. Det er også viktig at det fremgår klart av loven hvem som er pliktsubjekt for de ulike bestemmelsene. Etter helse- og omsorgstjenesteloven vil dette vanligvis være kommunen, med unntak av noen få plikter som retter seg direkte mot «helse- og omsorgstjenesten» som organisatorisk enhet i kommunen (§§ 3-3 og 3-10). Kommunens ansvar for tannhelsetjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven vil etter dette være synonymt med det offentliges ansvar for tannhelsetjenester, på samme måte som fylkeskommunenes ansvar etter tannhelsetjenesteloven. At det offentlige ansvaret for tannhelsetjenester er

mer begrenset enn for andre helse- og omsorgstjenester, rokker ikke ved dette. En utvidelse av det saklige virkeområdet for helse- og omsorgstjenesteloven til å omfatte tannhelsetjenester, medfører at kommunene blir pålagt et større ansvar enn de har i dag. Dette er imidlertid en direkte konsekvens av oppgaveoverføringen.

10.6.2.2 Stedlig virkeområde

Gjeldende rett

Det fremgår av de enkelte bestemmelsene i tannhelsetjenesteloven at det stedlige virkeområdet for loven er avgrenset til «fylket». Tannhelsetjenesteloven gjelder ikke for tannhelsetjenester som ytes i utlandet. Fylkeskommunen der pasienten er bosatt har heller ikke plikt til å tilby tannhelsetjenester når vedkommende oppholder seg i et annet fylke. Det er den fylkeskommunen i det fylket der pasienten til enhver tid oppholder seg som er ansvarlig for å sørge for tannhelsetjenester. Det følger av tannhelsetjenesteloven § 6-6 at loven gjelder for Svalbard «i den utstrekning departementet bestemmer».

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

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

lovene er dermed ikke gjort gjeldende verken på Svalbard eller Jan Mayen.

Forslag i høringsnotatet

I høringsnotatet påpekte departementet at regulering av det offentliges ansvar for tannhelsetjenester i helse- og omsorgstjenesteloven ikke medfører at det geografiske omfanget av kommunens ansvar for tannhelsetjenester blir utvidet, sammenlignet med rekkevidden av fylkeskommunens ansvar i dag. Departementet la videre til grunn at det ikke er nødvendig å gjøre tilpasninger i bestemmelsene om helse- og omsorgstjenestelovens stedlige virkeområde som fremgår av § 1-2 tredje ledd.

Departementets vurderinger og forslag

Departementet har ikke mottatt høringsinnspill om behov for justeringer av det stedlige virkeområdet i helse- og omsorgstjenesteloven som følge av at tannhelsetjenester tas inn i loven. Departementet vil derfor opprettholde forslaget fra høringsnotatet om at bestemmelsen i helse- og omsorgstjenesteloven § 1-2 tredje ledd kan få anvendelse på tannhelsetjenester uten at det er behov for tilpasninger. Forslaget medfører en utvidelse av adgangen til å gjøre regler om det offentliges ansvar for tannhelsetjenester gjeldende også på Jan Mayen. Utvidelsen av hjemmelen vil ikke i seg selv ha økonomiske eller administrative konsekvenser før den eventuelt blir benyttet til å gi slike forskrifter i disse områdene.

10.7 Forholdet til andre lover

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

10.7.1 Forholdet til helsepersonelloven

Helse- og omsorgstjenesteloven § 2-1 regulerer forholdet til lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven). Av denne bestemmelsen fremgår at helsepersonelloven gjelder tilsvarende for alt personell som yter tjenester etter loven. Bakgrunnen for denne bestemmelsen er at personell som yter tjenester som tidligere falt inn under sosialtjenesteloven av 1991, skal ha de samme plikter som helsepersonell som er direkte omfattet av helsepersonelloven. Loven § 2-1 inneholder også en hjemmel til å gi forskrift om utfyl-

ling og gjennomføring av bestemmelsen, samt om adgang til å fravike helsepersonelloven for personell som yter bestemte tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven. Slik forskrift er gitt, jf. forskrift 16. desember 2011 nr. 1393 om helsepersonellovens anvendelse.

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

10.7.2 Forholdet til forvaltningsloven

10.7.2.1 Gjeldende rett

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

Dette prinsippet er langt på vei slått fast i helse- og omsorgstjenesteloven § 2-2, hvor det fremgår at forvaltningsloven gjelder for kommunenes virksomhet med de særlige bestemmelser som følger av loven her og av pasient- og brukerrettighetsloven. Det betyr at forvaltningsloven gjelder i den grad verken helse- og omsorgstjenesteloven selv eller pasient- og brukerrettighetsloven regulerer det aktuelle spørsmålet på en annen måte. Eksempel på en bestemmelse som fraviker forvaltningsloven, er helse- og omsorgstjenesteloven § 12-1 om taushetsplikt. Opplysninger som ikke er underlagt taushetsplikt etter forvaltningsloven § 13 andre ledd, vil være omfattet av taushetsplikten etter helse- og omsorgstjenesteloven § 12-1 andre ledd. Se nærmere om taushetspliktreglene i punkt 10.20.1.

Av pasient- og brukerrettighetsloven § 2-7 første ledd fremgår at forvaltningsloven kapittel IV (regler om saksforberedelse ved enkeltvedtak) og kapittel V (regler om vedtaket) ikke gjelder for vedtak som treffes etter reglene i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 2. Pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 2 inneholder blant annet regler om rett til helse- og omsorgstjenester fra kommunen og spesialisthelsetjenesten og rett til individuell plan. Reglene i forvaltningsloven kapit-

tel IV og V gjelder likevel for vedtak om enkelte kommunale omsorgstjenester som forventes å vare lenger enn to uker, jf. § 2-7 andre ledd.

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

Forvaltningsloven gjelder for fylkeskommunens øvrige virksomhet etter tannhelsetjenesteloven. Som eksempel kan nevnes at fylkeskommunen i tannhelsetjenesteloven § 5-1 tredje ledd er delegert myndighet til selv å fastsette forskrift om dekning av pasientens skyssutgifter i forbindelse med reise til og fra tannbehandling som gis av fylkeskommunen. Endringer av reglene eller fastsettning av nye regler om reiseutgifter må følge saksbehandlingsreglene for forskrifter i forvaltningsloven kapittel VII. Det vises til Helsedepartementets uttalelser i punkt 4.3 side 10 i Ot.prp. nr. 54 (2001–2002). Det samme gjelder vedtak som fylkeskommunen har truffet med hjemmel i tannhelsetjenesteloven § 1-3 første ledd bokstav e, § 1-3 tredje ledd og § 2-2 første ledd.

10.7.2.2 Forslag i høringsnotatet

Departementet foreslo i høringsnotatet at bestemmelsen i helse- og omsorgstjenesteloven § 2-2 som regulerer forholdet til forvaltningsloven, også bør gis uavkortet anvendelse for kommunens ansvar for tannhelsetjenester. Konsekvensene ved å la saksbehandlingsreglene i forvaltningsloven kapittel II og III gjelde direkte for tannhelsetjenester, er i praksis en videreføring og presisering av gjeldende rett. Departementet la videre til grunn at de samme hensynene som begrunner unntak fra reglene om saksforberedelse og enkeltvedtak i forvaltningsloven kapittel IV og V for den kliniske delen av helsevirksomhet generelt, også gjør seg gjeldende for kommunale tannhelsetjenester. Departementet foreslo på denne bakgrunn at bestemmelsen i pasient- og brukerrettighetsloven § 2-7 første ledd bør komme til anvendelse på tildeling av rettigheter til tannhelsehjelp. Det betyr at det generelle unntaket fra forvaltningsloven som i dag gjelder ved tildeling av rettigheter til tannhelsehjelp fra fylkes-

kommunen, vil bli innskrenket til bare å gjelde reglene i forvaltningsloven kapittel IV og V. Forholdet til forvaltningsloven vil dermed bli regulert på samme måte for kommunale tannhelsetjenester som for andre kommunale helse- og omsorgstjenester.

10.7.2.3 Høringsinstansenes syn

Det er få høringsinstanser som har kommentert departementets forslag til å gi større deler av forvaltningsloven direkte anvendelse for tannhelsetjenester som hører inn under det offentliges ansvar. *Helsedirektoratet* er positiv til at tannhelsetjenestens forhold til forvaltningsloven presiseres gjennom pasient- og brukerrettighetsloven § 2-7, selv om dette allerede har vært gjeldende rett gjennom ulovfestede forvaltningsrettslige prinsipper.

Fredrikstad kommune uttaler:

«De fleste helse- og omsorgstjenester tildeles etter vedtak. Dette kan være en fornuftig løsning også for tannhelsetjenester for å sikre at pasientenes rettigheter blir oppfylt og en koordinering inn i tjenesten. Kommunen kan ikke se at dette er behandlet i høringsnotatet.»

10.7.2.4 Departementets vurderinger og forslag

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

Spørsmålet om forvaltningslovens anvendelse i forhold til kommunale helse- og omsorgstjenester er inngående drøftet i Prop. 91 L (2010–2011) punkt 11.7.3 side 128 flg. Departementet fastholder i forarbeidene at det ikke er grunn til å unnta reglene i forvaltningsloven kapittel II og III når det gjelder kommunens virksomhet etter den nye loven. Det vises til at krav til habilitet mv. allerede følger av ulovfestede saksbehandlingsregler. Det vises også til at regler i annen helselovgivning går lengre enn forvaltningslovens regler. Her nevnes pasientrettighetslovens regler om rett til med-

virkning og informasjon, samt helsepersonellovens krav til faglig forsvarlighet, krav til sparsomhet og taushetsplikt. Videre legger departementet under punkt 11.7.4 side 129 i Prop. 91 L (2010–2011) til grunn at reglene i forvaltningsloven kapittel IV og V som utgangspunkt fortsatt ikke bør gjelde ved tildeling og avslag på hjelp fra kommunen og spesialisthelsetjenesten etter pasient- og brukerrettighetsloven. Etter alminnelig rettsopfatning anses ikke konsultasjoner, diagnostisering, behandling og henvisninger som enkeltvedtak, men som faktiske, eventuelt prosessuelle handlinger. Dette betyr at reglene om enkeltvedtak uansett ikke gjelder for disse handlingene. Unntaket fra forvaltningsloven kapittel IV og V skyldes særlig hensynet til at helsetjenesten må kunne iverksette et avgrenset behandlingstilbud så raskt som mulig. I lovforarbeidene har departementet i sin begrunnelse lagt avgjørende vekt på at reglene i kapittel IV og V ikke passer for beslutninger som treffes i den kliniske virksomheten, og faller utenfor de avgjørelser som disse bestemmelsene er ment å regulere.

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

Dagens bestemmelser i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 2 omfatter rett til kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenester, men ikke rett til fylkeskommunale tannhelsetjenester. Som følge av forslaget om ny lovstruktur i denne proposisjonen, vil retten til tannhelse-

hjelp fra kommunen bli regulert av pasient- og brukerrettighetsloven. Da vil bestemmelsen i pasient- og brukerrettighetsloven § 2-7 første ledd også komme til anvendelse på tildeling av kommunale tannhelsetjenester. Det innebærer at det generelle unntaket fra forvaltningsloven som i dag gjelder ved tildeling av rettigheter til nødvendig tannhelsehjelp fra fylkeskommunen, vil bli innskrenket til bare å gjelde reglene i forvaltningsloven kapittel IV og V. Som nevnt, egner ikke disse reglene seg for den kliniske delen av tannhelsevirksomheten, inkludert tildeling av nødvendig tannhelsehjelp.

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

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

10.8 Kommunens ansvar for tilgjengelige tannhelsetjenester til befolkningen

Kapittel 3 i helse- og omsorgstjenesteloven inneholder en rekke bestemmelser som regulerer kommunens ansvar for helse- og omsorgstjenester. Dette gjelder blant annet kommunens overordnede ansvar for helse- og omsorgstjenester for alle som oppholder seg i kommunen samt ansvar for et minimum av tjenestetyper, plikter knyttet til helsefremmende og forebyggende arbeid, samhandling og samarbeid, øyeblikkelig hjelp, helse- og omsorgstjenester for innsatte i fengsler i kriminalomsorgen samt plikter knyttet til pasient- og brukermedvirkning på systemnivå. De ulike pliktene som følger av bestemmelsene i dette kapitlet er nærmere omtalt i punkt 10.8 til 10.14.

10.8.1 Oversikt over fylkeskommunens ansvar for tannhelsetjenester

Det vises til den overordnede omtalen av gjeldende rett etter tannhelsetjenesteloven under punkt 10.4. Fylkeskommunens ansvar etter tannhelsetjenesteloven består dels av et *befolkningsansvar* og dels av et *gruppeansvar*.

Befolkningsansvaret kan igjen deles opp i et *tilgjengelighetsansvar* og et *folkehelseansvar*. Tilgjengelighetsansvaret omtales i punkt 10.8 og består i å sørge for at tannhelsetjenester, herunder spesialisttannhelsetjenester, i rimelig grad er tilgjengelige for alle som bor eller midlertidig oppholder seg i fylket. Folkehelseansvaret består i sørge for nødvendige helsefremmende og forebyggende tiltak overfor hele befolkningen, jf. punkt 10.10. Spørsmålet om fylkeskommunens ansvar for akutt tannhelsehjelp, er drøftet under punkt 10.13.

Gruppeansvaret har et klart folkehelseelement ved at det består i å gi et regelmessig og oppsøkende tilbud til bestemte persongrupper i befolkningen som er nærmere definert i tannhelsetjenesteloven. I loven er disse betegnet som «prioriterte grupper». Det er bare gruppene som er listet opp som har lovfestede rettigheter til nødvendig tannhelsehjelp, helt eller delvis vederlagsfritt, fra fylkeskommunen. Gruppeansvaret vil bli nærmere omtalt under punkt 10.9.

10.8.2 Gjeldende rett

10.8.2.1 Tannhelsetjenesteloven

Det følger av tannhelsetjenesteloven § 1-1 første ledd at fylkeskommunen skal sørge for at tannhelsetjenester, herunder spesialisttjenester, i rimelig grad er tilgjengelige for alle som bor eller midlertidig oppholder seg i fylket. Bestemmelsen favner vidt. Formuleringen «alle som bor eller midlertidig oppholder seg i fylket» innebærer at oppholdsfylket er ansvarlig for å sørge for at tannhelsetjenester er tilgjengelige også for personer som midlertidig befinner seg i fylket, selv om de er bosatt i et annet fylke. Det er sikker rett at tannhelsetjenesteloven legger oppholdsprinsippet til grunn. Det vises blant annet til at formuleringen «alle som bor eller midlertidig oppholder seg» tilsvarer bestemmelsen i kommunehelsetjenesteloven § 1-1 som ble videreført i helse- og omsorgstjenesteloven. I forarbeidene til kommunehelsetjenesteloven, ble det vektlagt at hjelpeapparatet uhindret skal stå til disposisjon for alle uansett kommunetilhørighet, jf. Ot.prp. nr. 66 (1981–82) *Helsetjenesten og sosialtjenesten i kommunene*.

Bestemmelsen i tannhelsetjenesteloven § 1-1 første ledd må forstås slik at fylkeskommunen skal sørge for at så vel allmenntannhelsetjenester som spesialisttannhelsetjenester i rimelig grad er tilgjengelige både for personer med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven og til den øvrige befolkningen som ikke har slike rettigheter.

Begrepet «tilgjengelig» er ikke konkretisert i tannhelsetjenesteloven eller dens forarbeider når det gjelder innhold og omfang. Formuleringen «i rimelig grad» er heller ikke belyst i lovens forarbeider, men gir anvisning på et visst minstenivå av tilgang på tannhelsetjenester som ikke kan være lavere enn det som er forsvarlig. Bestemmelsen i § 1-1 er utformet som en rettslig standard. Det betyr at innholdet i bestemmelsen kan endres med endrede forutsetninger og forventninger ut fra den odontologiskfaglige utviklingen, utviklingen i tannhelse- og sykdomsbildet i befolkningen, endrede verdioppfatninger, den generelle samfunnsutviklingen mv.

For å ivareta sitt lovpålagte ansvar, pålegger tannhelsetjenesteloven § 1-3a fylkeskommunen plikt til å planlegge, organisere og legge til rette for at fylkeskommunen, tannhelsetjenesten og helsepersonell kan oppfylle krav fastsatt i eller i medhold av forskrift.

10.8.2.2 Helse- og omsorgstjenesteloven

Kommunens overordnede ansvar for helse- og omsorgstjenester er regulert i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1. Det fremgår av § 3-1 første ledd at kommunen skal sørge for at «personer som oppholder seg i kommunen», tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. I likhet med tannhelsetjenesteloven, er det sikker rett at helse- og omsorgstjenesteloven bygger på oppholdsprinsippet. Det vil si at det er den kommunen der pasienten eller brukeren til enhver tid oppholder seg, som har plikt til å yte tjenestene. Dette betyr at kommunen ikke bare har ansvaret for sine egne innbyggere, men også for blant annet turister, pendlere og studenter. Selv om begrepet «midlertidig» i den tilsvarende bestemmelsen i kommunehelsetjenesteloven § 1-1 ble fjernet i forslaget til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, betyr ikke det at loven stiller krav om at den enkelte pasient eller bruker må ha oppholdt seg i kommunen en viss tid.

Oppholdsprinsippet vil tidvis kunne slå uheldig ut for enkelte kommuner. Prinsippet har derfor vært drøftet flere ganger, sist i forbindelse med utarbeidelsen av ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. I Prop. 91 L (2010–2011) side 435–436 vises det til at man i stedet for oppholdsprinsippet kunne legge bostedsprinsippet til grunn, eventuelt et kombinert oppholds- og bostedsprinsipp. Departementet fant imidlertid at dette ville være administrativt krevende og vanskelig å praktisere, samtidig som løsningen passet dårlig til de krav til mobilitet som i dag preger samfunnet. Hensynet til en lett tilgjengelig og fleksibel helse- og omsorgstjeneste tilsa derfor at oppholdsprinsippet fortsatt burde legges til grunn for den nye loven.

Kommunens ansvar omfatter personer i alle aldre og alle pasient- og brukergrupper, herunder personer med somatisk eller psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblem, sosiale problemer eller nedsatt funksjonsevne, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 andre ledd. Hvilke tjenester kommunen plikter å tilby og innholdet i tjenestene, følger av en tolkning av begrepet «nødvendige helse- og omsorgstjenester» samt den opplistingen av tjenester som særlig følger av loven § 3-2.

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

10.8.3 Forslag i høringsnotatet

I høringsnotatet foreslo departementet å videreføre på kommunalt nivå det offentliges ansvar for å sørge for at tannhelsetjenester er tilgjengelige for hele befolkningen, ved å føye til dette i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 første ledd. Departementet foreslo ikke å videreføre forbeholdet i tannhelsetjenesteloven om tilgjengelig «i rimelig grad», da det ble vurdert å ikke lenger ha reell betydning. Departementet foreslo også en endring i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 for å gjøre det tydelig at tannhelsetjenester er blant de spesifikke tjenester som kommunen skal tilby som et minimum. I tillegg foreslo departementet å videreføre planleggings- og tilretteleggingsplikten i tannhelsetjenesteloven på kommunalt nivå, ved å gi helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 tredje ledd anvendelse.

10.8.4 Høringsinstansenes syn

Høringsinstansene er delt i synet på hvorvidt dagens forbehold om at tannhelsetjenester skal være tilgjengelige i «i rimelig grad», bør videreføres eller ikke.

Helsedirektoratet er enig med departementet i at formuleringen «i rimelig grad» kan tas ut. Direktoratet mener at det i lovproposisjonen bør gis en tydeligere omtale av kommunens ansvar for å sørge for at også pasienter uten rettigheter til tannhelsehjelp får et tannhelsetilbud i nærheten dersom det ikke finnes privatpraktiserende tannleger i kommunen eller nærområdet. I tillegg mener Helsedirektoratet at begrepet «nødvendige tannhelsetjenester» bør inngå i forslaget til endringer i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 første ledd. Direktoratet har også forslag til en alternativ lovteknisk utforming av lovens § 3-2 for å innlemme tannhelsetjenester.

Den norske tannlegeforening (NTF) stiller seg også bak departementets vurdering av at forslaget til endring i § 3-1 første ledd i helse- og omsorgstjenesteloven er en videreføring av gjeldende rett. NTF slår fast at kommunene ikke blir pålagt et større ansvar enn det fylkeskommunen har i dag ved at begrepet i rimelig grad ikke videreføres.

Møre og Romsdal fylkeskommune uttaler:

«Høringsnotatet gjer klart at det også etter 2020 skal vere oppholdsprinsippet, og ikkje bustadprinsippet, som vil gjelde for kva rettar personar har til tannhelsetenester. Samstundes blir det foreslått å endre ordlyden i noverande tannhelsetenestelov frå at tannhelsetenester «i

rimelig grad er tilgjengelig» til at kommunen skal sørge for at tannhelsetenester (også spesialisttenester) «er tilgjengelige for personer som oppholder seg i kommunen». I sum vil konsekvensen være at mange kommunar, når dei får ansvaret for tannhelsetenester, vil få ekstraavgifter i høve finansiering av pasientar som har mellombels opphald i kommunen, t.d. kommunar med utdanningstilbod for 19- og 20-åringar som flyttar dit frå andre kommunar for å studere, kommunar som har fengselsinstitusjonar og kommunar med helseinstitusjonar som har personar på rehabiliteringsopphald frå nabo-kommunar. Disse utfordringane eksisterer i liten grad med dagens organisering i og med at tenesteforholdet og utgiftsdekninga er relativt lik i alle fylkeskommunar.»

KS – *Kommunesektorens organisasjon* viser til at dersom opphald i kommunen skal kunne utløse rett til tannhelsetjenester på alle områdene for nødvendig tannbehandling, kan det bli en økonomisk utfordring for kommuner som blir oppsøkt av personer med rett til tannbehandling etter § 3-2 b. KS mener derfor at det bør være tydelige inklusjons-/eksklusjonskriterier og/eller at ordlyden i loven blir «i rimelig grad tilgjengelig». Videre uttaler KS:

«Det er flere grunner til at man bør beholde formuleringen «i rimelig grad er tilgjengelige». Hvis pasienter har en langvarig plassering i disse gruppene bør personen ha tilgang til alle tannhelsetjenester. For personer med god økonomi og et mer kortvarig rehabiliteringsopphold, er det mindre innlysende at personen bør ha krav på tannbehandling som ikke er knyttet til sykdom/skade som er årsak til rehabiliteringsoppholdet.

Hvis pasienter har et kortvarig opphald i kommunen, er det også lite innlysende at pasienten med loven i hånd kan forlange full tilgang til spesialisert behandling. En del behandling krever også lang tilstedeværelse for å kunne gjennomføres.

Andre grunner for å beholde uttrykket «i rimelig grad er tilgjengelige» er knyttet til andre aspekter av tilgjengelighet enn den regelmessige tannhelseundersøkelsen f.eks. tannlegjetjenester utenfor åpningstid. Dette synspunktet korresponderer med teksten i høringsnotatet om at «det bør være opp til den enkelte kommune å avgjøre nivå og omfang av organiseringen av tilgangen på akutt hjelp» (side 161).

Det vil sikkert være slik at det også i fremtiden vil kunne bli kortere eller lengre vakanter i tannlegestillingene (f.eks. i forbindelse med oppsigelser eller foreldrepermisjoner) som det ikke alltid vil være mulig å dekke opp for.»

10.8.5 Departementets vurderinger og forslag

10.8.5.1 Generelt om rekkevidden av tilgjengelighetsansvaret

Departementet understreker at oppholdsprinsippet ligger fast ved overføring av ansvaret for tannhelsetjenester fra fylkeskommunen til kommunen. Hverken tannhelsetjenesteloven eller helse- og omsorgstjenesteloven bygger på bostedsprinsippet og det er derfor ikke aktuelt å legge dette til grunn for regulering av kommunens ansvar for tannhelsetjenester. Som noen høringsinstanser peker på, vil oppholdsprinsippet kunne være til ulempe for enkelte kommuner. Hensynet til et enkelt regelverk som er lett å praktisere tilsier imidlertid at dette prinsippet fortsatt legges til grunn for alle kommunale helse- og omsorgstjenester.

Fylkeskommunens ansvar etter tannhelsetjenesteloven § 1-1 første ledd er begrenset til å sørge for at tannhelsetjenester «i rimelig grad» er tilgjengelige. Departementet viser til at det først og fremst er historiske årsaker til at dette forbeholdet er tatt inn i tannhelsetjenesteloven. Da tannhelsetjenesteloven ble vedtatt i 1983, var det offentlige tannhelsetilbudet mangelfullt utbygd i store deler av landet. I flere fylker eksisterte det på dette tidspunktet bare kommunal skoletannpleie og ikke en folketannrøkt som også ga tilbud til den voksne delen av befolkningen, slik målet hadde vært med lov om folketannrøkt av 1949. Det ville derfor bli for stort ansvar å pålegge samtlige fylkeskommuner et fullt tilgjengelighetsansvar allerede første dag fra tannhelsetjenestelovens ikrafttredelse. Sosialdepartementet forutsatte i stedet en gradvis iverksetting av tannhelsetilbudet til befolkningen som fulgte av lovforslaget, jf. punkt 7.2 i Ot.prp. nr. 49 (1982–83) *Om lov om tannhelsetjenesten (tannhelsetjenesten i fylkeskommunene)*.

Departementet viser også til at det i departementets lovforslag var lagt inn et ytterligere forbehold i lovteksten om at fylkeskommunen skal «legge forholdene til rette» slik at tannhelsetjenester i rimelig grad er tilgjengelige. Hensikten var at fylkeskommunens ansvar for tilgjengelige

tannhelsetjenester skulle begrenses til et tilretteleggingsansvar. I forbindelse med Stortingets behandling av lovforslaget, jf. Innst. O. nr. 86 (1982–83) side 4, la imidlertid flertallet i sosialkomiteen vekt på å sikre at en fikk en nasjonalt likeverdig tannhelsetjeneste og ønsket derfor at uttrykket «sørge for» skulle anvendes i stedet. Dette var det samme uttrykket som var benyttet i kommunehelsetjenesteloven.

Sett i lys av utviklingen over tid med utbygging av det offentlige tannhelsetilbudet og økt tilgang på tannhelsepersonell, kan ikke departementet se at forbeholdet «i rimelig grad» lenger har noen selvstendig og reell betydning for fastleggingen av rekkevidden av fylkeskommunens tilgjengelighetsansvar. Den faktiske situasjonen når det gjelder tilgang på personell er per i dag ikke vesensforskjellig, enten det dreier seg om rekruttering av fastleger til kommunen eller tannpleier og tannleger til fylkeskommunen. Departementet finner på denne bakgrunn at det hverken er nødvendig eller hensiktsmessig å videreføre forbeholdet «i rimelig grad» i helse- og omsorgstjenesteloven. Ordlyden i tannhelsetjenesteloven § 1-1 første ledd favner i utgangspunktet svært vidt og rekkevidden av tilgjengelighetsansvaret er ikke klart avgrenset. Å fjerne denne formuleringen vil bidra til å klargjøre kommunens lovpålagte plikt til å sørge for at tannhelsetjenester skal være tilgjengelige for hele befolkningen.

Tilgjengeligheten kan i praksis måles på grunnlag av ulike faktorer. Dette kan for eksempel være tilgangen på tilstrekkelig kvalifisert personell, inkludert spesialistkompetanse, sett i forhold til behov og etterspørsel hos befolkningen, reiseavstand til nærmeste tannhelsetilbud, tilbudet av offentlig transport, åpningstider, ventetid på behandling og geografisk plassering av tannklinikker. Avgjørende for tilgjengeligheten vil i praksis ofte være at klinikkene er stabilt bemannet med kvalifisert personell og at det er et velfungerende interkommunalt samarbeid.

Det er opp til kommunen selv å vurdere hva som er et tilgjengelig tannhelsetilbud ut fra nevnte faktorer, og hvordan dette ansvaret kan oppfylles. Kommunen må skaffe seg oversikt over det samlede tilbudet av private og offentlige tannhelsetjenester i kommunen, og på det grunnlag vurdere hvorvidt tannhelsetilbudet er forsvarlig sett i forhold til hele befolkningen. Som et minimum må kommunen sørge for at tilgangen på tannhelsetjenester til personer med rettigheter til tannhelsehjelp blir ivaretatt. Ut over dette må kommunen vurdere tilgangen på tannhelsetilbud for den øvrige voksne befolkningen. Tilbudet fra private

tjenesteytere vil i store deler av landet langt på vei dekke behovet for tannhelsetjenester for den voksne delen av befolkningen. I områder hvor det private tilbudet er mangelfullt eller fraværende, eller det er lang reiseavstand til nærmeste private tilbud, må kommunen i hovedsak selv sørge for at tilbud gis fra kommunens egne tannklinikker. I områder med spredt bosetting og ingen eller begrenset tilbud fra private, vil kommunens tilbud være det nærmeste til den voksne delen av befolkningen. I distrikter hvor tannklinikker har vært ubemannet med faste tannleger i lengre tid eller med hyppig utskifting av tannleger, har mange voksne uansett valgt å reise til nærmeste større tettsted eller by for å søke tannhelsehjelp hos private utøvere.

Kommunens ansvar for å sørge for å tilby tannhelsetjenester til personer som oppholder seg i kommunen, vil være begrenset til å omfatte personer som har rettigheter til nødvendig tannhelsehjelp. Dette er i tråd med tannhelsetjenestelovens system. For kommunale helse- og omsorgstjenester fremgår ikke denne begrensningen i ansvaret direkte av loven, men av lovforarbeidene. I Prop. 91 L (2010–2011) punkt 12.6.1 side 139 og 487 legger departementet til grunn at begrepet «sørge for» betyr at kommunen pålegges ansvar for at tjenestene gjøres tilgjengelige for de som har rett til å motta tjenester.

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

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

gene er en videreføring og presisering av gjeldende rett.

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

10.8.5.2 Særlig om ansvaret for tilgjengelige spesialisttannhelsetjenester

Odontologiske spesialisttjenester var ikke omfattet av forslaget til tannhelsetjenestelov i Ot.prp. nr. 49 (1982–83) eller på annen måte vurdert i lovforarbeidene. I forbindelse med Stortingets behandling av lovforslaget, påpekte sosialkomiteen at fylkeskommunen må sørge for nødvendig geografisk spredning av odontologiske spesialisttjenester for å sikre befolkningens behov for slike tjenester, jf. Innst. O. nr. 86 (1982–83) side 5. Flerparten i komiteen føyde deretter til formuleringen «herunder spesialisttjenester» i lovtteksten til § 1-1 første ledd som ble vedtatt.

Begrepet «spesialisttjenester» er ikke nærmere definert i tannhelsetjenesteloven eller dens forarbeider. Loven opererer heller ikke med et skille mellom allmenntannhelsetjenester eller spesialisttannhelsetjenester/odontologiske spesialisttjenester, hverken innholdsmessig eller organisatorisk.

Med begrepet «spesialisttjenester» menes i denne sammenheng utredning, diagnostikk, behandlingsplanlegging, behandling og nødvendig oppfølging som forutsetter kompetanse på spesialistnivå og som utføres av tannlege med spesialistgodkjenning. De som henvises til spesialister kan være personer som er født med syndromer, sykdommer eller tilstander som i betydelig grad påvirker munnhule, kjeve og tenner, og hvor utredning og behandling krever spesialistkompetanse i for eksempel pedodonti, endodonti, protetik og bittfysiologi, kjeveortopedi, kirurgi eller periodonti. Hovedtyngden av pasienter som blir henvist til spesialister, blir henvist av allmenntannleger. Odontologiske spesialisttjenester kan utføres av fylkeskommunens egne ansatte tannlege-

spesialister ved tannklinikken eller av spesialister ved de regionale odontologiske kompetansesentrene. Videre kan spesialisttjenester utføres av private tannlegespesialister eller av spesialisttannleger (oralkirurger mv.) ansatt ved helseforetakene. I tillegg tilbys spesialisttjenester ved de odontologiske lærestedene som del av spesialistutdanningen av tannleger.

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

Det er et overordnet mål at alle skal ha et likeverdig tilbud om helse- og omsorgstjenester, uavhengig av bosted. Dette gjelder også tilgangen på odontologiske spesialisttjenester. Graden av offentlig finansiering vil kunne påvirke etterspørselen av spesialistbehandling. Etterspørselen vil i sin tur påvirke kapasitet og tilgjengelige ressurser til slik behandling. Helse- og omsorgsdepartementet styrer i økende grad utdanningskapasiteten av tannlegespesialister, den geografiske fordelingen av opptak til spesialistutdanningen og innholdet i spesialistutdanningene. Dette skjer gjennom finansiering av utdanningene, fastsetting av regelverk for utdanningene og for organisering av utdanningene som en integrert samarbeidsmodell mellom universitetene og de regionale odontologiske kompetansesentrene. Samlet vil dette bidra til at forvaltningsnivået som har ansvar for å sørge for at odontologiske spesialisttjenester er tilgjengelige, vil få økende mulighet til å kunne ivareta dette ansvaret.

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

dag. I likhet med hva som gjelder for tannhelsetjenester generelt, legger departementet til grunn at summen av de faktorer som påvirker dynamikken når det gjelder tilbudet av spesialisttannhelsetjenester, tilsier at betydningen av å sondre mellom et tilgjengelighetsansvar med eller uten forbeholdet «i rimelig grad» er lite relevant. Det anses derfor lite hensiktsmessig å videreføre dette forbeholdet bare for så vidt gjelder spesialisttannhelsetjenester. Når det gjelder finansiering av spesialisttjenester til personer med rettigheter, vises det til nærmere omtale i punkt 10.19.5 i proposisjonen.

10.8.5.3 Kommunens ivaretagelse av ansvaret for å sørge for tannhelsetjenester

Det fremgår av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 tredje ledd at kommunens overordnede sørge for ansvar innebærer en plikt til å sette i verk systematiske tiltak som sikrer at tjenestenes innhold og omfang er i tråd med lov og forskrift (internkontroll). Se også omtale av bestemmelsene i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 tredje ledd og tannhelsetjenesteloven § 1-3a under punkt 10.15 om krav til forsvarlighet, pasientsikkerhet og kvalitet.

Fylkeskommunens ansvar etter tannhelsetjenesteloven § 1-3a omfatter plikt til å planlegge, organisere og legge til rette for at fylkeskommunen, tannhelsetjenesten og helsepersonell kan oppfylle krav fastsatt i eller i medhold av lov eller forskrift. Ordlyden er den samme som i den tidligere tilretteleggingsbestemmelsen i kommunehelsetjenesteloven § 1-3a, som er videreført i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 tredje ledd. Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 tredje ledd fremhever i tillegg de grunnleggende kravene til styring som fremgår av forskrift 28. oktober 2016 nr. 1250 om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Forskriften trådte i kraft 1. januar 2017 og erstatter internkontrollforskriften. Det fremgår av departementets merknader i Prop. 91 L (2010–2011) punkt 12.6.2 side 140–141 og side 486 at bestemmelsen i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 tredje ledd er en videreføring av gjeldende rett.

Innholdet i kravene til planlegging, gjennomføring, evaluering og korrigerende av virksomheten følger allerede av gjeldende regelverk om internkontroll som også gjelder for offentlig og privat tannhelsevirksomhet. Det følger av lov 30. mars 1984 nr. 15 om statlig tilsyn med helsetjenesten § 3 at enhver som yter helse- og omsorgstjenester skal etablere et internkontrollsystem for virksomheten og sørge for at virksomhet og tjenester plan-

legges, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av lover og forskrifter. Slike krav følger av forskriften om ledelse og kvalitetsforbedring.

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

10.9 Kommunens ansvar for tannhelsetjenester til bestemte persongrupper

Det gis en overordnet beskrivelse av gjeldende rett under punkt 10.9.1. Punkt 10.9.2 til 10.9.7 inneholder en mer detaljert gjennomgang av gjeldende rett, samt vurderinger og forslag til regulering av kommunens plikt til å gi et regelmessig og oppsøkende tannhelsetilbud til de ulike persongrupperne som fylkeskommunen i dag har ansvar for etter tannhelsetjenesteloven § 1-3 første ledd bokstav a til e. Punkt 10.9.8 gjelder tannhelsetjenester til voksne som ikke omfattes av noen av disse grupperne. Punkt 10.9.9 og 10.9.10 omhandler spørsmålet om lovfesting av kommunens ansvar for å sørge for et tannhelsetilbud til personer med rusavhengighet samt innsatte i fengsler i kriminalomsorgen.

Alle som er nevnt i tannhelsetjenesteloven § 1-3 har rett til nødvendig tannhelsehjelp i den fylkeskommune der de bor eller midlertidig oppholder seg, jf. tannhelsetjenesteloven § 2-1. Retten til nødvendig tannhelsehjelp er nærmere omtalt under punkt 10.21.2, hvor departementet foreslår at rettigheter til tannhelsehjelp reguleres i pasient- og brukerrettighetsloven. Retten til nødvendig tannhelsehjelp korresponderer med fylkeskommunens plikt til å gi et regelmessig og oppsøkende tilbud til de samme persongrupperne. Departementet gjør derfor oppmerksom på at kommunens plikter overfor bestemte persongrupper i denne proposisjonen tidvis omtales som disse persongruppernes rettigheter, uten at det innebærer noen reell meningsforskjell.

Det må sondres mellom rett til nødvendig tannhelsehjelp fra kommunen og rett til å få utført tannhelsehjelpen gratis eller mot redusert veder-

lag. Spørsmålet om i hvilken grad de ulike gruppene har rett til helt eller delvis vederlagsfri tannbehandling, er behandlet under punkt 10.19.2.

10.9.1 Oversikt over gjeldende rett

10.9.1.1 Tannhelsetjenesteloven

Fylkeskommunens plikt til å tilby nødvendige tannhelsetjenester er begrenset til kun å gjelde deler av befolkningen. Det rettslige grunnlaget for fylkeskommunens ansvar varierer, avhengig av hvilken persongruppe det er tale om. Ansvarer følger dels direkte av tannhelsetjenesteloven, dels av lokale forskrifter fastsatt av den enkelte fylkeskommune med hjemmel i loven og dels av Stortingets budsjettvedtak og departementets retningslinjer.

Grovt sett omfatter fylkeskommunens ansvar fire hovedgrupper av personer:

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

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

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

- a. Barn og ungdom fra fødsel til og med det året de fyller 18 år
- b. Psykisk utviklingshemmede i og utenfor institusjon

- c. Grupper av eldre, langtidssyke og uføre i institusjon og hjemmesykepleie
- d. Ungdom som fyller 19 eller 20 år i behandlingsåret
- e. Andre grupper som fylkeskommunen har vedtatt å prioritere.

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

Tannhelsetjenesteloven § 1-3 tredje ledd regulerer fylkeskommunens adgang å gi et tannhelsetilbud til voksne pasienter mot betaling. Bestemmelsen regulerer også i hvilke tilfeller fylkeskommunen har plikt til å gi et tannhelsetilbud til voksne som ikke omfattes av gruppene nevnt i § 1-3 første ledd bokstav a til e.

10.9.1.2 Helse- og omsorgstjenesteloven

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

10.9.2 Plikt til å gi et regelmessig og oppsøkende tannhelsetilbud

10.9.2.1 Gjeldende rett

Etter tannhelsetjenesteloven § 1-3 første ledd andre punktum skal den fylkeskommunale tannhelsetjenesten gi et regelmessig og oppsøkende

tilbud til bestemte grupper som er regnet opp i bokstav a til d, samt til andre grupper som fylkeskommunen har vedtatt å gi et tilbud til etter bokstav e.

10.9.2.2 Forslag i høringsnotatet

Departementet foreslo i høringsnotatet å videreføre plikten til å gi et regelmessig og oppsøkende tilbud til grupper som nevnt i tannhelsetjenesteloven § 1-3 første ledd bokstav a til e på kommunalt nivå. Det ble foreslått å ta inn en ny bestemmelse om dette i § 3-2 b i helse- og omsorgstjenesteloven.

10.9.2.3 Høringsinstansenes syn

Den norske tannlegeforening støtter forslaget om å videreføre det offentlige plikt til å gi et regelmessig og oppsøkende tilbud til bestemte grupper av befolkningen og påpeker at dette er et viktig og grunnleggende prinsipp.

Pensjonistforbundet viser til at eldre i hjemme- sykepleien har hatt liten glede av at fylkeskommunen i dag skal gi et regelmessig og oppsøkende tilbud og samtidig drive helsefremmende og forebyggende arbeid når det gjelder munn- og tannhelse. Forbundet påpeker at skal man oppfylle loven, må man sørge for at alle mottar og forstår tilbudet og gi tilbudet et reelt innhold.

10.9.2.4 Departementets vurderinger og forslag

Et av formålene med tannhelsetjenesteloven er å gi hjelp til vanskeligstilte grupper. I forarbeidene til loven er det lagt vekt på at i tillegg til barn og ungdom, skal ulike vanskeligstilte grupper som for eksempel psykisk utviklingshemmede og langtidssyke sikres et tilbud om organisert og oppsøkende tannlegehjelp, jf. Ot.prp. nr. 49 (1982–1983) punkt 1.2.

Formålet med å gi et regelmessig og oppsøkende tannhelsetilbud er først og fremst for å forebygge sykdom i munn, kjeve og tenner. Hva som nærmere ligger i uttrykket «regelmessig og oppsøkende tilbud» fremgår verken av tannhelsetjenesteloven eller dens forarbeider. I tidligere lov om folketannrøkt fra 1949 var det et krav om at personer som hadde rettigheter til tannhelsehjelp skulle innkalles en gang i året for undersøkelse og eventuell behandling. Et minimumskrav for at tilbudet skal sies å være «opsøkende», må være at det offentlige tannhelsetilbudet gjøres kjent for personer som har rettigheter til nødvendig tannhelsehjelp etter tannhelsetjenesteloven. Kommu-

nen må gjøre en aktiv innsats for at tilbudet så langt som mulig faktisk når frem til målgruppene. Hva som skal til for at plikten til å gi et oppsøkende tilbud kan sies å være oppfylt, vil blant annet avhenge av den enkeltes samlede livs- og helsesituasjon. Dersom en person kalles inn til undersøkelse ved en tannklinikk, er vedkommende gjort kjent med sin rettighet, at tilbudet finnes og vedkommende er oppfordret til å benytte seg av tilbudet.

For personer som av ulike årsaker ikke er i stand til å møte opp på tannklinikken blir spørsmålet om den kommunale tannhelsetjenesten har plikt til å oppsøke pasienten der vedkommende befinner seg, eller tilrettelegge for at pasienten kan komme til tannklinikken. Her kan ambulante tjenester være nødvendig. Det vil si at tannhelsepersonellet besøker institusjonene der pasientene oppholder seg eller oppsøker pasienten i eget hjem eller omsorgsbolig. Tjenestetilbudet kan riktignok bli redusert under slike omstendigheter, men en begrenset undersøkelse, diagnostikk og eventuell behandling kan utføres med utstyr som tannpleier/tannlege kan bringe med seg. I hvilken grad tannpleier/tannlege skal foreta første undersøkelse på institusjon eller i eget hjem, må i så fall avklares med institusjonen, personellet som yter tjenester i hjemmet eller med pårørende. Det vises i denne sammenheng til punkt 10.16.1, hvor departementet foreslår å lovfeste en plikt for kommunen til å sørge for transport av personell som yter tannhelsetjenester utenfor ordinært behandlingssted, enten som ansatt i kommunen eller på vegne av kommunen etter avtale. Plikten er avgrenset til å omfatte transport av personell i forbindelse med behandling av pasienter som har rett til å få et regelmessig og oppsøkende tannhelsetilbud.

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

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

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

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

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

til tannhelsehjelp fra kommunen, og innhente samtykke fra den enkelte til å gi tannhelsetjenesten informasjon om at vedkommende ønsker å benytte seg av tilbudet om offentlig tannhelsehjelp. Dette er særskilt viktig når det gjelder personer med rett til individuell plan, jf. punkt 10.17.

Departementet opprettholder på denne bakgrunn forslaget i høringsnotatet om å videreføre det offentliges ansvar for å gi et regelmessig og oppsøkende tilbud til bestemte persongrupper ved overføringen av ansvaret fra fylkeskommunen til kommunen. Forslaget krever endringer i helse- og omsorgstjenesteloven. Det foreslås å ta inn en ny bestemmelse i loven som § 3-2 b, som erstatning for tannhelsetjenesteloven § 1-3. Hvilke grupper som omfattes av kommunens ansvar etter forslaget til § 3-2 b i helse- og omsorgstjenesteloven, fremgår av punkt 10.9.3 til 10.9.9.

10.9.3 Barn og ungdom fra 0 til 20 år

10.9.3.1 Gjeldende rett

Fylkeskommunen har plikt til å gi et regelmessig og oppsøkende tilbud til barn og ungdom fra fødsel til og med det året de fyller 18 år, jf. tannhelsetjenesteloven § 1-3 første ledd bokstav a. Videre har fylkeskommunen plikt til å gi et regelmessig og oppsøkende tilbud til ungdom som fyller 19 eller 20 år i behandlingsåret, jf. tannhelsetjenesteloven § 1-3 første ledd bokstav d.

10.9.3.2 Forslag i høringsnotatet

I høringsnotatet foreslo departementet å videreføre plikten til å gi et regelmessig og oppsøkende tannhelsetilbud til barn og unge til og med det året de fyller 18 år ved overføring av ansvaret til kommunene. Av forenklingshensyn ble det foreslått å ikke videreføre formuleringen «fra fødsel». Formuleringen ble ansett som overflødig siden det er innlysende at dette er det tidligst mulige starttidspunkt for at kommunens plikter kan innfri.

Departementet foreslo også å videreføre plikten til å gi et regelmessig og oppsøkende tannhelsetilbud til ungdom som fyller 19 eller 20 år. Det ble foreslått å erstatte betegnelsen «i behandlingsåret» med «i kalenderåret». Dette innebar en kodifisering av gjeldende praksis og en forenkling, samtidig som lovens språkbruk blir den samme for alle barn og unge innenfor disse aldersgruppene.

Av forenklingshensyn ble det i tillegg foreslått å slå sammen dagens bestemmelser om barn 0–

18 år og unge 19–20 år til én bestemmelse ved innpassing i helse- og omsorgstjenesteloven.

10.9.3.3 Høringsinstansenes syn

Helsedirektoratet støtter departementets forslag om å slå sammen dagens gruppe A og gruppe D i ny gruppe 1. Direktoratet mener det er positivt at det tydeliggjøres at det er det kalenderåret ungdommen fyller 20 år som er avgjørende.

Den norske tannlegeforening (NTF) viser til at effekten av et systematisk og oppfølgende tilbud til barn og unge opp til 20 år har hatt stor betydning for den bedrede tannhelsen i befolkningen. NTF viser videre til at tannhelsepersonell har en viktig rolle i forhold til å avsløre omsorgssvikt og overgrep eller andre helsemessige utfordringer hos denne gruppen. NTF påpeker at regelmessig oppfølging i offentlig regi sikrer et likt tilbud til alle.

Flere høringsinstanser har for øvrig påpekt viktigheten av at barn og unges rett til gratis tannbehandling fra fylkeskommunen videreføres som en lovfestet rettighet på kommunalt nivå. Disse høringsuttalelsene er gjengitt under punkt 10.19.2 om vederlagsreglene.

10.9.3.4 Departementets vurderinger og forslag

Kriteriet for å omfattes av denne gruppen er basert på alder. Barn og unge har alltid stått sentralt i det offentlige tannhelsetilbudet i Norge, helt fra lovfesting av skoletannpleie i 1917 og senere med lov om folketannrøkt fra 1949, hvor det ble lovfestet at barn skulle få systematisk og gratis tannbehandling. Bakgrunnen for at det offentlige er pålagt ansvar for å gi et regelmessig og oppsøkende tannhelsetilbud til barn og unge, er at det er i barne- og ungdomstiden at grunnlaget legges for en god tannhelse livet ut gjennom jevnlig innsats og forebyggende tiltak. For barn og ungdom er det et sentralt formål at tilbudet skal bidra til å etablere gode tannhelsevaner fra tidlig alder, uavhengig av de foresattes økonomi og livssituasjon. Tannsykdommer går sjelden over av seg selv. Konsekvensene av sykdommene eller av behandlingen, for eksempel ved karies og tannkjøtt sykdommen periodontitt, er varige skader livet ut som innebærer risiko for andre skader. Tilsvarende prinsipp om at barn og unge skal tilbys tannhelsehjelp enten gratis eller med redusert egenandel, er lagt til grunn i lovgivningen også i de andre nordiske landene. For å ta vare på den gode tannstatusen som mange unge har oppnådd ved fylte 18 år, er det viktig at også 19- og 20-årin-

ger fortsatt kan motta et regelmessig og oppsøkende tannhelsetilbud fra det offentlige. Mange unge voksne endrer bosted og kanskje også livsstil i slutten av tenårene eller når de er ferdige med videregående skole ved at de flytter hjemmefra for videre studier eller arbeid. Dette kan innebære uregelmessigheter med hensyn til måltider og kosthold. Samtidig skal de fleste klare seg selv økonomisk og bevisstheten omkring å oppsøke tannpleier eller tannlege for regelmessige tannhelseundersøkelser kan bli mindre.

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

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

Det har bare betydning å sondre mellom disse to persongruppene når det gjelder betaling av vederlag hvor førstnevnte gruppe har rett til gratis tannhelsehjelp, mens sistnevnte må betale (reduisert) vederlag. Sammenslåingen av de to gruppene i lovteksten når det gjelder kommunens ansvar, betyr med andre ord ikke at 19- og 20-åringer får rett til gratis tannhelsehjelp. Se nærmere om dette under punkt. 10.19.2.

10.9.4 Personer med psykisk utviklingshemming

10.9.4.1 Gjeldende rett

Fylkeskommunen har plikt til å gi et regelmessig og oppsøkende tilbud til psykisk utviklingshemmede i og utenfor institusjon, jf. tannhelsetjenesteloven § 1-3 første ledd bokstav b.

10.9.4.2 Forslag i høringsnotatet

Departementet foreslo i høringsnotatet å videreføre plikten til å gi et regelmessig og oppsøkende tannhelsetilbud til personer med psykisk utviklingshemming ved overføringen av ansvaret til kommunene, med enkelte språklige justeringer i lovteksten. Det ble foreslått å beholde betegnelsen «psykisk» utviklingshemming siden å sløyfe dette ville medføre en utvidelse i forhold til gjeldende rett.

10.9.4.3 Høringsinstansenes syn

Helsedirektoratet er positive til at gruppen knyttes til diagnosekoder og støtter departementets forslag. Også *Den norske tannlegeforening* støtter forslaget i høringsnotatet.

Norsk Forbund for Utviklingshemmede uttaler blant annet:

«I avsnittet hvor departementet foreslår å erstatte formuleringen «psykisk utviklingshemmede» med «personer med psykisk utviklingshemming» forstår vi ikke hva departementet mener. Det er mer og mer vanlig å bruke betegnelsen «mennesker med utviklingshemming». Men slik vi leser departementets forslag så må personen, i tillegg til å ha en utviklingshemming, også ha en psykisk plage. Men departementet henviser selv til at «utviklingshemming forekomme både med og uten andre psykiske eller somatiske lidelser». Hva er det departementet egentlig sier? Slik tannhelsesloven står i dag og blir praktisert, omfatter dette mennesker med utviklingshemming, men den gamle benevnelsen brukes, altså psykisk utviklingshemmet. Hvis departementet legger til grunn at personen både må ha en utviklingshemming og en psykisk lidelse vil veldig mange mennesker med utviklingshemming falle ut av regelen. Vi stiller spørsmål ved om dette er tilsiktet. Slik vi forstod dette notatet skulle det kun ta for seg organisatoriske og lov-messige endringer. Ikke frata enkelte grupper deres rettighet.»

10.9.4.4 Departementets vurderinger og forslag

Kriteriene for å omfattes av denne gruppen er i hovedsak basert på diagnose. Bestemmelsen omfatter psykisk utviklingshemmede over 20 år. Formuleringen «psykisk utviklingshemmede» er ikke nærmere definert i tannhelsetjenesteloven eller dens forarbeider og begrepet har ikke et entydig innhold. Fylkeskommunens ansvar for å sørge for nødvendig tannhelsehjelp for psykisk utviklingshemmede gjelder uavhengig av om de mottar andre helse- og omsorgstjenester fra kommunen eller fra spesialisthelsetjenesten. Tannhelsetjenestelovens formulering «i og utenfor institusjon» har etter ansvarsreformen som ble gjennomført på 1990-tallet ingen reell betydning og er derfor overflødig. Personer med psykisk utviklingshemming bor i dag enten i egne boliger, kommunale omsorgsboliger eller i foreldrehjemmet. Departementet mener derfor at det vil være mest hensiktsmessig at kommunens ansvar for tannhelsetjenester er knyttet til diagnoser som klassifiserer til utviklingshemming og ikke til hvorvidt personen oppholder seg i institusjon.

Over tid er betegnelsen «mennesker med utviklingshemming» i større grad blitt benyttet i offentlige dokumenter i tråd med oppdatert faglig språkbruk og i internasjonale diagnoseverktøy. I henhold til Verdens Helseorganisasjons definisjoner av utviklingshemming i det internasjonale klassifikasjonssystemet ICD-10, kan utviklingshemming forekomme både med og uten andre somatiske eller psykiske lidelser. Ulike grader av psykisk utviklingshemming er klassifisert som kode F70 til F73 i dette systemet.

Departementet viser til at begrepsbruken i helse- og omsorgstjenestelovgivningen varierer, både mellom lover og innenfor den enkelte lov. Begrepet «nedsatt funksjonsevne» benyttes i formålsbestemmelsen og ansvarsbestemmelsen i helse- og omsorgstjenesteloven §§ 1-1 og 3-1, samt rettighetsbestemmelsen om brukerstyrt personlig assistanse i pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 d. Begrepet «funksjonshemming» brukes i boligbestemmelsen i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-7. I forbindelse med krav til politiattest, anvendes formuleringen «personer med utviklingshemming» i helse- og omsorgstjenesteloven § 5-4 og helsepersonelloven § 20 a. I forbindelse med regler om samtykkekompetanse anvendes formuleringen «psykisk utviklingshemming» i pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 og i forbindelse med regler om tvang brukes betegnelsen «personer med psykisk utviklingshemming» i helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9.

Siden det tas sikte på å videreføre kommunens plikter overfor den aktuelle persongruppen, er det etter departementets vurdering hensiktsmessig å legge seg tett opp til dagens begrepsbruk i tannhelsetjenesteloven, som også gjenfinnes i helse- og omsorgstjenesteloven. Utviklingshemming innebærer i seg selv nedsatt funksjonsevne, men etter departementets syn kan ikke enhver form for og grad av funksjonsnedsettelse tillegges vekt i denne sammenheng. Bakgrunnen for at det offentlige er tillagt ansvar for den aktuelle persongruppen, er det vanligvis dreier seg om personer som har et funksjonsnivå som medfører redusert evne til egenomsorg og derfor trenger hjelp til å ivareta egen tannhelse. På denne bakgrunn mener departementet at dagens begrensning som ligger i at utviklingshemmingen må være av psykisk art, bør videreføres. Dersom dette vilkåret ikke beholdes, vil det innebære en reell utvidelse av kommunens ansvar i forhold til det ansvar fylkeskommunen er pålagt i dag. Departementet fastholder etter dette forslaget om å videreføre tannhelsetjenestelovens formulering.

Departementet opprettholder forslaget fra høringsnotatet om å videreføre det offentliges ansvar for å gi et regelmessig og oppsøkende tannhelsetilbud til personer med psykisk utviklingshemming ved overføringen av ansvaret fra fylkeskommunen til kommunen. Det foreslås å ta inn bestemmelsen som nr. 2 i ny § 3-2 b første ledd i helse- og omsorgstjenesteloven, som erstatning for tannhelsetjenesteloven § 1-3 første ledd bokstav b, med noe endret ordlyd.

10.9.5 Grupper av eldre, langtidssyke og uføre i institusjon og hjemmesykepleie

10.9.5.1 Gjeldende rett

Fylkeskommunen har plikt til å gi et regelmessig og oppsøkende tannhelsetilbud til grupper av eldre, langtidssyke og uføre i institusjon og hjemmesykepleie, jf. tannhelsetjenesteloven § 1-3 første ledd bokstav c.

10.9.5.2 Forslag i høringsnotatet

I høringsnotatet foreslo departementet å videreføre hovedinnholdet i tannhelsetjenesteloven § 1-3 første ledd bokstav c ved overføring av ansvaret til kommunene, med noe endret ordlyd. Av hensyn til et mer oversiktlig regelverk, ble innholdet i dagens bestemmelse foreslått splittet i to separate bestemmelser, jf. forslaget til ny § 3-2 b første ledd nr. 3 og 4 i helse- og omsorgstjenesteloven. Forsla-

get innebar én bestemmelse om kommunens plikt til å gi et regelmessig og oppsøkende tannhelsetilbud til personer som mottar helsetjenester i hjemmet i form av sykepleie (nr. 3), og én bestemmelse om kommunens plikt til å gi et regelmessig og oppsøkende tannhelsetilbud til personer som mottar helsehjelp i institusjon, herunder helseinstitusjon i spesialisthelsetjenesten (nr. 4). Det ble foreslått å erstatte begrepet «hjemmesykepleie» med formuleringen «helsetjenester i hjemmet i form av sykepleie», uten at dette innebar noen realitetsendringer.

Departementet signaliserte i høringsnotatet at man på et senere tidspunkt vil vurdere nærmere kriteriene for kommunens plikt til å gi et regelmessig og oppsøkende tannhelsetilbud til bestemte pasient- og brukergrupper, med det siktemål å bidra til en best mulig prioritering av de samlede offentlige tannhelseressursene. Departementet viste til at dette temaet har reformkarakter og dermed lå utenfor rammene for regulering av oppgaveoverføringen i høringsnotatet.

10.9.5.3 Høringsinstansenes syn

Helsedirektoratet er positiv til at dagens gruppe c foreslås delt i ny gruppe 3 og 4, men har flere innvendinger mot utformingen av lovforslaget samt forslag til alternativ lovtekst. Når det gjelder forslaget til § 3-2 b første ledd nr. 3 foreslår direktoratet å erstatte formuleringen «mottar helsehjelp» med «personer som oppholder seg i helseinstitusjon i kommunen eller spesialisthelsetjenesten». Direktoratet mener at det fremstår som lite hensiktsmessig å operere med et avgrenskingskriterium som etter ordlyden gjør det nødvendig å undersøke hva slags hjelp en person mottar under institusjonsoppholdet. Når det gjelder institusjonsbegrepet, mener direktoratet at det i lovteksten bør vurderes å vise til forskrift om helse- og omsorgsinstitusjon.

Videre uttaler Helsedirektoratet om forslaget til § 3-2 b første ledd nr. 4:

«Det er uklart hva som ligger i begrepet «sykepleie», og Helsedirektoratet kan heller ikke se at dette er definert nærmere i høringsnotatet. Det kan stilles spørsmål rundt grensene for hva som anses som «sykepleie» og ikke. Vil det for eksempel være sykepleie når en psykiatrisk sykepleier gir en støttesamtale, mens samme samtalen ikke er sykepleie hvis den utføres av en sosionom med tilleggsutdanning i tverrfaglig psykisk helsearbeid for voksne? Helsedirektoratet mener man her står i fare for å få vilkår-

lige forskjeller mellom kommunene, noe som er uheldig. Begrepet «sykepleie» er ikke et begrep i gjeldende helse- og omsorgstjenestelov, og er derfor ikke et begrep som kommunene nødvendigvis benytter i vedtakene sine lenger. Dette taler mot å introdusere begrepet for rett til tannhelsetjenester.

Personer med psykiske lidelser og/eller ruslidelser mottar fleksible tjenester, f.eks. utført av oppsøkende og flerfaglig team (ACT-team, FACT-team mv). Her fokuserer gjerne vedtaket på behovet for helhetlig og fleksibel hjelp, uten at begreper som hjemmesykepleie eller sykepleie nevnes. Innholdsmessig vil det være en stor del av pasient- og brukergruppen som like fullt mottar tjenester som innholdsmessig vil være å anse som sykepleie eller hjemmesykepleie. Allerede med dagens lovgivning opplever ACT-pasienter at rett til tannhelsehjelp ikke blir innfridd fordi kommunens vedtak ikke benytter begrepet «hjemmesykepleie», men i stedet bruker andre begreper, f.eks. booppfølging, psykiske helsetjenester, støttesamtaler, mv.

Departementet uttaler i høringsnotatet at de aller fleste som mottar helsetjenester i hjemmet mottar sykepleie, og at det kun er et lite antall personer som kun mottar andre helsetjenester i hjemmet enn sykepleie. Man må her legge til grunn at departementet sine anslag omfatter alle som innholdsmessig mottar tjenester som kvalifiserer til å kalles sykepleie, uavhengig av om kommunen har benyttet begrepet «hjemmesykepleie». Basert på disse anslagene bør departementet vurdere å stryke presiseringen i gruppe 4, da utvidelsen vil gi økte rettigheter kun for en liten gruppe. På den måten kan man få en klar og tydelig regel som blir lett å praktisere, og som fullt ut samsvarer med det gjeldende begrepet «helsetjenester i hjemmet». En enklere regel vil være samfunnsmessig lønnsomt fordi anvendelsen av regelen skaper færre gråsoner, og derved færre klagesaker, tilsynssaker mv. Det vil også medføre at kommunen kan fortsette sin hensiktsmessige vedtakspraksis, og ikke må justere den til å bli en vurdering for/mot innvilgelse av sykepleie.

(...)

Helsedirektoratet vil også påpeke at det er utfordrende at retten til tannhelsetjenester for denne gruppen er en avledet rettighet, som kun gjør seg gjeldende for de som allerede mottar andre tjenester. Det er behov for å gjenomgå avgrensningene av gruppen nøye.»

Den norske tannlegeforening (NTF) er positiv til at departementet i høringsnotatet signaliserer at det på et senere tidspunkt vil vurdere vilkårene for rett til tannhelsehjelp med siktemål å bidra til en best mulig prioritering av de samlede offentlige tannhelseressursene. NTF viser til at nåværende gruppe c deles i to nye grupper; personer som mottar helsehjelp i institusjon, herunder helseinstitusjoner i spesialisthelsetjenesten og personer som mottar helsetjenester i hjemmet i form av sykepleie. NTF påpeker at dette forslaget medfører at de kommunene som har store institusjoner i spesialisthelsetjenesten vil få en større økonomisk belastning enn de kommunene som ikke har det.

Norsk Ergoterapeutforbund er uenig i avgrensningen av lovforslaget til å gjelde sykepleie i hjemmet, og uttaler:

«Brukere som har hjemmesykepleie er en sammensatt gruppe og behovet for hjelp kan spenne fra enkle oppgaver som for eksempel hjelp til å ta på støttestrømper til omfattende tjenester som ivaretar alt personlig stell. Brukerne som får hjelp til støttestrømper kan være fullt i stand til å ivareta tannhygiene selv. De med omfattende behov får hjelp til å ivareta tannhygiene av hjemmesykepleien som en naturlig del av helhetlig pleie og omsorg. At det å motta hjemmesykepleie skal være kriterium for å ha krav på gratis tannbehandling synes derfor å være lite målrettet for å treffe de brukerne som ikke er i stand til, eller ikke får hjelp til nødvendig tannhygiene. Noen brukere har et ønske om å klare seg selv. De kan motta andre helsetjenester i hjemmet som f.eks. ergoterapi, men ikke sykepleie. De trener på å mestre tannhygiene og annet personlig stell så godt de kan selv. Disse faller utenfor forslag til lovtekst. Det kan være personer med kroniske sykdommer med nedsatt funksjon. De vil ha behov for ekstra oppfølging av tannhelsetjenesten for å sikre at mulig redusert tannhygiene fanges opp. Vi kjenner også til at enkelte brukere ikke ønsker hverdagsrehabilitering i stedet for hjemmesykepleie da de er redd for å miste gratis tannbehandling.»

Bergen kommune uttaler:

«Bergen kommune ser at videreføring av rettigheter er i samsvar med at stortingsflertallet har lagt til grunn at individuelle rettigheter skal ligge fast ved overføringen av oppgaver til kommunen. Men det betyr at behovet for å justere kriteriene for tildeling av tannhelsehjelp for å få

større treffsikkerhet når det gjelder hvilke personer som har et reelt behov for offentlig tannhelsehjelp, ikke blir ivaretatt i denne omgang. Det kan bety at vi kan få noen utilsiktede effekter av endret lovgivning, samtidig som tilsiktede endringer utsettes. Vi ser at departementet på et senere tidspunkt vil vurdere nærmere avgrensninger av personkretsen for rett til tannhelsetjenester med det siktemål å bidra til en best mulig prioritering av de samlede offentlige tannhelsetjenesteressursene. Bergen kommune er usikre på om det er hensiktsmessig med en slik tottrinns prosess, selv om dette temaet har reformkarakter og ligger utenfor rammene for regulering av en ren oppgaveoverføring.»

10.9.5.4 Departementets vurderinger og forslag

Utfordringer ved dagens regulering og behov for revisjon

Kriteriene for å omfattes av gruppene nevnt i tannhelsetjenesteloven § 1-3 første ledd bokstav c er basert på at pasienten mottar helse- og omsorgstjenester fra kommunen og/eller spesialisthelsetjenesten, i eller utenfor institusjon. Når det gjelder kommunale tjenester, treffer kommunen vedtak om tildeling av plass i institusjon, herunder sykehjem, og helsetjenester i hjemmet. Dette skjer i tråd med pasient- og brukerrettighetsloven § 2-7 andre ledd, hvor det fremgår at ved tildeling av tjenester som nevnt i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd bokstav a til d og som forventes å vare lenger enn to uker, gjelder reglene om skriftlig begrunnet vedtak i forvaltningsloven kapittel IV og V. Retten til tannhelsehjelp er kun knyttet til det faktum at pasienten mottar de aktuelle kommunale tjenestene basert på et tildelingsvedtak, uavhengig av selve innholdet i vedtaket. Det vil si at retten til tannhelsetjenester etter denne bestemmelsen er en såkalt avledet rettighet og ikke knyttet til alder, diagnose, behov eller andre individuelle forhold. Der som pasienten for eksempel over tid mottar jevnlig tilsyn av sykepleier og pleien i hovedsak består i utdeling av legemidler, vil dette i seg selv være tilstrekkelig for å utløse rettigheter til nødvendig tannhelsehjelp fra fylkeskommunen.

Kommunen har plikt til å gi et regelmessig og oppsøkende tannhelsetilbud uavhengig av omfanget av det totale hjelpebehovet og det faktiske behovet for tannhelsehjelp. Loven gir heller ingen anvisning på hvilke institusjoner som er omfattet av bestemmelsen, hva som ligger i begrepet

«hjemmesykepleie» eller hvem som regnes som «grupper av eldre, langtidssyke eller uføre».

Etter departementets vurdering er det behov for å justere kriteriene for tildeling av tannhelsehjelp for å få større treffsikkerhet når det gjelder hvilke personer som har et reelt behov for tannhelsehjelp fra det offentlige som følge av redusert evne til egenomsorg i kombinasjon med stor risiko for utvikling av tannsykdom mv. Gjeldende rettigheter til tannhelsehjelp ble fastsatt for over 33 år siden, basert på daværende ansvarsforankring og organisering av offentlige helse- og omsorgstjenester. Samtidig har stortingsflertallet ved behandlingen av Oppgavemeldingen lagt til grunn at individuelle rettigheter skal ligge fast ved overføringen av oppgaver til kommunen. Det betyr at ingen skal få innskrenket sine rettigheter til tannhelsehjelp fra det offentlige som følge av at ansvaret for tannhelsetjenester overføres til kommunen. Lovforslagene i denne proposisjonen vedrørende personer i gruppe c tar dermed sikte på å videreføre og klargjøre gjeldende rett i en mer moderne språkdrakt, med enkelte justeringer som følge av tilpasninger til den nye begrepsbruken i helse- og omsorgstjenesteloven.

Ideelt sett burde det i større grad være opp til kommunen selv å vurdere den enkeltes behov for tannhelsehjelp, slik det er for andre kommunale helse- og omsorgstjenester. Forslagene i denne proposisjonen legger imidlertid ikke opp til større grad av skjønnutøvelse fra kommunens side når det gjelder å ta stilling til hvem som har behov for nødvendig tannhelsehjelp. Dette har sammenheng med at det etter departementets vurdering ikke er aktuelt å innføre rett til nødvendig tannhelsehjelp for alle som oppholder seg i kommunen, på linje med det som gjelder for andre kommunale helse- og omsorgstjenester. Innføring av universelle rettigheter til offentlig organisert og finansiert tannhelsehjelp vil ha en betydelig kostnads- side. Som varslet i Prop. 1 S (2016–2017) side 198, vil departementet i løpet av 2017 starte et utredningsarbeid knyttet til nærmere avgrensning av personkretsen for rett til tannhelsetjenester, med særskilt vekt på personer som mottar kommunale helse- og omsorgstjenester mv.

Nedenfor foretar departementet en gjennomgang og vurdering av dagens kriterier i tannhelsetjenesteloven § 1-3 første ledd bokstav c med henblikk på hvilke kriterier som bør anvendes i helse- og omsorgstjenesteloven ved overføringen av ansvaret til kommunene. Departementet ser at det kan virke uhensiktsmessig med en slik tottrinnsprosess, men understreker at eventuelle større endringer av det offentliges ansvar for tann-

helsetjenester må ses på lang sikt og at det er nødvendig med utredning.

Formuleringen «grupper av eldre, langtidssyke og uføre»

Hverken tannhelsetjenesteloven selv eller lovens forarbeider angir hvilke «grupper» av eldre, langtidssyke og uføre eller institusjoner som omfattes av bestemmelsen i § 1-3 første ledd bokstav c. Personkretsen som er angitt er upresis og språkbruken er til dels utdatert. Dette gjør det vanskelig å klargjøre omfanget av fylkeskommunens ansvar og hvem som har tilsvarende rettigheter. Ved innpassing i helse- og omsorgstjenesteloven bør disse betegnelsene erstattes med det mer nøytrale «personer» som benyttes ellers i helse- og omsorgstjenesteloven. Videre at det, som i dag, er den avledede retten til tjenestene som blir avgjørende for omfanget av kommunens plikter. Siden det fortsatt vil være en forutsetning at aktuelle personer mottar andre helse- og omsorgstjenester fra kommunen enten i egen bolig eller i institusjon, vil ikke endret begrepsbruk i seg selv innebære en utvidelse av personkretsen som har rettigheter til tannhelsehjelp.

Begrepet «institusjon»

Begrepet «institusjon» er ikke definert i tannhelsetjenesteloven eller dens forarbeider. Ordlyden gir ingen begrensning i behandlingsnivå; det vil si om det kun menes kommunale institusjoner eller også institusjoner under spesialisthelsetjenesten.

Forskrift 24. mai 1984 nr. 1258 om vederlag for tannhelsetjenester i den offentlige tannhelsetjenesten regulerer hvilke grupper som skal gis vederlagsfri tannbehandling av fylkeskommunen. I departementets merknader til forskriftens § 2 er institusjonsbegrepet i tannhelsetjenesteloven nærmere definert og avgrenset. Departementet har i merknadene lagt til grunn at med «institusjon» i denne sammenhengen menes sykehus, sykehjem, aldershjem o.l. som får sitt budsjett og regnskap godkjent av og tilskudd til drift fra en offentlig instans, eller er tatt med i kommunal eller fylkeskommunal helse- og sosialplan. Bakgrunnen for at kommunale institusjoner er nevnt i forskriften, er at fylkeskommunen ved tannhelsetjenestelovens ikrafttredelse var tillagt ansvaret for sykehjemmene, mens kommunen hadde ansvar for aldershjem. For å ha rett til vederlagsfri tannhelsehjelp er det et vilkår at pasienten har hatt opphold i institusjon sammenhengende i minst tre måneder.

Som en konsekvens av sykehusreformen i 2002 ble ansvaret for spesialisthelsetjenesten overført fra fylkeskommunene til staten ved de regionale helseforetakene, uten at rettighetene til tannhelsehjelp for pasienter i institusjon ble endret. Det betyr at ikke bare kommunale, men også statlige helseinstitusjoner omfattes av institusjonsbegrepet i tannhelsetjenesteloven. Det samme gjelder private helseinstitusjoner som har avtale med kommune eller regionalt helseforetak, siden slike institusjoner må anses for å være finansiert over offentlige budsjetter. Innenfor spesialisthelsetjenesten vil både somatiske sykehus/avdelinger, institusjoner/avdelinger innenfor psykisk helsevern og institusjoner/avdelinger innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling omfattes. Opphold i private behandlingssteder som verken har avtale med kommune eller regionalt helseforetak faller utenfor tannhelsetjenesteloven § 1-3 første ledd bokstav c. Det samme gjør poliklinisk behandling som ikke medfører innleggelse i institusjon. Spesialisthelsetjenesteloven har flere bestemmelser som pålegger «helseinstitusjoner etter loven her» plikter, men loven gir ingen definisjon av institusjonsbegrepet. Institusjonsbegrepet må i alle tilfelle avgrenses til å omfatte helseinstitusjoner, og ikke for eksempel fengselsinstitusjoner mv. Tannhelsetilbudet til innsatte i fengsler i kriminalomsorgen er omtalt under punkt 10.9.9.

I følge helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav c skal kommunen tilby plass i institusjon, herunder sykehjem. I forskrift 16. desember 2011 nr. 1254 fastsatt med hjemmel i § 3-2 andre ledd, er det gitt en nærmere angivelse av begrepet «institusjon» i helse- og omsorgstjenesteloven og begrepet «institusjon under den kommunale helse- og omsorgstjenesten» som benyttes i pasientskadeloven. Som institusjon regnes her:

- Institusjon med heldøgns helse- og omsorgstjenester for barn og unge under 18 år som bor utenfor foreldrehjemmet som følge av behov for tjenester (barnebolig), herunder avlastningsboliger
- Institusjon med heldøgns helse- og omsorgstjenester for rusmiddelavhengige
- Aldershjem
- Sykehjem
- Døgnplasser som kommunen oppretter for å sørge for tilbud om døgnopphold for øyeblikkelig hjelp.

Etter departementets vurdering er det formålstjenlig at institusjonsbegrepet som er beskrevet i forskriften til helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2

legges til grunn ved fastleggingen av kommunens fremtidige ansvar for tannhelsetjenester til personer under opphold i kommunal helse- og omsorgsinstitusjon. Da tannhelsetjenesteloven trådte i kraft i 1984, var sykehjem mv. et fylkeskommunalt ansvar. Ansvar for sykehjemmene ble overført til kommunen i 1988. Ved overføringen av det offentlige ansvar for tannhelsetjenester til kommunen, er det naturlig og hensiktsmessig at ansvaret for tannhelsetjenester til pasienter i sykehjem mv. videreføres på kommunalt nivå. Kommunale døgnplasser som opprettes for å tilby øyeblikkelig hjelp etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-5 bør ikke utløse plikt til å gi et regelmessig og oppsøkende tannhelsetilbud, ettersom dette tjenestetilbudet ikke er ment å vare utover noen få dager.

Det offentlige ansvar for å gi et regelmessig og oppsøkende tannhelsetilbud til pasienter som er innlagt i statlige helseinstitusjoner eller private helseinstitusjoner som har avtale med regionalt helseforetak, bør også videreføres i tråd med Stortingets forutsetninger om at individuelle rettigheter skal ligge fast ved oppgaveoverføringen. Det betyr at kommunens ansvar for tannhelsetjenester vil strekke seg inn i spesialisthelsetjenesten. Dette er ikke prinsipielt forskjellig fra det ansvaret fylkeskommunen har i dag. Frem til 2002 eide imidlertid fylkeskommunene sykehusene, og det var derfor en naturlig følge av dette at fylkeskommunen også hadde ansvar for tannhelsehjelp til innlagte pasienter. Det ble ikke gjort endringer i dette ansvaret i forbindelse med sykehusreformen. Kommunen er i en annen situasjon enn fylkeskommunen var i da tannhelsetjenesteloven ble vedtatt. Det kan på denne bakgrunn reises spørsmål om det er naturlig at kommunen bør ha ansvar for tannhelsehjelp til pasienter som er innlagt over tid i helseinstitusjon i spesialisthelsetjenesten, eller om de regionale helseforetakene er nærmere til å ivareta dette behovet. Departementet viser imidlertid til Stortingets vedtak i forbindelse med behandlingen av Oppgavemeldingen, hvor det er forutsatt at fylkeskommunens samlede ansvar for tannhelsetjenester overføres til kommunen. Det er heller ikke uvanlig på andre sektorområder at kommunens lovpålagte ansvar ikke stopper «ved døren» men strekker seg inn i institusjoner underlagt staten. Barn har for eksempel rett til undervisning under opphold i helseinstitusjon, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 6-4. Etter opplæringslova § 13-3 a er det fylkeskommunen som har ansvar for å oppfylle retten til grunnskoleopplæring, spesialpedagogisk

hjelp og videregående opplæring for pasienter i helseinstitusjoner i spesialisthelsetjenesten.

Statistikk fra KOSTRA viser en nær sammenheng mellom opphold i institusjon og øvrig hjelpebehov. Pasienter som oppholder seg i institusjon over lengre tid vil ofte ha alvorlig sykdom med bruk av flere legemidler som gir ulike bivirkninger, betydelig svekket fysisk og kognitiv funksjonsevne samt sterkt redusert evne til egenomsorg/personlig hygiene. De har vanligvis stort behov for bistand til å ta vare på egen tannhelse. De har dermed økt risiko for å utvikle tannhelseproblemer og de vil generelt ha større behov for et regelmessig og oppsøkende tannhelsetilbud fra det offentlige, sammenlignet med personer som ikke oppholder seg i institusjon. Etter departementets syn vil vilkåret «i institusjon» derfor fortsatt være egnet som kriterium for avgrensning av kommunens ansvar for å gi et regelmessig og oppsøkende tannhelsetilbud etter helse- og omsorgstjenesteloven.

Departementet opprettholder på denne bakgrunn forslaget om å videreføre det offentlige ansvar for å gi et regelmessig og oppsøkende tannhelsetilbud til personer i institusjon ved overføringen av ansvaret fra fylkeskommunen til kommunen. På bakgrunn av Helsedirektoratets innspill i høringen foreslår departementet å endre noe på ordlyden i lovforslaget, sett i forhold til høringsnotatet. Det foreslås at dagens formulering «grupper av eldre, langtidssyke og uføre i institusjon» erstattes med formuleringen «personer som oppholder seg i helseinstitusjon, herunder institusjon i spesialisthelsetjenesten», uten at dette innebærer noen realitetsendring. Det foreslås å ta inn bestemmelsen som nr. 3 i ny § 3-2 b første ledd i helse- og omsorgstjenesteloven, som erstatning for deler av tannhelsetjenesteloven § 1-3 første ledd bokstav c.

Begrepet «hjemmesykepleie»

Hjemmesykepleie har tradisjonelt bestått av sykepleie, i form av lettere behandling, sårbehandling og legemiddelhåndtering mv. Også psykiatrisk sykepleie har vært omfattet. Begrepet «hjemmesykepleie» var nedfelt i kommunehelsetjenesteloven, men er ikke videreført i helse- og omsorgstjenesteloven. Helse- og omsorgstjenesteloven benytter i stedet begrepet «helsetjenester i hjemmet». Hensikten med begrepsendringen har vært å tydeliggjøre at det kan dreie seg om ulike helsetjenester som ytes hjemme hos pasienten. Det er ikke noen rettslige grenser for omfang og type helsetjenester som kan ytes i pasientens hjem.

Dette vil bero på en forsvarlighets- og hensiktsmessighetsvurdering.

Bakgrunnen for at deltjenesten «sykepleie, herunder helsesøstertjeneste og hjemmesykepleie» i kommunehelsetjenesteloven ikke ble videreført, var at departementet i helse- og omsorgstjenesteloven tok sikte på en mer overordnet og profesjonsnøytral regulering av kommunens plikt til å tilby eller yte nødvendige helse- og omsorgstjenester. Som følge av dette ville det ikke lenger være aktuelt å operere med en så detaljert eller profesjonsspesifikk angivelse av de ulike deltjenestene som kommunens totale tjenestetilbud kan bestå av, jf. Prop. 91 L (2010–2011) punkt 15.5.10 side 191 flg.

I vedlegg til brev av 21. desember 2011 adressert til landets kommuner, fylkeskommuner mfl. om samhandlingsreformen og informasjon om ikraftsetting av lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, har Helse- og omsorgsdepartementet blant annet uttalt følgende om forholdet til tannhelsetjenesteloven:

«Begrepet «hjemmesykepleie» er ikke videreført i ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. I stedet benyttes blant annet begrepet «helsetjenester i hjemmet», jf. § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav a. Med «helsetjenester i hjemmet» søkes det å tydeliggjøre at det her dreier seg om ulike helsetjenester som kan ytes hjemme hos pasienten. Helsetjenester i hjemmet vil blant annet omfatte det som i dag omtales som hjemmesykepleie. I tillegg kan ergoterapi, fysioterapi og fotterapi være aktuelle tjenester. En konsekvens av dette er at det vil være en ulikhet i tjenestebegrepet i helse- og omsorgstjenesteloven og tannhelsetjenesteloven. Det presiseres at lov om kommunale helse- og omsorgstjenester ikke skal ha endrede rettslige eller økonomiske konsekvenser for rett til tannhelsetjenester fra fylkeskommunen.»

Departementet legger etter dette til grunn at begrepet «hjemmesykepleie» i tannhelsetjenesteloven § 1-3 første ledd bokstav c ikke lenger har noen selvstendig rettslig betydning, og at dette begrepet dermed ikke lenger er like egnet som vilkår for å komme inn under det offentliges ansvar for tannhelsetjenester. Spørsmålet er om det finnes andre kriterier som kan erstatte dette begrepet uten at det medfører vesentlige endringer i gjeldende rett.

Da tannhelsetjenesteloven ble vedtatt i 1983 var helse- og omsorgstjenestene organisert slik at

mange personer oppholdt seg i institusjon over lang tid, særlig i aldershjem, psykisk helsevern mv. Reformen innenfor psykisk helsevern og ansvarsreformen har medført at flere enn før bor i egen bolig utenfor institusjon. Utviklingen har over tid gått fra institusjonsbaserte tjenester til hjemmebaserte/polikliniske tjenester og fra praktisk bistand til helsetjenester, hvor det er hjemmesykepleie som vokser. I løpet av de siste tiårene er tallet på yngre tjenestemottakere under 67 år nesten tredoblet og utgjør snart 40 prosent av de som mottar slike tjenester.

Tall fra SSB viser at det ved utgangen av 2014 var i alt om lag 272 000 personer som mottok kommunale institusjons- og hjemmetjenester. Av disse hadde om lag 43 000 opphold i institusjon, mens rundt 180 000 mottok hjemmesykepleie og/eller praktisk bistand i eget hjem/omsorgsbolig. De fleste får relativt få timer hjemmesykepleie per uke. Tall fra SSB for 2011 (før begrepet «hjemmesykepleie» gikk ut som egen statistikkategori) viser at hver pasient i gjennomsnitt mottok 4,6 timer hjemmesykepleie per uke. Videre viser tall for 2011 at rundt 54 prosent av tjenestemottakerne fikk mindre enn to timer hjemmesykepleie per uke. Samtidig var andelen brukere av hjemmesykepleie som har benyttet seg av retten til vederlagsfri tannbehandling fra fylkeskommunen jevnt over lav; om lag 30 prosent i 2011. Det finnes ikke eksakte tall for forbruk av andre kommunale helsetjenester som pasienter kan motta hjemme, som for eksempel fysioterapi eller fotterapi. KOSTRA-rapporteringen skiller ikke mellom ulike typer helsetjenester i hjemmet.

En mulig løsning kunne vært å knytte kommunens ansvar for tannhelsetjenester til personer som mottar «helsetjenester i hjemmet» etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav a, basert på tildelingsvedtak fra kommunen. Et slikt vilkår vil være enkelt å praktisere og sikre ensartet praksis i kommunene, slik Helsedirektoratet peker på i sin høringsuttalelse. Det er opp til kommunen å avgjøre hvilke helsetjenester pasienten har behov for og om det er forsvarlig å yte aktuelle tjenester i pasientens hjem. Forutsetningen om tildelingsvedtak betyr at for eksempel sykebesøk fra fastlege i hjemmet i seg selv ikke vil gi rett til tannhelsehjelp fra kommunen. Ved å knytte retten til tannhelsehjelp fra kommunen opp mot helsetjenester som mottas i hjemmet, vil man ta høyde for en ønsket utvikling der en større del av de kommunale helse- og omsorgstjenestene ytes i pasientens egen bolig. Med denne løsningen vil oppsøkende tjenester i pasientens hjem som inngår som en del av kommunens

ansvar og som faller inn under definisjonen av «helsehjelp» i helselovgivningen uten nødvendigvis å være sykepleie, også gi rett til nødvendig tannhelsehjelp fra kommunen. Dette kan særlig være aktuelt for personer med alvorlig psykisk lidelse kombinert med rusavhengighet som bor i egen bolig.

Siden begrepet «helsetjenester i hjemmet» omfatter mer enn sykepleie, vil bruk av dette begrepet som tilknytningskriterium føre til at flere får rettigheter til offentlig tannhelsehjelp enn i dag. Tallene over viser likevel at de aller fleste som mottar helsetjenester i hjemmet i dag, får dette i form av sykepleie og at det er her fremtidig vekst i tjenesteforbruk vil være. Det er sannsynligvis et lite antall personer som kun mottar andre helsetjenester i hjemmet enn sykepleie. Andre helsetjenester i hjemmet, som for eksempel fysioterapi, utgjør et begrenset innslag. Departementet legger etter dette til grunn at det trolig ikke ville blitt mange nye rettighetshavere som følge av å legge betegnelsen «helsetjenester i hjemmet» til grunn for avgrensningen av kommunens ansvar for tannhelsetjenester.

Antallet som mottar hjemmesykepleie er ikke statistisk, men er langt på vei avhengig av hvordan kommunene organiserer sine omsorgstjenester og av innholdet i tildelingsvedtakene. Det er store forskjeller mellom kommunene når det gjelder organiseringen og hvordan de fordeler tjenestetilbudet på institusjonsplasser, kommunale omsorgsboliger og tjenester i hjemmet. Etter departementets vurdering kan en automatisk utvidelse av retten til tannhelsehjelp som følge av at personer mottar «helsetjenester i hjemmet», føre til at kommunen ut fra økonomiske hensyn i mindre grad velger å tilby hjemmebaserte tjenester og at tjenesteytingen dreies mer over på institusjonsopphold. Bruk av begrepet «helsetjenester i hjemmet» kan således ha uheldige vridningseffekter for innretningen av tjenestetilbudet. Ettersom det er usikkert hvilke konsekvenser en slik utvidelse av rettighetene kan ha, anbefaler departementet i stedet å videreføre begrepsbruken fra tannhelsetjenesteloven så tett opp til begrepet «hjemmesykepleie» som mulig. Det vises i den forbindelse til punkt 3.6.2 i proposisjonen hvor det foreslås å lovfeste et eksplisitt krav til at kommunen skal ha tilknyttet «sykepleier» som en del av kjernekompetansen som kommunen må ha for å utføre sine lovpålagte oppgaver. Departementet vil på denne bakgrunn anbefale at begrepet «hjemmesykepleie» i tannhelsetjenesteloven erstattes med formuleringen «helsetjenester i hjemmet i form av sykepleie». Dette kriteriet vide-

refører dagens rettstilstand uendret, men tar samtidig høyde for den nye begrepsbruken i helse- og omsorgstjenesteloven.

Ulempen ved å bruke «helsetjenester i hjemmet i form av sykepleie» som vilkår er at retten til tannhelsehjelp fortsatt vil være en avledet rettighet, uten at retten nødvendigvis har sammenheng med det faktiske behovet for tannhelsehjelp. Rettigheter til nødvendig tannhelsehjelp bør fortrinnsvis forbeholdes personer som må antas å ha reduserte forutsetninger for å ivareta egen tannhelse og som derfor har ekstra risiko for å utvikle tannsykdom. Trolig vil mange av de som for eksempel mottar hjemmesykepleie bare to timer i uken og som for øvrig ikke har stort hjelpebehov, selv være i stand til å ta vare på egen tannhelse og forebygge tannsykdom, for eksempel som følge av munntørrhet ved bruk av legemidler. Å knytte retten til tannhelsehjelp til hvorvidt pasienten mottar «helsetjenester i hjemmet i form av sykepleie», kan i lys av dette fremstå som lite treffsikkert når det gjelder å fange opp de som har antatt størst behov for tannhelsehjelp fra det offentlige, slik Norsk Ergoterapeutforbund peker på i sin høringsuttalelse.

Som varslet i Prop. 1 S (2016–2017), vil departementet i løpet av 2017 starte et utredningsarbeid knyttet til nærmere avgrensning av personkretsen for rett til tannhelsetjenester, med særskilt vekt på personer som mottar kommunale helse- og omsorgstjenester mv. Formålet er sikre en best mulig prioritering av de samlede tannhelseressursene i offentlig sektor.

Departementet ser det per i dag ikke som hensiktsmessig å lovfeste krav om mottak av helsetjenester i hjemmet i form av sykepleie i et nærmere fastsatt omfang for å ha rett til tannhelsehjelp fra kommunen, for eksempel ved å stille krav om et visst (minimum) antall tildelte tjenestetimer per uke. Et slikt krav vil kunne innskrenke rettighetene for mange som i dag har latente rettigheter, noe som ikke vil være i tråd med stortingsflertallets føringer ved behandlingen av Oppgavemeldingen. Denne type vilkår vil enten forutsette detaljregulering i lov/forskrift eller at det blir opp til den enkelte kommune å vurdere behovet for tannhelsehjelp ut fra omfanget av behovet for sykepleie i hjemmet, hvilket i sistnevnte tilfelle kan føre til økt forskjellsbehandling mellom kommunene.

Departementet fastholder på denne bakgrunn forslaget i høringsnotatet om å videreføre det offentlige ansvar for å gi et regelmessig og oppsøkende tannhelsetilbud til personer som mottar helsetjenester i hjemmet i form av sykepleie. Det

foreslås å ta inn en bestemmelse om dette som nr. 4 i forslaget til ny § 3-2 b første ledd nr. 4 i helse- og omsorgstjenesteloven.

10.9.6 Andre grupper som kommunen har vedtatt å prioritere

10.9.6.1 Gjeldende rett

Fylkeskommunen kan gi et regelmessig og oppsøkende tannhelsetilbud til andre grupper som den har vedtatt å prioritere, jf. tannhelsetjenesteloven § 1-3 første ledd bokstav e. Det betyr at den ikke kan gi et tilbud til andre på bekostning av de gruppene som er listet opp i bokstav a til d, men i tillegg.

10.9.6.2 Forslag i høringsnotatet

I høringsnotatet drøftet departementet behovet for å fortsatt ha en slik hjemmel. Departementet foreslo å videreføre hjemmelen slik at det klart fremgår også av helse- og omsorgstjenesteloven at kommunen har anledning til å vedta å gi et tannhelsetilbud til personer som ikke omfattes av gruppene som er særskilt nevnt i tannhelsetjenesteloven.

10.9.6.3 Høringsinstansenes syn

Helsedirektoratet støtter departementets forslag om å videreføre hjemmelen i tannhelsetjenesteloven § 1-3 første ledd bokstav e i forslaget til ny § 3-2 b andre ledd helse- og omsorgstjenesteloven.

Den norske tannlegeforening (NTF) påpeker at forslaget vil ha økonomiske konsekvenser for kommunene. NTF viser til at de som defineres inn i slike grupper mister retten til stønad etter folketrygdloven fordi det ikke gis stønad til personer som har rettigheter etter annen lovgivning. NTF mener at stønad etter folketrygdloven må følge pasienten og at en slik rettighet ikke bør bortfalle dersom pasienten får tilbud etter annet lovverk. NTF understreker at dette forutsetter i tilfelle en endring i folketrygdloven.

10.9.6.4 Departementets vurderinger og forslag

Bestemmelsen i tannhelsetjenesteloven § 1-3 første ledd bokstav e åpner for at fylkeskommunen selv kan beslutte å gi et tannhelsetilbud også til andre definerte persongrupper, uten at det er en lovpålagt plikt. Bestemmelsen gir mulighet for å tilpasse tannhelsetilbudet til andre persongrupper ut fra lokale forhold. Det vil i hovedsak være aktu-

elt for voksne over 20 år som ikke omfattes av gruppene som er listet opp i loven. Denne adgangen følger allerede av prinsippet om at kommuner og fylkeskommuners kompetanse er negativt avgrenset og er strengt tatt ikke nødvendig å lovfeste. Utover å løse de lovpålagte oppgavene, står fylkeskommunen og kommunen i utgangspunktet fritt til å drive annen virksomhet som de finner formålstjenlig.

I forbindelse med at Stortinget i 2005 vedtok at personer i den kommunale rusomsorgen skulle gis et utvidet fylkeskommunalt tilbud om tannhelsetjenester, oppfordret departementet fylkeskommunene om å vurdere behovet for å treffe et lokalt vedtak om å innlemme denne persongruppen i tannhelsetjenesteloven § 1-3 første ledd bokstav e. Flere fylkeskommuner har gjort dette. Andre eksempler på grupper som fylkeskommuner har vedtatt å gi et tilbud til, er voksne pasienter og brukere som mottar pleie av pårørende og voksne pasienter innenfor psykisk helsevern som får poliklinisk behandling i spesialisthelsetjenesten.

I den grad fylkeskommunen har vedtatt å gi et tannhelsetilbud til andre persongrupper etter § 1-3 første ledd bokstav e, er dette bindende for fylkeskommunen og følger direkte av loven som en plikt. Det betyr at også grupper som omfattes av vedtaket vil ha rettigheter til nødvendig tannhelsehjelp fra fylkeskommunen. Helsedepartementet la i Ot.prp. nr. 54 (2001–2002) punkt 4.3 side 10 til grunn at prioriteringsendringer må antas å være av en slik art at de faller innenfor forvaltningslovens regler om forskrifter. Det betyr at det vedtatte tjenestetilbudet ikke kan endres uten å følge saksbehandlingsreglene for forskrifter i forvaltningsloven kapittel VII, som blant annet stiller krav om alminnelig høring. Se også punkt 10.7.2. om forvaltningslovens anvendelse.

Det vises til departementets forslag til lovfesting av kommunens ansvar for tannhelsetjenester til personer med rusavhengighet under punkt 10.9.8. Ved at dette tilbudet foreslås lovregulert, vil behovet for en bestemmelse som tilsvarer bokstav e i tannhelsetjenesteloven § 1-3 første ledd være mindre enn før. Bortfall av en slik bestemmelse vil uansett ikke være til hinder for at kommunen fortsatt kan velge å gi et tilbud til for eksempel personer med psykiske lidelser, jf. prinsippet om kommunens negative kompetanse. Konsekvensen av å fjerne bestemmelsen i bokstav e er imidlertid at de aktuelle personene vil miste sine lovfestede rettigheter til nødvendig tannhelsehjelp. Bestemmelsen er derfor ikke helt overflødig. Departementet foreslår på denne bakgrunn å videreføre hjemmelen slik at det fremgår klart

også av helse- og omsorgstjenesteloven at kommunen har anledning til å vedta å gi et tannhelsetilbud til andre personer enn de som er listet opp i loven, og finansiere dette tilbudet gjennom frie inntekter.

Tidligere vedtak (lokale forskrifter) som er truffet av fylkeskommunen på grunnlag av tannhelsetjenesteloven § 1-3 første ledd bokstav e, vil ikke være bindende for kommunen. Det forutsettes at kommunen selv vurderer behovet for å videreføre et eventuelt tannhelsetilbud til de aktuelle gruppene ut fra de lokale forholdene.

Forholdet til folketrygdlovens stønadsordninger ved behov for dekning av utgifter til tannbehandling, er kort omtalt under punkt 10.9.8. Spørsmål om endringer av folketrygdloven ligger utenfor rammene for denne lovproposisjonen.

Departementet opprettholder forslaget fra høringsnotatet om å videreføre adgangen til å gi et regelmessig og oppsøkende tannhelsetilbud til andre personer enn de som fremgår direkte av loven, ved overføringen av ansvaret fra fylkeskommunen til kommunen. Det foreslås å ta inn bestemmelsen som andre ledd i ny § 3-2 b i helse- og omsorgstjenesteloven, som erstatning for tannhelsetjenesteloven § 1-3 første ledd bokstav e.

10.9.7 Tannhelsetjenester til voksne pasienter mot betaling

10.9.7.1 Gjeldende rett

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

10.9.7.2 Forslag i høringsnotatet

I høringsnotatet foreslo departementet å videreføre bestemmelsene om adgangen, og i visse tilfeller plikten, til å yte tannhelsetjenester til voksne pasienter mot betaling.

10.9.7.3 Høringsinstansenes syn

Helsedirektoratet støtter departementets forslag om å videreføre hjemmelen i forslaget til § 3-2 b tredje ledd i helse- og omsorgstjenesteloven.

Den norske tannlegeforening understreker at tilbudet til voksne pasienter ikke må gå på bekostning av tilbudet til gruppene som har rettigheter etter loven.

10.9.7.4 Departementets vurderinger og forslag

Voksne personer som ikke faller inn under noen av gruppene i bokstav b til d eller som fylkeskommunen har vedtatt å gi et tilbud etter bokstav e, faller i utgangspunktet utenfor fylkeskommunens ansvar etter tannhelsetjenesteloven. Voksne uten rettigheter etter loven er i hovedsak henvist til å oppsøke private tjenesteytere og må dekke behandlingsutgiftene selv, basert på fri prissetting.

I likhet med bestemmelsen i tannhelsetjenesteloven § 1-3 første ledd bokstav e, er bestemmelsen i § 1-3 tredje ledd første punktum isolert sett overflødig. Utgangspunktet er at kommunen har valgfrihet når det gjelder i hvilken grad den ønsker å tilby tannhelsetjenester til hele befolkningen, herunder voksne som ikke har rettigheter til tannhelsehjelp og som derfor er såkalt selvbeta-lende.

Med hjemmel i § 1-3 tredje ledd andre punktum har imidlertid departementet innskrenket dette handlingsrommet ved å fastsette forskrift som pålegger fylkeskommunen plikt til å sørge for tannhelsetjenester til voksne i geografiske områder der det ikke foreligger tilstrekkelig privat tilbud. Bakgrunnen for lovendringen og forskriften fremgår av Prop. 16 L (2014–2015) *Endringer i tannhelsetjenesteloven (tiltak for å unngå kryssubsidiering)*. Se nærmere omtale under punkt 10.19.4. Departementet finner det derfor nødvendig å videreføre bestemmelsene i tannhelsetjenesteloven § 1-3 tredje ledd.

Tidligere «bestemmelser» (lokale forskrifter) som er fastsatt av fylkeskommunen når det gjelder tannhelsetilbud til voksne uten rettigheter etter tannhelsetjenesteloven, vil ikke være bindende for kommunen. Det forutsettes at kommunen selv vurderer behovet for å videreføre et eventuelt tannhelsetilbud til den aktuelle gruppen ut fra de lokale forholdene.

Departementet opprettholder forslaget i høringsnotatet om å videreføre reglene om tannhelsetjenester til voksne mot betaling ved overføringen av ansvaret fra fylkeskommunen til kommunen. Det foreslås å ta inn bestemmelsen som tredje ledd i ny § 3-2 b i helse- og omsorgstjenesteloven, som erstatning for tannhelsetjenesteloven § 1-3 tredje ledd.

10.9.8 Tannhelsetjenester til personer med rusavhengighet

10.9.8.1 Gjeldende rett

Helse- og omsorgstjenesteloven

Kommunens ansvar for å sørge for tilbud om nødvendige helse- og omsorgstjenester omfatter alle pasient- og brukergrupper, herunder personer med rusmiddelproblem, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 andre ledd.

Fylkeskommunens ansvar for rusavhengige etter tannhelsetjenesteloven

Rusavhengige som gruppe er ikke spesifikt nevnt i tannhelsetjenesteloven § 1-3. I hvilken grad fylkeskommunen har ansvar for å gi et tannhelsetilbud til personer med rusavhengighet må avgjøres konkret ut fra de enkelte bestemmelsene i tannhelsetjenesteloven § 1-3, Stortingets budsjettvedtak og departementets retningslinjer fastsatt i rundskriv.

For det første vil personer med rusavhengighet kunne omfattes av fylkeskommunens ansvar etter tannhelsetjenesteloven § 1-3 første ledd bokstav a og d, dersom det er tale om ungdom til og med det året de fyller 20 år.

For det andre vil personer med rusavhengighet kunne omfattes av fylkeskommunens ansvar etter § 1-3 første ledd bokstav c, såfremt de oppholder seg i helseinstitusjon eller mottar hjemme-sykepleie fra kommunen. Personer med rusavhengighet vil i denne sammenheng kunne regnes som «langtidssyke i institusjon» i lovens forstand.

Som følge av rusreformen i 2004 ble ansvaret for tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet overført fra fylkeskommunene til staten ved de regionale helseforetakene. Bakgrunnen for reformen var en erkjennelse av at rusavhengighet må betraktes som en sykdom og at personer med rusproblemer bør gis de samme rettigheter som andre som har behov for helse- og omsorgstjenester. Tverrfaglig spesialisert behandling (TSB) omfatter avrusning, akutt behandling, utredning og spesialisert behandling (poliklinisk eller i institusjon), institusjonsplasser der rusavhengige kan holdes tilbake uten eget samtykke (tvang) og legemiddelassistert rehabilitering (LAR). Virksomheten ved LAR-sentrene er etter sitt innhold å anse som tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmisbruk og LAR-sentrene er derfor en del av spesialisthelsetjenesten.

Når det gjelder hvorvidt tverrfaglig spesialisert rusbehandling kan anses å finne sted innen-

for en «institusjon» i tannhelsetjenestelovens forstand, vises det til redegjørelsen for institusjonsbegrepet under punkt 10.9.5. Institusjoner og avdelinger innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling omfattes av institusjonsbegrepet i tannhelsetjenesteloven § 1-3 første ledd bokstav c. Det samme gjelder kommunale institusjoner med heldøgns helse- og omsorgstjenester for rusmiddelavhengige, som er definert som institusjon etter forskrift gitt i medhold av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 andre ledd. Opphold i private rusbehandlingsinstitusjoner som verken har avtale med regionalt helseforetak eller kommune, faller utenfor institusjonsbegrepet i tannhelsetjenesteloven.

Av Kommunal- og regionaldepartementets Rundskriv H-16/05 av 1. juli 2005 *Kommuneproposisjonen 2006 og revidert nasjonalbudsjett 2005* og Helse- og omsorgsdepartementets Rundskriv I-12/2005 av 15. juli 2005 *Økte midler til tannbehandling for rusmiddelmissbrukere*, fremgår at fra 1. januar 2004 skal rusinstitusjoner være hjemlet i spesialisthelsetjenesteloven og er dermed å anse som statlige helseinstitusjoner. Dette gir pasienter i rusinstitusjon rettigheter etter tannhelsetjenesteloven. I henhold til forskrift om vederlag for tannhelsetjenester har pasienter i helseinstitusjoner som er finansiert direkte over offentlige budsjetter (kommunalt, fylkeskommunalt eller statlig), rett til vederlagsfrie tannhelsetjenester forutsatt at oppholdet i institusjonen har en varighet på minst tre måneder.

For det tredje vil andre personer med rusavhengighet kunne omfattes av fylkeskommunens ansvar etter tannhelsetjenesteloven § 1-3 første ledd bokstav e, dersom fylkeskommunen har vedtatt å gi et tilbud til denne gruppen. Flere fylkeskommuner har gjort dette. I Helse- og omsorgsdepartementets Rundskriv I-2/2006 *Utvidet fylkeskommunalt tannhelsetilbud i 2006* har departementet oppfordret fylkeskommunene om å vurdere behovet for et lokalt vedtak om å innlemme personer i kommunal rusomsorg i kategorien «andre grupper» i tannhelsetjenesteloven § 1-3 første ledd bokstav e. Formålet med departementets henstilling var å sikre at Stortingets bevilgningsvedtak om økte midler til tannhelsetjenester til personer i kommunal rusomsorg ble fulgt opp.

I hvilken grad personer med rusavhengighet som faller inn under fylkeskommunens ansvar etter reglene i tannhelsetjenesteloven har rett til gratis tannhelsehjelp fra fylkeskommunen eller må betale vederlag, beror på departementets retningslinjer og de alminnelige reglene om vederlag i tannhelsetjenesteloven § 2-2, jf. forskrift 24. mai

1984 nr. 1268 om vederlag for tannhelsetjenester i den offentlige tannhelsetjenesten. Det er gitt en nærmere omtale av reglene for betaling av vederlag for tannhelsetjenester under punkt 10.19.2.

Fylkeskommunens ansvar for rusavhengige i henhold til Stortingets budsjettvedtak og departementets retningslinjer

I forbindelse med behandlingen av statsbudsjettet for 2005 vedtok Stortinget å bevilge midler til akutt tannbehandling for brukere av lavterskel helsetilbud i kommuner der slike tilbud var etablert, samt til oppstart av kjøp av nødvendig tannbehandling for tidligere rusavhengige under rehabilitering. Helsedirektoratet forvaltet tilskuddsmidler til dette formålet som ble tildelt kommuner etter søknad. Formålet med tilskuddet var at personer med rusavhengighet som ikke greide å nyttiggjøre seg av de ordinære tjenestetilbudet, skulle få et tilgjengelig og gatenært tilbud om tannhelsehjelp ved akutt behov, det vil si primært for å fjerne smerter og infeksjoner. Tilskuddsordningen opphørte i forbindelse med at den ble innlemmet i den generelle ordningen med tilskudd til kommunalt rusarbeid i 2010.

Med virkning fra 2006 vedtok Stortinget å bevilge midler til et nytt landsdekkende fylkeskommunalt tannhelsetilbud for personer med rusavhengighet som ikke oppholder seg i helseinstitusjon, jf. St.prp. nr. 1 (2005–2006) og Innst. S nr. 11 (2005–2006). Bakgrunnen for det utvidede tilbudet var erfaringer fra en prøveordning i enkelte fylker (FUTT-prosjektet) som viste at personer som mottar andre kommunale tjenester enn hjemmesykepleie kan ha stort behov for tannbehandling. Det utvidede tilbudet skulle omfatte personer med rusavhengighet som var under kommunal rusomsorg, men som ikke mottok kommunale helsetjenester som automatisk påla fylkeskommunen plikt til å gi et regelmessig og oppsøkende tannhelsetilbud etter tannhelsetjenesteloven § 1-3 første ledd.

Tannhelsetilbudet til rusavhengige utenfor institusjon er nærmere beskrevet i Helse- og omsorgsdepartementets Rundskriv I-2/2006 *Utvidet fylkeskommunalt tannhelsetilbud i 2006*. I forsøksordningen med FUTT-prosjektet var målgruppen generelt definert som personer i rusmiddelomsorgen, det vil si personer som mottok hjelp fra kommunen i henhold til kapittel 4 og 6 i sosialtjenesteloven av 1991. I forbindelse med iverksettingen av tilbudet på landsbasis, fastsatte departementet målgruppen som følger:

«Personer som på grunn av et rusmiddelproblem mottar tjenester etter reglene i § 4-2 bokstav a til d, jf. § 4-3 i sosialtjenesteloven.»

De sosiale tjenestene etter ovennevnte regler omfattet praktisk bistand og opplæring, herunder brukerstyrt personlig assistanse, til dem som har et særlig hjelpebehov på grunn av sykdom, funksjonshemming, alder eller av andre årsaker, avlastningstiltak for personer og familier som har et særlig tyngende omsorgsarbeid, støttekontakt for personer og familier som har behov for dette på grunn av funksjonshemming, alder eller sosiale problemer, samt plass i institusjon eller bolig med heldøgns omsorgstjenester til dem som har behov for det på grunn av funksjonshemming, alder eller av andre årsaker. De nevnte bestemmelsene i sosialtjenesteloven er videreført i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav b til d.

Bakgrunnen for denne avgrensningen var blant annet at det var behov for å operasjonalisere gjennomføringen av ordningen. Dette ble vurdert å kunne gjøres på en mest mulig effektiv måte ved å knytte tilbudet om tannhelsehjelp opp mot personer som hadde fått et vedtak om tildeling av sosiale tjenester fra kommunen. Personer som kun mottok råd og veiledning etter sosialtjenesteloven § 4-1 eller hjelpetiltak for rusavhengige som beskrevet i sosialtjenesteloven § 6-1, var dermed ikke omfattet av ordningen. Disse bestemmelsene er dels videreført i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 5 om sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering. I departementets retningslinjer forutsettes det at fylkeskommunene må sørge for at det gis et regelmessig og oppsøkende tannhelsetilbud til målgruppen og at behandlingen følger den standard som fylkeskommunen legger til grunn for de prioriterte gruppene etter tannhelsetjenesteloven § 1-3.

I Rundskriv I-2/2006 har departementet lagt til grunn at tannhelsetjenester til personer i kommunal rusomsorg skal ytes vederlagsfritt, og at prinsippene i vederlagsforskriften skal legges til grunn så langt det er mulig. Det vil si at rusmisbrukere som mottar tannhelsetjenester i sammenhengende tre måneder eller mer, skal gis vederlagsfrie tjenester.

Fylkeskommunene tildeles midler gjennom de statlige rammeoverføringene for å ivareta denne oppgaven. I rammefinansieringen til fylkeskommunene inngår blant annet midler for å sikre gratis tannbehandling til personer med rusavhengighet som er innskrevet i et behandlingsopplegg

med legemiddelassistert rehabilitering (LAR). Det vises til Helse- og omsorgsdepartementets Rundskriv I-4/2008 *Vederlagsfrie tannhelsetjenester for personer under legemiddelassistert rehabilitering (LAR) fra 2008 – økning av rammebevilgningen til fylkeskommunene for 2008*.

10.9.8.2 Forslag i høringsnotatet

Departementet foreslo i høringsnotatet å lovfeste en plikt for kommunen til å gi et regelmessig og oppsøkende tannhelsetilbud til personer med rusavhengighet. Plikten ble foreslått avgrenset til å gjelde personer som mottar nærmere spesifiserte helse- og omsorgstjenester fra kommunen, legemiddelassistert rehabilitering eller annen tverrfaglig spesialisert behandling for rusavhengighet.

10.9.8.3 Høringsinstansenes syn

Et flertall av høringsinstansene som har uttalt seg om temaet, støtter forslaget om å lovfeste en plikt for kommunen til å gi et regelmessig og oppsøkende tannhelsetilbud til personer med rusavhengighet på visse vilkår. Blant disse er *Buskerud fylkeskommune, Møre og Romsdal fylkeskommune, Rogaland fylkeskommune, Vestfold fylkeskommune, Tannhelsetjenestens kompetansesenter Øst og Stavanger kommune*.

Helsedirektoratet støtter departementets forslag, men er samtidig bekymret for tannhelsetilbudet til rusavhengige som benytter seg av lavterskel helsetilbud, som for eksempel feltpleie. Direktoratet viser til at dette ofte er mennesker som har et omfattende rusmisbruk og behov for sammensatte og koordinerte tjenester, men som i liten grad klarer å benytte det ordinære tjenestetilbudet. Helsedirektoratet påpeker at den foreslåtte løsningen, hvor den lovfestede retten til tannhelsehjelp forutsetter at vedkommende har fått vedtak om tildeling av andre helse- og omsorgstjenester, vil medføre at denne gruppen av rusavhengige vil falle utenfor lovforslaget.

Den norske tannlegeforening (NTF) støtter forslaget, men påpeker at personer med rusavhengighet kan ha kompliserte og store behandlingsbehov som ofte er svært kostnadskrevenne. NTF viser til at det vil være utfordrende for små kommuner med begrensede fagmiljøer og stram økonomi å kunne gi et forsvarlig tilbud til denne gruppen. NTF påpeker også at den svakeste gruppen, aktive rusavhengige som verken mottar legemiddelassistert rehabilitering eller tiltak fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten som fremgår

av lovforslaget, fremdeles ikke vil omfattes av det offentliges ansvar for tannhelsetjenester. NTF er likevel bekymret for at mange kommuner ikke vil klare å oppfylle dette kravet. Kommuner med store institusjoner vil få en ekstra økonomisk belastning. NTF viser også til at disse pasientene mister rett til stønad etter folketrygdloven § 5-6 og at dette vil ha økonomiske konsekvenser for kommunene.

Hordaland fylkeskommune uttaler:

«Hordaland fylkeskommune har for mange år sidan vedteke at i Hordaland skal innsette i fengsel og personar i rusomsorg ha rett til tannhelsehjelp. Lovfesting av dette er i samsvar med praksis i Hordaland. For å avklara finansieringa av dette tilbudet foreslår fylkeskommunen at departementet vurderer forholdet mellom folketrygdlova og helse- og omsorgstenestelova. Fylkeskommunen foreslår og at tannhelsetilbudet til desse gruppene må inkludera ferdiggjering av påbegynt tannbehandling etter ferdig soning eller gjennomført rusbehandling.»

Actis – Rusfeltets samarbeidsorgan uttaler:

«Actis støtter forslaget om å lovfeste kommunens ansvar for å tilby tannhelsetjenester til personer med rusavhengighet. Flere rusavhengige har spesielle behov når det gjelder somatisk helsetilbud, da blant annet tannhelse. Som departementet skriver, er det av sentral betydning for opprettholdelse av en persons tannhelsestatus at vedkommende følges opp og får et tannhelsetilbud også etter at vedkommende ikke lenger mottar rusbehandling. Det må følges opp av at kommunene faktisk er i stand til å oppfylle denne lovpålagte oppgaven, også økonomisk.»

KS – Kommunesektorens organisasjon uttaler:

«Når det gjelder grupper av rusavhengige, er det et kjent problem at tannhelsetjenestene ikke er fullført på det tidspunktet hvor den rusavhengige har fullført sitt institusjonsopphold og dermed mister sine økonomiske rettigheter. Det kan være hensiktsmessig å forskriftsfeste at den rusavhengige har krav på å få fullført en behandlingsplan i ettervernsperioden som er lagt mens vedkommende var i institusjon. Hvis rus og fengselsinnsatte innlemmes i loven og dermed mister retten til refusjon vil ikke kommunen få refusjon og det

i seg selv vil bli dyrere. Fylkeskommunene har i dag kostnadsoverslag på over 200.000 kr for enkelte ruspasienter.»

Sør-Trøndelag tannlegeforening uttaler:

«Vi støtter også departementets forslag om å gi personer med rusavhengighet lovfestet rett til nødvendig tannhelsehjelp. Det er behov for å skape større klarhet rundt rettighetene til denne persongruppen. Rusavhengighet fører i mange tilfeller til sviktende oral hygiene og dårlig tannstatus med et påfølgende stort og kostbart behandlingsbehov. Finansiering av tjenestene til denne pasientgruppen vil derfor være krevende og bør utredes.»

Drammen kommune, Hole kommune, Jevnaker kommune, Oppegård kommune og Kommunene i Hallingdal påpeker at kommunene må tilføres midler for å oppfylle kravet om at rusavhengige skal få de samme rettighetene som andre.

10.9.8.4 Departementets vurderinger og forslag

Departementet viser til at rusavhengige ofte har høy forekomst av sykdom i tenner, kjever og munnhule, med smerter og ubehag ved tygging. Bedre tannhelsestatus er et sentralt element i medisinsk, sosial og arbeidsrettet rehabilitering. Dårlig tannstatus kan i seg selv være et hinder for å delta i samfunnet på vanlig måte. God tannhelse er av vesentlig betydning for sosial fungering og selvfølelse, samt for evnen til å innta et variert kosthold og sikre tilstrekkelig ernæring. Jevnt over har voksne rusavhengige som gruppe utvilsomt et relativt større behov for tannbehandling enn de fleste andre i den voksne delen av befolkningen.

Ved vurderingen av om det er behov for å lovfeste kommunens ansvar for tannhelsetjenester til personer med rusavhengighet, legger departementet til grunn at rettskildebildet på dette området fremstår som fragmentert og uoversiktlig, særlig når det gjelder spørsmål om det offentliges ansvar for tannhelsetjenester til rusavhengige utenfor institusjon. Dette kan skape uklarheter om hvem som har rett til helt eller delvis vederlagsfrie tannhelsetjenester fra fylkeskommunen. Det er behov for å skape større klarhet rundt rettighetene til denne persongruppen.

Det offentlige tannhelsetilbudet til rusavhengige personer har siden 2005 i hovedsak vært basert på Stortingets bevilgninger gjennom det

statlige rammetilskuddet til fylkeskommunene og øremerkede tilskudd til lavterskeltilbud i enkelte kommuner. Stortinget har økt bevilgningene til den fylkeskommunale tannhelsetjenesten for at rusmiddelavhengige skal få gratis tannbehandling hvis de er under langvarig behandling i institusjon, i et opplegg med legemiddelassistert rehabilitering eller under kommunal rusomsorg.

Rene finansieringsløsninger fulgt opp av retningslinjer fra departementet kan være en mer hensiktsmessig løsning fremfor lovregulering, såfremt de som skal gis tilbud utgjør et beskjedent antall og er vanskelig å definere presist som gruppe. Dette gjelder særlig i en fase med oppbygging av tilbud eller forsøk i geografisk avgrensede områder. Dersom det er forutsatt at bestemte grupper skal få tilgang på et offentlig tjenestetilbud på mer permanent basis, bør dette fortrinnsvis lovreguleres for å sikre pasientenes rettssikkerhet og forutsigbarhet. De vil dermed også få formell klagerett. Lovfesting av rettigheter til tannhelsetjenester for personer med rusavhengighet vil også kunne motvirke faren for vilkårlig forskjellsbehandling.

Departementet mener det er hensiktsmessig å knytte kommunens ansvar for å gi et regelmessig og oppsøkende tannhelsetilbud for personer med rusavhengighet, til mottak av helse- og omsorgstjenester fra spesialisthelsetjenesten eller kommunen på grunnlag av et tildelingsvedtak. Det foreslås at lovfestingen baseres på at rusavhengige personer mottar visse tjenester som tidligere var forankret i sosialtjenesteloven kapittel 4, men som nå fremgår av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 nr. 6. Dette vil være en form for avledede vilkår som er i samsvar med gjeldende kriterier for dagens fylkeskommunale tilbud basert på Stortingets budsjettvedtak. For å sikre at initiert tannbehandling følges opp, er det av betydning at pasienten har løpende og stabil kontakt med den kommunale tannhelsetjenesten. Dette anses nødvendig for at vedkommende skal kunne nyttiggjøre seg tilbudet.

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

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

Departementet presiserer at forslaget ikke innebærer en uttømmende regulering av kommunens ansvar for å gi et regelmessig og oppsøkende tannhelsetilbud til personer med rusavhengighet. Rusavhengige inntil 20 år og rusavhengige som mottar annen helsehjelp i institusjon enn tverrfaglig spesialisert rusbehandling eller som mottar hjemmesykepleie, har i dag lovfestede rettigheter til nødvendig tannhelsehjelp og vil bli omfattet av de andre bestemmelsene i forslaget til ny § 3-2 b i helse- og omsorgstjenesteloven. Forslaget om særskilt lovregulering av rusavhengige som egen gruppe omfatter bare de som ikke allerede faller inn under noen de andre gruppene. Foruten ved tverrfaglig spesialisert rusbehandling, vil forslaget særlig være aktuelt for rusavhengige som har fått vedtak fra kommunen om tildeling av personlig assistanse, herunder praktisk bistand (for eksempel i form av brukerstyrt personlig assistanse) og støttekontakt.

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

Det er av sentral betydning for opprettholdelse av en persons tannhelsestatus at vedkommende følges opp og får et tannhelsetilbud også etter at vedkommende ikke lenger mottar rusbehandling. Under avrusing kan de dessuten være lite mottakelige for rehabiliterende tannbehandling. Det kan derfor i mange tilfeller være mest hensiktsmessig at behov for tannbehandling som er diagnostisert og vurdert under avrusing/behandling, igangsettes først etter at avrusingen/behandlingen er gjennomført. Da kan pasienten være mest motivert for tannbehandling. Forutsetningen for at kommunen skal ha plikt til å gi et slikt tilbud er som nevnt at pasienten mottar tjenester fra kommunen som nevnt i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav b eller c, basert på tildelingsvedtak.

Det følger av folketrygdloven §§ 5-6 og 5-6a at trygden yter stønad til dekning av utgifter til

undersøkelse og behandling hos tannlege og tannpleier for sykdom. Av forskrift 16. desember 2014 nr. 1702 § 1 nr. 14 følger at det ytes stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos tannlege når det foreligger sterkt nedsatt evne til egenomsorg hos personer som har varig sykdom eller varig nedsatt funksjonsevne. Dette kan være særlig aktuelt for personer som har vært alvorlig rusavhengige over lang tid. Folketrygdloven § 5-1 tredje ledd slår fast at i den utstrekning det offentlige yter stønad etter annen lovgivning, ytes det ikke stønad etter lovens kapittel 5. Rettigheter etter folketrygdloven avskjæres imidlertid bare i den grad den rusavhengige fyller vilkårene for rett til tannhelsehjelp fra kommunen og faktisk mottar et behandlingstilbud fra kommunen. Utgifter til kjeveortopedisk behandling dekkes uansett av folketrygden. Generelt sett er folketrygdens dekning når det gjelder tannbehandling relativt begrenset i innhold og omfang. Departementet kan derfor ikke se forslaget vil innebære en vesentlig innskrenkning av den rusavhengiges rettigheter etter folketrygdloven.

Departementet opprettholder forslaget om å lovfeste kommunens ansvar for å gi et regelmessig og oppsøkende tannhelsetilbud til personer med rusavhengighet på visse vilkår ved overføringen av ansvaret til kommunene. Det foreslås å ta inn bestemmelser om dette som nr. 5 bokstav a, b og c i ny § 3-2 b første ledd i helse- og omsorgstjenesteloven. Forslaget innebærer i hovedsak en kodifisering av gjeldende praksis.

Departementet viser til omtalen av reglene for betaling av vederlag for tannhelsetjenester under punkt 10.19.2, hvor det fremgår at personer med rusavhengighet som i dag mottar gratis tannhelsehjelp fra fylkeskommunen, fortsatt skal motta slike tjenester vederlagsfritt fra kommunen.

10.9.9 Tannhelsetjenester til innsatte i fengsler i kriminalomsorgen

10.9.9.1 Gjeldende rett

Fylkeskommunens ansvar for innsatte i fengsel etter tannhelsetjenesteloven

Fylkeskommunen skal sørge for at tannhelsetjenester, herunder spesialisttannhelsetjenester, i rimelig grad er tilgjengelige for alle som bor eller oppholder seg i fylket. Dette inkluderer innsatte i fengsler. Innsatte i fengsler i kriminalomsorgen som gruppe er ikke særskilt nevnt i tannhelsetjenesteloven § 1-3. Tannhelsetjenesteloven har ingen bestemmelse som eksplisitt pålegger fylkeskommunen ansvar for å gi et regelmessig og opp-

søkende tannhelsetilbud til innsatte i fengsler. De fleste innsatte vil være voksne som ikke omfattes av gruppene som er listet opp i loven § 1-3. De yngste innsatte vil være omfattet av fylkeskommunens plikt til å gi et tannhelsetilbud til innsatte mellom 15 (den kriminelle lavalder) og 20 år. Andre innsatte vil før og etter soning kunne komme inn under fylkeskommunens ansvar for tannhelsetilbud til rusavhengige personer.

Fylkeskommunens ansvar for innsatte i fengsel i henhold til Stortingets budsjettvedtak og departementets retningslinjer

Ansvar for helsetjenester i fengsler ble overført fra Justisdepartementet til Sosialdepartementet i 1988. Fylkeskommunen i det fylket der det enkelte fengselet ligger, mottar et øremerket tilskudd fra staten til dekning av utgifter til organisering av et tilbud om tannbehandling for innsatte i fengsel. Fylkeskommunens ansvar og organisering er nærmere beskrevet i Helsedirektoratets Rundskriv IK-28/89 *Rundskriv om tannhelsetjenesten for innsatte i fengsler* og Veileder IS-1971 *Helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsel* som ble gitt ut i 2013.

Tannhelsetjenester kan gis enten i tannklinikker i fengselet eller ved fremstilling utenfor fengselet. I de største fengslene vil tannbehandlingen vanligvis bli utført på egne tannklinikker og med eget personell. Det påligger kriminalomsorgen å bære utgiftene til etablering av tannklinikker i fengslene. I fengsler hvor det ikke er egne klinikker, er det fylkeskommunen som har ansvar for å organisere tannhelsetilbudet for de innsatte slik den selv finner det hensiktsmessig, for eksempel gjennom avtaler mellom fylkeskommunen og kriminalomsorgen. Avtalene skal blant annet inneholde rutiner som legger til rette for at den innsatte kan fremstilles til tannklinikker utenfor fengselet. I følge Helsedirektoratets rundskriv og veileder bør tannhelsetjenester i kriminalomsorgen i hovedsak omfatte følgende tilbud:

- Nødvendig akuttbehandling til alle innsatte ved behov, uavhengig av oppholdets varighet
- Forebyggende tiltak med sikte på at den innsatte skal unngå forverring av tannstatus mens vedkommende soner og som et ledd i rehabilitering til et liv i frihet
- En enklere orienterende tannhelseundersøkelse utført av helsepersonell som inngår i den generelle inkomstundersøkelsen ved forventet opphold utover tre måneder

- Tilbud om tannhelseundersøkelse og tannbehandling til innsatte med opphold lengre enn tre måneder. Det er rimelig å avgrense tannhelsetiltak for innsatte slik at behandlingsplan og mer omfattende rehabiliterende tannbehandling tilbys først når fengselsoppholdet er av noe lengre varighet.

Helse- og omsorgstjenesteloven

Helsetjenester for innsatte i kriminalomsorgen ble lovfestet i 1995. Lovfesting ble den gang ansett nødvendig for å fjerne tvil om rekkevidden av kommunenes rettslige ansvar, ved å slå fast i kommunehelsetjenesteloven at kommunen på vanlig måte har ansvar for å gi nødvendig helsehjelp til innsatte.

Helse- og omsorgstjenester for innsatte faller samtidig inn under kommunens generelle sørge for ansvar for de personer som til enhver tid oppholder seg i kommunen etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1. I forarbeidene til loven, jf. Prop. 91 L (2010–2011) punkt 15.5.11.3 side 194, uttalte departementet derfor at dette talte mot å videreføre dette som en særskilt lovpålagt oppgave overfor visse persongrupper. Det ble vist til at de kommunene som har fengsler mottar øremerkede midler fra staten til dette formålet, og at dette i mindre grad gjør det påkrevd med lovregulering. For å tydeliggjøre kommunens ansvar kom departementet likevel til at denne tjenesten bør komme til uttrykk i en egen lovbestemmelse som viderefører gjeldende rett. Det følger dermed av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-9 at i de kommunene hvor det ligger fengsler i kriminalomsorgen, skal kommunen ha tilbud om helse- og omsorgstjenester for de innsatte.

Videre fremgår det av helse- og omsorgstjenesteloven § 11-5 første ledd at staten yter årlig et særskilt tilskudd til fengselshelsetjenesten til berørte kommuner (vertskommuner). Det øremerkede tilskuddet kommer i tillegg til det statlige rammetilskuddet. Tilskuddet skal sikre et like godt helsetjenestetilbud for innsatte som for befolkningen for øvrig i de kommunene der det er etablert fengsler.

10.9.9.2 Forslag i høringsnotatet

I høringsnotatet foreslo departementet å lovfeste kommunens ansvar for å gi et regelmessig og oppsøkende tannhelsetilbud til innsatte i fengsler i kriminalomsorgen.

10.9.9.3 Høringsinstansenes syn

Samtlige høringsinstanser som har uttalt seg om temaet, støtter forslaget om å lovfeste kommunens ansvar for tannhelsetjenester til innsatte i fengsler i kriminalomsorgen. Blant disse er *Akershus fylkeskommune, Hedmark fylkeskommune, Hordaland fylkeskommune, Møre og Romsdal fylkeskommune, Troms fylkeskommune, Stavanger kommune, KS – Kommunesektorens organisasjon* og *Sør-Trøndelag tannlegeforening*.

Helsedirektoratet er positiv til at departementet foreslår å lovfeste kommunens ansvar for å tilby tannhelsetjenester til innsatte i fengsler. Direktoratet ber om at det presiseres hvorvidt lovforslaget også omfatter tannhelsetjenester til innsatte i overgangsbolig, siden målet med overgangsbolig er at de innsatte skal ta i bruk ordinære tjenester utenfor fengsel. Helsedirektoratet peker videre på at det er uklart om ordningen med øremerket tilskudd til tannhelsetjenester i fengsel vil bestå også etter overføringen av ansvaret til kommunene, eller om den vil bli slått sammen med tilskuddet som kommunene får til andre helse- og omsorgstjenester i fengsel. Direktoratet mener at det i praksis kan bli svært utfordrende å få til en rettferdig fordeling av tilskuddet til kommuner med fengsel.

Den norske tannlegeforening (NTF) er positiv til at innsatte i fengsler får lovfestet rett til tannbehandling. NTF er likevel bekymret for at kommuner med store institusjoner vil få en ekstra økonomisk belastning og dermed ikke kunne oppfylle ansvaret.

10.9.9.4 Departementets vurderinger og forslag

Tannhelseproblemer blant innsatte er større enn blant befolkningen for øvrig. Dette skyldes blant annet manglende munnstell og tannbehandling over lengre perioder samt bruk av rusmidler. Tannhelseproblemer blant innsatte kan også være en følge av legemiddelbruk ved psykiske sykdommer. Levekårsundersøkelser viser at rundt 60 prosent av innsatte i norske fengsler har rusproblemer. Mange innsatte opplever å få tannverk når de kommer inn til soning, siden den kamufleringen av smerter som rusen kan gi, forsvinner når tilgangen på rusmidler opphører.

Bestemmelsen i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-9 pålegger som nevnt kommunen et særskilt ansvar for å ha tilbud om helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsler i kriminalomsorgen. Med overføringen av ansvaret for tannhelsetjenester til kommunene, vil også tannhelse-

tjenester bli omfattet av bestemmelsen. Bestemmelsen i § 3-9 bygger imidlertid på at kommunen har et universelt ansvar for å tilby helse- og omsorgstjenester til alle som oppholder seg i kommunen, herunder innsatte i fengsler. Kommunens ansvar for tannhelsetjenester vil derimot bli begrenset til å gjelde enkelte grupper av befolkningen, slik det er for fylkeskommunen i dag. Innsatte i fengsler vil dermed kunne utgjøre andre grupper enn de som kommunen i utgangspunktet har ansvar for å gi et tannhelsetilbud til. På denne bakgrunn bør det tas inn en egen bestemmelse i forslaget til helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 b som uttrykkelig lovfester kommunens ansvar for å gi et regelmessig og oppsøkende tannhelsetilbud til innsatte i fengsler i kriminalomsorgen. Dette gjelder også innsatte i overgangsbolig. På den måten vil forslaget til § 3-2 b i helse- og omsorgstjenesteloven gi en mest mulig fullstendig oversikt over hvilke grupper kommunen har et lovpålagt ansvar for når det gjelder tannhelsetjenester. Samtidig vil de innsatte få lovfestede rettigheter til nødvendig tannhelsehjelp fra kommunen og formell klageadgang over manglende hjelp etter pasient- og brukerrettighetsloven.

Departementet legger til grunn at det øremerkede tilskuddet fra staten til kommunenes dekning av utgifter til tannbehandling for innsatte i fengsel videreføres etter overføringen av ansvaret for tannhelsetjenester til kommunene. Når det gjelder spørsmålet om sammenslåing av tilskuddet med det eksisterende tilskuddet til kommunene for øvrige helse- og omsorgstjenester, vil departementet komme nærmere tilbake til dette i de ordinære budsjettprosessene.

Departementet opprettholder forslaget om å lovfeste kommunens ansvar for å gi et regelmessig og oppsøkende tannhelsetilbud til innsatte i fengsler i kriminalomsorgen. Det foreslås å ta inn en bestemmelse om dette som nr. 6 i forslaget til ny § 3-2 b første ledd i helse- og omsorgstjenesteloven. Forslaget innebærer i hovedsak en kodifisering av gjeldende praksis.

10.9.10 Prioriteringsbestemmelser

10.9.10.1 Gjeldende rett

I tannhelsetjenesteloven benyttes betegnelsene «prioriterte oppgaver» og «prioriterte grupper» om persongruppene som fylkeskommunen har ansvar for å gi et regelmessig og oppsøkende tilbud til, jf. tannhelsetjenesteloven §§ 1-3 og 4-2. Det fremgår av § 4-2 at prioriterte grupper er alle gruppene som er nevnt i § 1-3 første ledd, inklu-

sive andre grupper som fylkeskommunen har vedtatt «å prioritere» etter bokstav e. Videre fremgår det av § 1-3 andre ledd første punktum at gruppene i bokstav a til e er listet opp i «prioritert rekkefølge». Dersom ressursene ikke er tilstrekkelige for å gi et tilbud til alle gruppene, skal denne prioriteringen følges, jf. § 1-3 andre ledd andre punktum. Videre fremgår det av § 1-3 andre ledd tredje punktum at forebyggende tiltak «skal prioriteres» foran behandling.

10.9.10.2 Forslag i høringsnotatet

I høringsnotatet foreslo departementet å ikke videreføre innholdet i gjeldende bestemmelser som gjelder det offentlige prioriteringer innenfor tannhelsetjenestelovens rammer, særlig under henvisning til at bruken av prioriteringsbegrepet i tannhelsetjenesteloven har historiske årsaker og har mistet mye av sin betydning.

10.9.10.3 Høringsinstansenes syn

Helsedirektoratet er enig i at prioriteringsbestemmelsen i tannhelsetjenesteloven § 1-3 andre ledd samt begrepene «prioriterte oppgaver» og «prioriterte grupper» ikke videreføres.

Den norske tannlegeforening (NTF) mener det er viktig at kommunen ikke skal ha mulighet til å nedprioritere enkelte grupper ut fra økonomiske hensyn i en hardt presset kommuneøkonomi. NTF slutter seg derfor til departementets begrunnelse for at alle de lovpålagte gruppene skal ha lik prioritet og at kommunen må sørge for et regelmessig og oppsøkende tilbud til alle gruppene.

10.9.10.4 Departementets vurderinger og forslag

Tannhelsetjenesteloven er særpreget ved at den gir føringer både for hvilke grupper som fylkeskommunen har plikt til å gi et regelmessig og oppsøkende tannhelsetilbud til, og for innbyrdes prioriteringsrekkefølge mellom disse gruppene under hensyn til ressurstilgangen. Den øvrige helse- og omsorgstjenestelovgivningen inneholder i svært liten grad denne type fordelingskriterier. Et eksempel er forskrift 1. desember 2000 nr. 1208 om prioritering av helsetjenester mv., som er gitt med hjemmel i pasient- og brukerrettighetsloven § 1-2 og som blant annet avgrenser retten til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten.

Slik bestemmelsene i tannhelsetjenesteloven § 1-3 andre ledd er formulert, kan de leses som at fylkeskommunen selv kan avgjøre om den har

budsjettmessig handlingsrom til å gi et tannhelsetilbud til alle de opplistede gruppene. I Sosial- og helsedepartementets Rundskriv I-16/2000 *Presisering av tannhelsetjenesteloven § 1-3 – innskrenkninger i det fylkeskommunale tannhelsetilbudet* er det imidlertid presisert at denne bestemmelsen må leses i lys av forholdene i fylkeskommunene ved ikraftsettingen av tannhelsetjenesteloven i 1984. Bestemmelsen i § 1-3 andre ledd første punktum om prioriteringsrekkefølgen ble i hovedsak tatt inn i lovteksten som følge av store fylkesvise forskjeller i tannhelsetilbudet. Av Ot.prp. nr. 49 (1982–83) fremgår at Sosialdepartementet forutsatte en gradvis iverksetting av tilbudet som var omfattet av lovforslaget. På dette tidspunktet hadde syv fylkeskommuner etablert folketannrøkt fullt ut, åtte andre var i ferd med slik etablering, mens fire fylker kun hadde etablert kommunal skoletannpleie. Tannhelsetiltak for grupper av eldre, uføre og langtidssyke i hjemme-sykepleie og institusjon var iverksatt i samtlige fylker med folketannrøkt og i ti av fylkene var psykisk utviklingshemmede innlemmet i gruppene som fikk fri tannpleie.

Av lovforarbeidene fremgår videre at fylkeskommunen etter en overgangsperiode skulle overta alle kommunale utgifter forbundet med skoletannpleie og folketannrøkt. Det ble tatt hensyn til dette gjennom omfordelingen av statlige midler til kommuner og fylkeskommuner og gjennom overgangsordninger. Det ble også forutsatt at det skulle gjennomføres tiltak som ville frigjøre ressurser til å løse oppgavene, i form av mer effektive innkallingsrutiner som følge av bedring av tannhelsen hos barn og unge, fordeling av oppgaver til tannpleiere, samt opplæringsvirksomhet og forbyggende tiltak.

Bestemmelsen i § 1-3 andre ledd andre punktum om at tannhelsetilbudet kan avpasses i forhold til tilgjengelige ressurser, var dermed en nødvendig forutsetning for iverksettelse av loven i en overgangsperiode inntil alle fylkeskommunene hadde fått bygd ut et tilstrekkelig tjenestetilbud. Bestemmelsen må forstås slik at den gir hjemmel for å gi et ufullstendig tilbud til de prioriterte gruppene i en overgangsperiode etter lovens ikrafttredelse, og ikke som en hjemmel som på permanent basis gir adgang til å innskrenke det lovpålagte tjenestetilbudet under henvisning til manglende ressurser. Det vises i denne sammenheng til Høyesteretts prinsippavgjørelse inntatt i Norsk Retstidende 1990 side 874 (Fusa-dommen), hvor retten slo fast at «nødvendig helsehjelp» er en minstestandard som kommunen ikke kan fra-vike med henvisning til dårlig økonomi. Dette

taler etter departementets vurdering mot å beholde slike fordelingskriterier i lovs form.

Bestemmelsen i § 1-3 andre ledd tredje punktum som slår fast at forebyggende tiltak skal prioriteres foran behandling, er også et utslag av at det i en overgangsperiode ble tatt høyde for oppbygging av et landsdekkende offentlig tannhelse-tilbud i alle fylker. Etter departementets vurdering bør det være opp til kommunen selv å vurdere relevante tiltak, uten at det legges statlige føringer for oppgaveløsningen i lovverket. Bestemmelsen kan ikke forstås som en føring for den tannhelsehjelpen som de bestemte persongruppene har behov for og krav på, men som et generelt pålegg for fylkeskommunene til å prioritere forebyggende innsats fremfor behandling ved utformingen av tilbudet. Departementet viser til at de forebyggende tannhelsetiltakene rettet mot hele befolkningen vil inngå som en del av kommunens ansvar for helsefremmende og forebyggende arbeid etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-3.

Etter departementets vurdering er det heller ikke nødvendig eller hensiktsmessig å videreføre begrepene «prioriterte oppgaver» og «prioriterte grupper».

Departementet fastholder på denne bakgrunn forslaget i høringsnotatet om at bestemmelser i tannhelsetjenesteloven knyttet til prioritering ikke bør videreføres i helse- og omsorgstjenesteloven ved overføringen av ansvaret til kommunene.

10.10 Helsefremmende og forebyggende tannhelsearbeid

10.10.1 Om den fylkeskommunale tannhelsetjenestens folkehelsearbeid

Med folkehelsearbeid menes samfunnets innsats for å påvirke faktorer som direkte eller indirekte fremmer befolkningens helse og trivsel, forebygger psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, eller som beskytter mot helsetrusler, samt arbeid for en jevnere sosial fordeling av faktorer som direkte eller indirekte påvirker helsen, jf. § 3 i lov 24. juni 2011 nr. 29 om folkehelsearbeid (folkehelseloven).

Sentrale forebyggingsarenaer i kommunen er blant annet helsestasjons- og skolehelsetjenesten, frisklivscentralene og de fylkeskommunale tannklinikene. Fylkeskommunens primærforebyggende arbeid når det gjelder karies, foregår blant annet på helsestasjon, overfor ansatte i barnehager, i form av undervisning i skoleklasser og opplæring av ansatte helse- og omsorgsarbeidere i

sykehjem og ellers i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Primærforebyggende innsats med hensyn til tannhelse forutsetter dermed ofte medvirkning og involvering av personell i andre deler av helse- og omsorgstjenesten og i andre sektorer i kommunen. Andre primærforebyggende tiltak er individuell informasjon og veiledning i munnstell i forbindelse med regelmessige tannhelseundersøkelser, herunder oppfordring til regelmessig beskyttelse av tennene med fluor i ulike former og kostholdsveiledning.

Når det gjelder sekundærforebyggende arbeid vil screening i form av regelmessige tannhelseundersøkelser av barn og unge til og med 20 år være sentrale tiltak, samt tidlig intervensjon ved for eksempel karies (tanncaries) i initialfase og ved blødende tannkjøtt. Sekundærforebyggende arbeid vil også omhandle innsats i klinisk symptomgivende fase for å hindre tilbakefall av sykdom. Et eksempel på dette er individuell opplæring i munnhygiene for å forhindre at periodontitt eller karies gjenoppstår etter avsluttet behandling. Tertiærforebyggende arbeid tar sikte på å hindre forverring av sykdom og funksjonsnedsettelse som medfører ytterligere plager for de det gjelder, og å bidra til å sikre best mulig liv med helsesvikt. Eksempler her er erstatning av skadet tannvev for eksempel ved tannfyllinger, samt rotfylling av tenner.

I løpet av de siste tiårene har den fylkeskommunale tannhelsetjenesten i økende grad engasjert seg i det generelle folkehelsearbeidet, i samarbeid med kommunale etater. Engasjementet har som mål å fremme tannhelse som del av den generelle helsen gjennom påvirkning av strukturelle forhold. Aktuelle tiltak i den sammenheng har også effekt på øvrige helseforhold, særlig når det gjelder livsstilssykdommer. Innsatsen er trappet opp etter at flere fylkeskommuner har ansatt folkehelsekoordinatorer. I flere fylker utgjør kompetansen til tannpleiere en viktig del av fylkeskommunens ressurser for å ivareta oppgavene med å fremme folkehelse.

10.10.2 Gjeldende rett

10.10.2.1 Tannhelsetjenesteloven

Helsefremmende og forebyggende arbeid står sentralt i tannhelsetjenesteloven. Etter tannhelsetjenesteloven har fylkeskommunen et ansvar for folkehelsearbeid både overfor befolkningen generelt (befolkningsansvaret) og overfor enkeltpersoner (gruppeansvaret). Det følger av tannhelsetjenesteloven § 1-2 at «fylkeskommunen skal

fremme tannhelsen i befolkningen og ved sin tannhelsetjeneste sørge for nødvendig forebygging og behandling». Videre skal fylkeskommunen spre opplysning om og øke interessen for hva den enkelte selv og allmennheten kan gjøre for å fremme tannhelsen. Av merknadene til bestemmelsen, jf. Ot.prp. nr. 49 (1982–83), går det frem at i tillegg til å forebygge og behandle tannsykdom eller skade, har fylkeskommunens tannhelsetjeneste også som oppgave å påvirke forhold i nærmiljø og samfunn for derved å fremme tannhelsen. Etter tannhelsetjenesteloven § 1-3 første ledd første punktum skal Den offentlige tannhelsetjenesten organisere forebyggende tiltak for hele befolkningen. I tillegg skal den gi et regelmessig og oppsøkende tilbud til bestemte grupper i befolkningen, jf. § 1-3 første ledd andre punktum bokstav a til e. I § 1-3 andre ledd presiseres det at forebyggende tiltak skal prioriteres foran behandling.

10.10.2.2 Helse- og omsorgstjenesteloven

Helse- og omsorgstjenesteloven pålegger kommunen en plikt til å drive helsefremmende og forebyggende helsearbeid. Det følger av loven § 3-3 første ledd at kommunen ved ytelse av helse- og omsorgstjenester skal fremme helse og søke å forebygge sykdom, skade og sosiale problemer. Dette skal blant annet skje ved opplysning, råd og veiledning. Se også omtale av forslaget til tydeliggjøring av kommunens ansvar for pasient-, bruker- og pårørendeopplæring i kapittel 5 i proposisjonen. Av § 3-3 andre ledd følger at helse- og omsorgstjenestene skal bidra i kommunens folkehelsearbeid, herunder til oversikten over helsetilstand og påvirkningsfaktorer etter folkehelseloven § 5. Helse- og omsorgstjenesten skal arbeide for at det blir satt i verk velferds- og aktivitetstiltak for barn, eldre og funksjonshemmede og andre som har behov for det, jf. § 3-3 tredje ledd.

10.10.2.3 Folkehelseloven

Reglene i folkehelseloven kapittel 2 og kapittel 4 pålegger både kommunen og fylkeskommunen et generelt ansvar for folkehelsearbeid.

Av folkehelseloven § 4 fremgår at kommunen skal fremme befolkningens helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold og bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, bidra til utjevning av sosiale helseforskjeller og bidra til å beskytte befolkningen mot faktorer som kan ha negativ innvirkning på helsen. Kommunen skal fremme folkehelse innen de opp-

gaver og med de virkemidler kommunen er tillagt, herunder tjenesteyting. Kommunen har plikt til å ha nødvendig oversikt over helsetilstanden i kommunen og de positive og negative faktorer som kan virke inn på denne, jf. folkehelseloven § 5.

Det følger av folkehelseloven § 20 at fylkeskommunen skal fremme folkehelse innen de oppgaver og med de virkemidler som fylkeskommunen er tillagt. Dette skal skje gjennom regional utvikling og planlegging, forvaltning og tjenesteyting og tiltak som kan møte fylkets folkehelseutfordringer. Fylkeskommunen skal understøtte folkehelsearbeidet i kommunene, blant annet ved å gjøre tilgjengelig opplysninger i henhold til folkehelseloven § 21. Fylkeskommunen skal ha nødvendig oversikt over helsetilstanden i fylket på populasjonsnivå og de positive og negative faktorer som kan virke inn på denne, jf. § 21 første ledd. Oversikten skal blant annet baseres på relevant kunnskap fra kommunene og tannhelsetjenesten.

I praksis vil det ikke alltid gå et klart skille mellom tiltak som følger av folkehelseloven på den ene siden og henholdsvis tannhelsetjenesteloven og helse- og omsorgstjenesteloven på den andre siden. De lovpålagte pliktene er dels overlappende, blant annet for å sikre at viktige helseutfordringer møtes i nødvendig grad av den kommunale helse- og omsorgstjenesten og den fylkeskommunale tannhelsetjenesten. Kommunens ansvar for miljørettet helsevern er imidlertid i sin helhet regulert i folkehelseloven. Forholdet mellom helse- og omsorgstjenesteloven og folkehelseloven er nærmere beskrevet i Prop. 90 L (2010–2011) *Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven)* punkt 11.3.2 side 75 og i Prop. 91 L (2010–2011) *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)* punkt 17.6.2 side 227–228.

10.10.3 Forslag i høringsnotatet

I høringsnotatet la departementet til grunn at bestemmelsene i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-3 og folkehelseloven § 4 i all hovedsak vil være dekkende for det befolkningsrettede arbeidet på tannhelsefeltet som i dag utføres i medhold av tannhelsetjenesteloven. Ansvar for folkehelsearbeid på individ-/gruppenivå ble foreslått videreført ved at dagens bestemmelse i tannhelsetjenesteloven § 1-3 første ledd om at Den offentlige tannhelsetjenesten skal gi et regelmessig og oppsøkende tilbud til bestemte grupper i befolkningen, tas inn i forslaget til den nye bestemmelsen i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 b. Departementet foreslo ikke å videreføre bestemmelsen i

tannhelsetjenesteloven § 1-3 andre ledd om at forebygging skal prioriteres før behandling. Departementet la til grunn at regulering av kommunens ansvar for helsefremmende og forebyggende tannhelsearbeid i helse- og omsorgstjenesteloven, vil medføre en sterkere lovforankring av ansvaret hos kommunen som sådan og gi bedre muligheter til å se dette arbeidet i sammenheng med det helsefremmende og forebyggende arbeidet på andre kommunale tjeneste- og sektorområder. Regulering i helse- og omsorgstjenesteloven vil medføre at ansvaret for helsefremmende og forebyggende tannhelsearbeid ikke lenger vil være formelt plassert hos Den offentlige tannhelsetjenesten som egen kommunal etat. Dette arbeidet vil derfor ikke lenger være begrenset av virkemidler som kun finnes innenfor denne delen av kommunens samlede virksomhet.

10.10.4 Høringsinstansenes syn

Mange høringsinstanser er bekymret for at det helsefremmende og forebyggende tannhelsearbeidet kan bli nedprioritert ved overføring av ansvaret til kommunene. Blant disse er *Delta* som uttaler:

«Tannhelsetjenesten er i dag organisert i store enheter på tvers av kommunene. Slik vi ser det er den fremste fordelen med en overføring av tannhelsetjenesten til kommunene at særlig det forebyggende tannhelsearbeidet kan knyttes nærmere til øvrige kommunale tjenester. Delta er likevel bekymret for at mange kommuner er alt for små til å kunne ha et godt tannhelsefaglig miljø og frykter en fragmentering av tjenesten. En overføring av tannhelsetjenesten til kommunene kan føre til et dårligere tilbud særlig knyttet til det helsefremmende og forebyggende området. Langsiktige planer for folkehelsearbeid kan lett bli nedprioritert i små kommuner med begrenset økonomi. Det foreligger foreløpig heller ingen plan for hvordan kompetansen og det faglige arbeidet kan videreføres av mange små enheter.

(...) Organisering av tannhelsetjeneste gjennom interkommunale selskaper eller kjøp av tjenesten eksternt mener vi vil være en svært uheldig løsning som både kan medføre store forskjeller i tannhelsetilbudet samt en nedbygging av den offentlige tannhelsetjenesten og den kompetansen som er bygget opp over tid. Ikke minst er vi bekymret for hvordan det helsefremmende arbeidet kan bli ivaretatt med en slik oppsplitting av tjenesten. Mange

kommuner vil mangle kompetansen til å bestille eller kjøpe disse tjenestene eksternt – og vi frykter folkehelsearbeidet og det helsefremmende tannhelsearbeidet vil lide sterkt i disse kommunene.

(...) Ikke minst ved en oppsplitting av tjenestene i små kommuner, vil det langsiktig forebyggende arbeidet settes under press. Det kan medføre dårligere tannhelse hos utsatte grupper som trenger ekstra tilsyn og tannpleie. Helsefremmende arbeid fremheves alltid som viktig, men det taper ofte kampen om ressursene når disse skal fordeles. Utfordringen er at det er vanskelig å tallfeste og måle kortsiktige resultater av langsiktig forebyggende arbeid.»

Andre høringsinstanser ser i større grad fordeler ved at kommunene overtar ansvaret for helsefremmende og forebyggende tannhelsearbeid. Blant disse er *Hole kommune, Kongsberg kommune, Larvik kommune, Lier kommune, Modum kommune, Nedre Eiker kommune, Notodden kommune og Øvre Eiker kommune* som påpeker at alle forhold i samfunnet som fremmer god folkehelse, fremmer også god tannhelse og omvendt. De viser til at ved å integrere allmenntannhelsetjenester i kommunen vil kommunen lettere kunne se utviklingstrekk i befolkningens tannhelse i sammenheng med andre helse- og sykdomsforhold og bruke det som grunnlag for det forebyggende arbeidet.

Det er få høringsinstanser som uttaler seg om det konkrete lovforslaget i høringsnotatet. *Helsedepartementet* støtter departementets forslag om endringer i folkehelse-loven og er enige i at det helsefremmende og forebyggende arbeidet i tannhelsetjenesten ivaretas i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-4, samt i den nye bestemmelsen § 3-2 b. Videre uttaler *Den norske tannlegeforening*:

«Primærforebyggende tiltak bør prioriteres, og folkehelsearbeid må fortsatt være viktig for tannhelsetjenesten. (...) Tannhelsetjenestelovens bestemmelse om at forebyggende tiltak skal prioriteres foran behandling foreslås ikke videreført. NTF legger til grunn at det forebyggende arbeid og behandling skal ha lik prioritet. Dette forutsetter at det er tilstrekkelige ressurser til å løse de lovpålagte oppgavene.»

10.10.5 Departementets vurderinger og forslag

Overføringen av det offentliges ansvar for tannhelsetjenester fra fylkeskommunen til større og

mer robuste kommuner medfører at fylkeskommunen ikke lenger vil ha de samme virkemidlene for å drive folkehelsearbeid etter folkehelseloven § 20. Oppgaveoverføringen innebærer imidlertid ikke at fylkeskommunens folkehelseansvar tømmes for innhold. Det vises til at folkehelseloven er sektorovergripende og bygd på prinsippet om «helse i alt vi gjør». Det innebærer at plikten til å fremme folkehelsen vil gjelde innenfor de samfunnssektorer som fylkeskommunen fortsatt vil ha ansvar for, som for eksempel samferdsel og videregående opplæring. Dessuten vil fylkeskommunen fremdeles ha plikt til å understøtte kommunenes folkehelsearbeid samt holde oversikt over helsetilstanden blant befolkningen i fylket, blant annet basert på årlige folkehelseprofiler utarbeidet av Folkehelseinstituttet. Fylkeskommunen vil ikke lenger selv besitte informasjon om tannhelse i samme grad som før, men må innhente slik informasjon fra kommunen, jf. folkehelseloven § 21.

Oppgaveoverføringen innebærer at kommunen får et noe utvidet ansvar for folkehelsearbeid etter folkehelseloven. Samtidig får kommunen større mulighet til å se utviklingstrekk i befolkningens tannhelse i sammenheng med andre helse- og sykdomsforhold og dermed få et samlet bilde av innbyggernes helse- og sykdomstilstand samt faktorer som kan påvirke denne. De oppgaver som fylkeskommunen i dag er pålagt etter folkehelseloven §§ 20 og 21 vil derfor bli ivaretatt av kommunen etter §§ 4 og 5. Den tannhelsefaglige kompetansen til å utføre oppgaver vil i utgangspunktet følge personellet i forbindelse med virksomhetsoverdragelsen, jf. punkt 10.22.2.

Oppgaveoverføringen innebærer også en endring av pliktsubjektet og dermed en sterkere forankring av ansvaret for helsefremmende og forebyggende arbeid på tannhelseområdet hos kommunen som sådan. I motsetning til det som følger av tannhelsetjenesteloven § 1-3 første ledd første punktum og § 1-2 første punktum, vil dette ansvaret ikke lenger tilligge tannhelsetjenesten alene som kommunal tjeneste/etat og ansvaret vil heller ikke være begrenset av virkemidler som kun finnes innenfor kommunens tannhelsetjeneste.

Når det gjelder kommunens fremtidige ansvar for helsefremmende og forebyggende tannhelsearbeid, vil bestemmelsene i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-3 og folkehelseloven § 4 slik de lyder i hovedsak være dekkende for det befolkningsrettede arbeidet på tannhelsefeltet. Dagens ansvar for å organisere forebyggende tannhelsetiltak for hele befolkningen gjennom opplysning, råd og veiledning mv., vil ligge innbakt i helse- og

omsorgstjenesteloven § 3-3 første ledd. Ansvaret for folkehelsearbeid på individ-/gruppenivå vil bli videreført ved at dagens bestemmelse i tannhelsetjenesteloven § 1-3 første ledd andre punktum bokstav a til e tas inn i ny § 3-2 b i helse- og omsorgstjenesteloven.

I tråd med forslaget i høringsnotatet, finner departementet det ikke hensiktsmessig å videreføre bestemmelsen i tannhelsetjenesteloven § 1-3 andre ledd tredje punktum som slår fast at forebygging skal prioriteres før behandling. Hverken lovforarbeidene eller stortingsbehandlingen gir utfyllende kommentarer til bestemmelsen. Bestemmelsen kan ikke forstås slik at den påvirker tilbudet til pasienter som allerede har behov for behandling. Derimot pålegger den tannhelsetjenesten generelt å prioritere forebyggende innsats fremfor behandling ved utforming av tilbudet. Bestemmelsen må ses i lys av situasjonen på tidspunktet for vedtakelsen av tannhelsetjenesteloven hvor det var viktig å sikre forebyggende innsats i en overgangsperiode mens et landsdekkende behandlingstilbud fortsatt var under oppbygging rundt om i fylkene. Departementet kan imidlertid ikke se at det lenger er behov for å detaljstyre kommunenes tjenesteutføring gjennom prioriteringsbestemmelser direkte nedfelt i lov. Det bør i prinsippet være opp til kommunene selv å vurdere relevante tiltak for å oppfylle sitt lovpålagte ansvar. Forebyggende tannhelsetiltak overfor befolkningen vil inngå som en del av kommunens lovpålagte ansvar for helsefremmende og forebyggende arbeid etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-3. Videre vil kommunene ha plikt til å gi et regelmessig og oppsøkende tilbud til bestemte persongrupper som har rettigheter til nødvendig tannhelsehjelp. Dette er ett av de viktigste tiltakene på individnivå. På den måten vil det forebyggende tannhelsearbeidet fortsatt bli ivaretatt.

I den grad det er behov for å legge statlige føringer for prioriteringer når det gjelder oppgaveløsningen, hører spørsmål knyttet til forholdet mellom forebygging og behandling naturlig mer hjemme i nasjonale retningslinjer og prioriteringsveiledere. Helsedirektoratet er tillagt oppgaven med å utvikle, formidle og vedlikeholde nasjonale faglige retningslinjer og veiledere som understøtter de mål som er satt for helse- og omsorgstjenesten, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 12-5. Helsedirektoratet har under utarbeiding en nasjonal faglig retningslinje for tannhelsetjenester til barn og unge («TannBarn»), som forventes ferdigstilt i 2017. Det vises for øvrig til departementets vurdering og forslag under punkt 10.9.10 når

det gjelder de ulike prioriteringsbestemmelsene i tannhelsetjenesteloven.

Departementet opprettholder etter dette forslaget i høringsnotatet om regulering av kommunens ansvar for helsefremmende og forebyggende tannhelsearbeid i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-3, uten at det er behov for tilpasninger. Forslaget er i hovedsak en videreføring av gjeldende rett. I tråd med forslag i høringsnotatet foreslås det også at henvisningen til begrepet «tannhelsetjenesten» i folkehelseloven § 21 tas ut, som følge av at tannhelsetjenester ikke lenger vil være en del av fylkeskommunens lovpålagte oppgaver.

10.11 Forholdet til privat tannhelsevirksomhet

Under dette punktet drøftes spørsmålet om å videreføre gjeldende lovbestemmelser om fylkeskommunens adgang til å inngå avtaler med privatpraktiserende tannhelsepersonell om pasientbehandling, jf. punkt 10.11.1. Videre drøftes spørsmålet om departementet gjennom forskrift skal ha adgang til å stille krav til private ytere av tannhelsetjenester som ikke har avtale med kommunen, jf. punkt 10.11.2.

10.11.1 Avtaler med private tjenesteytere

10.11.1.1 Gjeldende rett

Tannhelsetjenesteloven

Det følger av tannhelsetjenesteloven § 1-1 tredje ledd at Den offentlige tannhelsetjenesten omfatter tannhelsetjeneste som utføres på gruppene som er nevnt i loven § 1-3 enten av fylkeskommunens ansatte eller av privatpraktiserende tannleger som har inngått avtale med fylkeskommunen etter loven § 4-1. Bestemmelsen understreker fylkeskommunens frihet til å inngå avtale med private for å gi et tannhelsetilbud til bestemte persongrupper i befolkningen. Fylkeskommunens ansvar for å sørge for nødvendig tannhelsehjelp til disse gruppene kan ivaretas ved at fylkeskommunen selv yter tjenestene eller henviser pasienten til private tannleger som har avtale med fylkeskommunen. Det nærmere innholdet i begrepet «Den offentlige tannhelsetjenesten» er beskrevet under punkt 10.6.2 i proposisjonen.

Av § 4-1 første ledd fremgår at dersom pasientens utgifter til tannpleie helt eller delvis skal kunne godtgjøres av fylkeskommunen, jf. § 5-1 andre ledd, må den privatpraktiserende tannlegen

ha skriftlig avtale med fylkeskommunen. Avtaler som nevnt i § 4-1 kan ikke overdras, jf. § 4-1 andre ledd.

Tannhelsetjenesteloven § 4-2 første ledd inneholder bestemmelser som stiller krav til at ledig avtale skal kunngjøres slik at interesserte kan melde seg og at avtale skal inngås med den som er faglig best skikket. Bestemmelsen tilsvarende kommunehelsetjenesteloven § 4-1 første ledd som ikke er videreført i helse- og omsorgstjenesteloven. Loven § 4-2 andre ledd inneholder en hjemmel for at departementet kan gi forskrifter om privat virksomhet innen Den offentlige tannhelsetjenesten, om kunngjøring, om fremgangsmåte ved valg blant søkere og om avtalevilkår. Slik forskrift er ikke gitt.

Det følger av § 5-1 andre ledd at pasientens utgifter til behandling som er utført i privat praksis etter avtale med fylkeskommunen, helt eller delvis skal dekkes av fylkeskommunen på samme måte som om tilbudet hadde vært gitt av fylkeskommunens ansatte tannleger.

Helse- og omsorgstjenesteloven

Helse- og omsorgstjenesteloven gjelder for helse- og omsorgstjenester som tilbys eller ytes i riket av kommunen og private som har avtale med kommunen, når ikke annet følger av loven her, jf. § 1-2 første ledd.

Videre fremgår det av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 femte ledd første punktum at kommunens ansvar for å sørge for tilgjengelige helse- og omsorgstjenester, kan ivaretas enten ved at kommunen selv yter tjenestene eller ved at kommunen inngår avtale med andre offentlige eller private tjenesteytere. Det betyr at det er kommunen som har det overordnede ansvaret for å sørge for et nødvendig og forsvarlig tilbud, selv om tjenestene ytes av andre etter avtale. Kommunen kan med andre ord ikke organisere seg bort fra dette ansvaret. Loven § 3-1 femte ledd andre punktum inneholder et forbud mot overdragelse av slike avtaler.

Av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 fjerde ledd første punktum fremgår at departementet i forskrift kan gi nærmere bestemmelser om privat helse- og omsorgsvirksomhet i kommunen, herunder om kvalitets- og funksjonskrav. Dette gjelder også private tjenesteytere som ikke har avtale med kommunen, jf. § 3-2 fjerde ledd andre punktum.

Utgifter til privat praksis som drives etter avtale med kommunen, skal helt eller delvis dekkes av kommunen etter nærmere avtale mellom

den privatpraktiserende og kommunen, jf. loven § 11-1 tredje ledd.

10.11.1.2 Forslag i høringsnotatet

I høringsnotatet foreslo departementet å ikke videreføre den gjennomgående begrensningen i tannhelsetjenesteloven om at fylkeskommunens sørge for ansvar og finansieringsansvar for tannhelsetjenester til bestemte persongrupper bare kan oppfylles ved å inngå avtale med privatpraktiserende tannleger, og ikke med annet tannhelsepersonell.

Videre foreslo departementet å ikke videreføre bestemmelsen i tannhelsetjenesteloven som setter vilkår for tildeling av avtale i form av kunngjøring av ledig avtale, faglig skikkethet mv. Departementet foreslo heller ikke å videreføre den del av hjemmelen i tannhelsetjenesteloven som gir adgang til å gi forskrift om kunngjøring, fremgangsmåte ved valg av søkere og om avtalevilkår. Den del av hjemmelen som gir adgang til å forskriftsregulere privat virksomhet innen Den offentlige tannhelsetjenesten, ble likevel foreslått videreført gjennom den tilsvarende bestemmelsen i helse- og omsorgstjenesteloven. Dette forslaget er nærmere omtalt under punkt 10.11.2.

Departementet foreslo å videreføre forbudet mot overdragelse av avtaler med private tannleger, ved å gi den tilsvarende forbudsbestemmelsen i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 femte ledd anvendelse for avtaler med tannhelsepersonell.

I høringsnotatet ba departementet om tilbakemelding fra høringsinstansene på om det er behov for å ta inn ytterligere særregler og unntak for tannhelsetjenester i helse- og omsorgstjenesteloven, sett i lys av at disse tjenestene på landsbasis i hovedsak er privat organisert og finansiert.

10.11.1.3 Høringsinstansenes syn

Den norske tannlegeforening (NTF) mener det må vurderes å ta inn et eget kapittel i helse- og omsorgstjenesteloven om forholdet mellom kommunene og privat tannhelsetjeneste, sett i lys av at tannhelsetjenesteloven har et eget kapittel 4 om forholdet mellom fylkeskommune og privat tannhelsetjeneste. NTF mener regulering i et eget kapittel vil synliggjøre de materielle endringene som foreslås for privat tannhelsetjeneste og begrunner dette med det store innslag av tannleger som driver helprivat uten offentlige driftstilskudd.

NTF er uenig i departementets vurdering av at tannhelsetjenestelovens bestemmelser om at avtale inngås med tannlege ikke bør videreføres, men at det i stedet åpnes for at avtale også kan inngås med tannpleier, jf. den mer generelle formuleringen «private tjenesteytere» i helse- og omsorgstjenesteloven. NTF mener at tannlegen fortsatt må være faglig leder av tannhelseteamet og ha det overordnede ansvaret for pasientbehandlingen. NTF er bekymret for at departementets forslag vil kunne medføre at en tannpleier kan avgjøre om en pasient skal få tilgang til odontologisk fagkompetanse eller ikke, ved at pasienten må «henvises» fra tannpleier til tannlege. Dette er ikke faglig forsvarlig. NTF kan derfor ikke se at det foreligger et reelt behov for at kommunene skal kunne inngå avtaler om kjøp av tjenester fra privatpraktiserende tannpleier. Selvstendig behandlingsansvar for tannpleiere, i den utstrekning høringsnotatet synes å legge opp til, vil ikke kunne ivareta kommunens lovpålagte ansvar. NTF er bekymret for at enkelte kommuner av økonomiske årsaker kan velge å gi tannpleiere ansvar og oppgaver de ikke har kompetanse til innenfor rammene for forsvarlighetsprinsippet.

Når det gjelder forslaget om å ikke videreføre bestemmelsen i tannhelsetjenesteloven som setter vilkår for tildeling av avtale i form av kunngjøring av ledig avtale, krav til faglig skikkethet mv., mener NTF at departementet i sin redegjørelse feilaktig har sett bort fra at det for tannhelsetjenesten er aktuelt med avtaler om kjøp av tannhelsetjenester, i motsetning til tildeling av avtalehjemler (driftstilskudd) som for andre helsepersonellgrupper som for eksempel fastleger og fysioterapeuter. NTF er ikke enig i at det eksisterer et ulovfestet kontraktsrettslig kvalifikasjonsprinsipp også ved tjenestekjøp. NTF mener dette tilsier at departementet bør vurdere å videreføre bestemmelsen i tannhelsetjenesteloven § 4-2 første ledd, herunder bestemmelsen om at kommunen er forpliktet til å kunngjøre at interesserte kan melde seg og at avtale skal inngås med den som er faglig best skikket.

10.11.1.4 Departementets vurderinger og forslag Inngåelse av avtale med privat tannlege og annet tannhelsepersonell

Kommunens sørge for ansvar etter helse- og omsorgstjenesteloven kan også oppfylles ved å inngå avtaler med «private tjenesteytere». Det vil si at loven er profesjonsnøytral på dette punktet. Til sammenligning er fylkeskommunens adgang

til å inngå avtaler med private etter tannhelsetjenesteloven begrenset til å omfatte avtaler med «privatpraktiserende tannlege». Loven er i praksis til hinder for at fylkeskommunen kan oppfylle sitt ansvar for å sørge for forebyggende tiltak og/eller et regelmessig og oppsøkende tilbud til bestemte persongrupper ved å inngå avtale med privat tannpleier. Det ligger dermed enkelte personellmessige begrensninger nedfelt i tannhelsetjenesteloven når det gjelder fylkeskommunens organisering og finansiering av tannhelsetjenester som den har ansvar for.

Departementet vil i denne sammenheng understreke at det ikke er et krav i tannhelsetjenesteloven at fylkeskommunen må ha ansatt tannlege eller tannpleier, eller at undersøkelse, diagnostikk og behandling må utføres av tannlege. I forbindelse med endringer i tannhelsetjenesteloven og enkelte andre lover som følge av arbeidet med forenkling av statlig regelverk rettet mot kommunesektoren, jf. Ot.prp. nr. 54 (2001–2002) punkt 7.3 side 22, uttalte Helsedepartementet blant annet:

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

Det ble på denne bakgrunn foretatt justeringer av begrepsbruken i bestemmelsene om rett til nødvendig tannhelsehjelp i § 2-1 og plikt til å dekke skyssutgifter i § 5-1. Av hensyn til harmonisering med helse- og omsorgstjenestelovens bestemmelser som har en mer generell ordlyd, er det etter departementets vurdering ikke lenger hensiktsmessig å videreføre en slik lovfestet begrensning i den kommunale organisasjonsfriheten. For å ivareta ansvaret for den nye oppgaven, bør det i lovverket tas høyde for at kommunen ved behov har mulighet til å inngå avtale med annet privatpraktiserende helsepersonell enn tannleger om å utføre tannhelsetjenester på vegne av kommunen. Fylkeskommunens ansatte tannpleiere ivaretar i dag langt på vei de regelmessige tannhelseundersøkelsene av barn og unge samt det oppsøkende tilbudet til beboere i institusjon og overfor de som mottar hjemmesykepleie. Gjennom innføring av stønad fra folketrygden til undersøkelse og behandling hos privatpraktiserende tannpleier, er det forutsatt at tannpleiere har fått et mer selvstendig behandlingsansvar, særlig ved behandling av periodontitt. På generelt grunnlag ligger det innenfor rammene av forsvarlighetskravet at tannpleiere utfører denne type undersøkelser og

behandling. Per i dag er det på landsbasis om lag 40 til 50 tannpleiere som er selvstendig næringsdrivende. Det er derfor ikke grunn til å tro at omfanget av slike avtaler i praksis vil bli særlig høyt.

Departementet fastholder forslaget i høringsnotatet om at helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 femte ledd bør erstatte gjeldende bestemmelse i tannhelsetjenesteloven § 4-1 første ledd, slik at kommunen ved behov får mulighet til å inngå avtaler også med annet tannhelsepersonell enn tannleger. Forslaget er nytt i forhold til gjeldende rett. Departementet understreker at dette forslaget må ses i sammenheng med forslaget om å lovfeste krav til at kommunen må ha tilknyttet tannlege, jf. punkt 3.6.5 i proposisjonen. Det betyr at kommunen kan ikke ved å inngå avtale med privat tannpleier om å utføre tjenester for kommunen, fri seg fra kravet om å knytte til seg tannlege.

Inngåelse av avtale med privat tannhelsepersonell for at pasientens utgifter skal dekkes

Når det gjelder spørsmålet om videreføring av bestemmelsen i tannhelsetjenesteloven § 4-1 første ledd, jf. § 5-1 som stiller krav til avtale med privatpraktiserende tannlege for at pasientens behandlingsutgifter skal godtgjøres av fylkeskommunen, er dette behandlet i punkt 10.19.1 om finansiering og egenbetaling.

Forbud mot overdragelse av avtaler med private tjenesteytere

Med hensyn til spørsmålet om å videreføre forbudet mot å overdra avtaler med private ytere av tannhelsetjenester, vises det til departementets uttalelser i Prop. 91 L (2010–2011) punkt 14.4.3.2 side 164 følgende:

«Departementet anser at avtaler om å yte tjenester for det offentlige mot kompensasjon ikke skal omsettes i det private markedet. Selv om forbudet mot å overdra avtaler om å yte helse- og omsorgstjenester for kommunen kunne vært regulert i de enkelte avtalene, mener departementet at prinsippet er så viktig at det bør lovfestes, se forslaget til ny lov § 3-1 femte ledd.»

Departementet fastholder på denne bakgrunn forslaget om å videreføre forbudet i tannhelsetjenesteloven ved at helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 femte ledd gis anvendelse for avtaler med private ytere av tannhelsetjenester. Forbudet mot

overdragelse understreker at avtaleforholdet er personlig. Forbudet er rettet mot den private tjenesteyteren. Departementet understreker at forbudet ikke er til hinder for at kommunen ved tidspunktet for overføringen av ansvaret for tannhelsetjenester kan tre inn i og overta fylkeskommunens debitorstilling med rettigheter og plikter etter avtalen. Det vises til lovforslag i forbindelse med virksomhetsoverdragelsen under punkt 10.22.3.

Krav til kunngjøring av avtale og faglig skikkethet

Når det gjelder lovfesting av vilkår for tildeling av avtale i form av kunngjøring og krav til faglig skikkethet, har departementet vurdert dette spørsmålet i Prop. 91 L (2010–2011) punkt 14.4.3.3:

«Kommunen vil uavhengig av bestemmelsene i ny helse- og omsorgstjenestelov måtte følge de alminnelige reglene for ansettelse og avtaleinngåelse. Ifølge det ulovfestede kvalifikasjonsprinsippet er hovedregelen krav om utlysning av offentlige stillinger og at den best kvalifiserte søkeren skal få stillingen. Disse kravene gjelder enhver yrkesgruppe i kommunal sektor, uavhengig av en lovfesting. Det er derfor etter departementets oppfatning heller ikke naturlig å lovfeste slike allmenngyldige forvaltnings- og kontraktsrettslige prinsipper i ny lov om helse- og omsorgstjenester. Departementet er på denne bakgrunn kommet til at bestemmelsen i dagens kommunehelsetjenestelov § 4-2 første ledd ikke bør videreføres.»

Departementets uttalelser i lovforarbeidene er direkte relatert til avtaler som kommunen inngår med private tjenesteytere om driftstilskudd til virksomheten, som for eksempel fastleger og fysioterapeuter. Avtaler med private ytere av tannhelsetjenester dreier seg i hovedsak om tjenestekjøp. Departementet understreker imidlertid at kommunen uansett må følge reglene om offentlige anskaffelser. Disse reglene skal sikre åpenhet, transparens og forhindre forskjellsbehandling mellom anbydere i prosessen med å velge leverandører av tjenester. Kommunen må ved vurdering av innkomne tilbud kunne legge vekt på objektive forhold knyttet til pris og kvalitet. Pris er et relevant hensyn ved utvelgelse av tjenestetilbydere fordi kvalitet normalt koster. Det følger av regelverket for offentlige anskaffelser at også hensynet til hvem som er faglig best skikket sett hen til forsvarlighetskravet, kan tillegges vekt. Etter departementets vurdering vil videreføring

av et ufravikelig lovkrav om at avtale med private ytere av tannhelsetjenester må inngås med den som er faglig best skikket være uheldig fordi et slikt krav vil legge bindinger på den kommunale handlefriheten i forbindelse med avtaleinngåelse. Denne type lovkrav vil også skape uryddighet i forhold til hvilke regler som gjelder ved avtaleinngåelsen. Anskaffelsesreglenes formål er nettopp å legge til rette for ryddige prosesser knyttet til det offentliges avtaler med private.

Departementet opprettholder på denne bakgrunn forslaget om ikke å videreføre bestemmelsen i tannhelsetjenesteloven § 4-2 første ledd i helse- og omsorgstjenesteloven. Forslaget innebærer en endring i forhold til det som følger av tannhelsetjenesteloven, men er i tråd med det som er lagt til grunn for øvrige kommunale helse- og omsorgstjenester.

Hjemmel for å gi forskrift om privat tannhelsevirksomhet, kunngjøring, avtalevilkår mv.

Når det gjelder tannhelsetjenesteloven 4–2 andre ledd som gir hjemmel for å forskriftsregulere privat virksomhet innen Den offentlige tannhelsetjenesten mv., finner departementet at hjemmelen bør videreføres i en mer generell form slik det er gjort i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 fjerde ledd. I og med at de lovfestede kravene til kunngjøring av ledig avtale og inngåelse av avtale med den som er faglig best skikket ikke foreslås videreført, vil det heller ikke være behov for å videreføre denne delen av forskriftshjemmelen ved innpassing i helse- og omsorgstjenesteloven. Spørsmålet om forskriftsregulering av krav til private ytere av tannhelsetjenester som ikke har avtale med kommunen, omtales nærmere under punkt 10.11.2.

10.11.2 Private tjenesteytere uten avtale med kommunen

10.11.2.1 Gjeldende rett

Tannhelsetjenesteloven § 1-1 andre ledd slår fast at fylkeskommunen har ansvar for Den offentlige tannhelsetjenesten. Begrepet «Den offentlige tannhelsetjenesten» er avgrenset i § 1-1 tredje ledd, hvor det fremgår at Den offentlige tannhelsetjenesten omfatter tannhelsetjenester utført av fylkeskommunens egne ansatte eller av privatpraktiserende tannleger som har avtale med fylkeskommunen etter § 4-1 om å gi et tilbud til persongruppene nevnt i § 1-3. Tannhelsetjenesteloven § 4-2 andre ledd åpner for at departementet

kan gi nærmere forskrifter om «privat tannhelsevirksomhet innen Den offentlige tannhelsetjenesten».

Det følger av helse- og omsorgstjenesteloven § 1-2 første ledd at loven gjelder for tjenester som tilbys eller ytes av kommunen eller private som har avtale med kommunen, «når ikke annet følger av loven her». Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 fjerde ledd første punktum gir departementet adgang til å gi nærmere bestemmelser om privat helse- og omsorgsvirksomhet i kommunen, herunder om kvalitets- og funksjonskrav. Det fremgår av § 3-2 fjerde ledd andre punktum at dette også gjelder private tjenesteytere som ikke har avtale med kommunen.

Når det gjelder fastleggingen av det nærmere innholdet i og rekkevidden av ovennevnte bestemmelser, vises det til departementets vurderinger under punkt 10.11.2.4.

10.11.2.2 Forslag i høringsnotatet

I høringsnotatet foreslo departementet at forskriftshjemmelen i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 fjerde ledd andre punktum også bør kunne gis anvendelse for å regulere virksomheten til private ytere av tannhelsetjenester som ikke har avtale med kommunen. Departementet la til grunn at det kunne være behov for å stille krav til privat tannhelsevirksomhet om for eksempel særskilte kvalifikasjoner, kapasitet, deltakelse i folkehelsearbeid og opplysninger som er relevante i forbindelse med ivaretagelse av ansvaret for å samordne offentlig tannhelsetjeneste og privat tannhelsevirksomhet.

10.11.2.3 Høringsinstansenes syn

Helsedirektoratet er positiv til at forskriftshjemmelen i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 fjerde ledd også gis anvendelse for tannhelsetjenester som utføres av private som ikke har avtale med kommunen.

De øvrige høringsinstansene støtter ikke departementets forslag. *Den norske tannlegeforening (NTF)* går sterkt imot forslaget om at departementet i forskrift skal kunne regulere privatpraktiserende tannleger som ikke har avtale med kommunen. NTF mener at forslaget åpner for regulering av ett fritt yrke, uten noen form for reell begrunnelse eller utredning av behov og konsekvenser. Forslaget fremstår ifølge NTF som svært kontroversielt, og vil kunne få store konsekvenser for en helprivat tannhelsetjeneste. NTF hevder at forslaget representerer et utilbørlig inn-

grep overfor en yrkesprofesjon hvor 70 prosent av virksomheten foregår i privat regi, helt uten finansiering fra det offentlige. NTF mener lovens forarbeider, formålet med og forutsetningene for helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 fjerde ledd andre punktum innebærer at departementet fortolker forskriftshjemmelen feil. Etter NTFs vurdering er bestemmelsen så lite gjennomtenkt, så uklar og ubegrunnet at den bør vurderes opphevet. Der som departementet fastholder sin tolkning av bestemmelsen, er det etter NTFs vurdering behov for en særregel om at privat tannhelsetjeneste uten avtale med kommunen unntas fra bestemmelsen. NTF viser til at kommunen overtar det samme ansvaret som fylkeskommunen har hatt for å samordne offentlig og privat tannhelsetjeneste og sørge for tilgjengelige tannhelsetjenester. Det er etter NTFs syn ingen holdepunkter for at kommunene har større behov for en slik forskriftshjemmel enn fylkeskommunene.

Det odontologiske fakultet ved Universitetet i Oslo er også negativ til departementets forslag. Fakultetet viser til at hjemmelen som foreslås også å gjelde privatpraktiserende tannleger uten kommunal avtale, til nå ikke er benyttet for øvrige helsetjenester. Skulle det oppstå endringer i tannhelsetilbudet som krever ytterligere behov for offentlig styring av privat sektor, bør dette skje etter politisk behandling. Fakultetet kan ikke se hensiktsmessigheten i at forskriftshjemmelen også kan gis anvendelse for tannhelsetjenester som utføres av private som ikke har avtale med kommunen. Fakultetet peker på at behovet for å regulere privat tannhelsevirksomhet etter folketrygdloven allerede er ivaretatt gjennom departementets hjemmel til å lage forskrift og rundskriv.

Norsk forening for kjeve- og ansiktsradiologi (NFKAR) er sterkt imot forslaget og viser til at tannlegespesialister, og i særdeleshet spesialister i kjeve- og ansiktsradiologi, i all hovedsak vil motta henvisninger fra flere enn én kommune. I tillegg til det rent prinsipielle ved å pålegge urimelige reguleringskrav for private tjenesteytere som fullt ut opererer i det frie markedet, synes det etter NFKARs mening komplisert og lite hensiktsmessig at en kommune skal kunne regulere virksomheter som i stor grad yter tjenester ut over kommunegrensene.

Norsk forening for odontofobi synes det er bekymringsfullt at det åpnes for økt regulering av private tannleger som ikke har avtale med kommunen.

Akademikerne støtter ikke forslaget og peker i sitt hørings svar blant annet på at helprivate virk-

somheter ikke kan reguleres i en lov om kommunale tjenester.

10.11.2.4 Departementets vurderinger og forslag

Adgangen til å gi forskrift om krav til private tjenesteytere uten avtale med kommunen

Tannhelsetjenesteloven gjelder kun for det offentliges ansvar for tannhelsetjenester. Loven gjelder for private tannleger som utfører behandling etter avtale med fylkeskommunen, siden dette vil være en del av fylkeskommunens ansvar. Privatpraktiserende tannleger uten avtale med fylkeskommunen kan derfor ikke pålegges forpliktelser etter loven. Privatpraktiserende tannleger vil bare bli direkte berørt ved at fylkeskommunen inngår avtale med dem om å yte tjenester til bestemte persongrupper.

Tannhelsetjenesteloven åpner ikke for å regulere private tjenesteytere uten avtale med fylkeskommunen, med mindre dette følger særskilt av de enkelte bestemmelsene i loven. Dette vil derfor måtte bero på en tolkning av den enkelte lovbestemmelse. Det må imidlertid kreves klare holdepunkter i loven eller forarbeidene for å pålegge private tjenesteytere plikter. Departementet legger til grunn at det er ingen bestemmelser i tannhelsetjenesteloven som åpner for å stille krav til private tjenesteytere som ikke har inngått avtale om å yte tjenester på vegne av fylkeskommunen. Det vises blant annet til departementets vurderinger under punkt 10.16 av lovbestemmelser som pålegger kommunen særlige plikter og oppgaver.

Tannhelsetjenesteloven § 4-2 andre ledd åpner som nevnt for at departementet kan gi nærmere forskrifter om «privat tannhelsevirksomhet innen Den offentlige tannhelsetjenesten». Bestemmelsen er bygget over samme lest som den tidligere bestemmelsen i kommunehelsetjenesteloven § 4-2 andre ledd som ga departementet adgang til å gi nærmere forskrifter om «privat virksomhet innen helsetjenesten i kommunene». Bestemmelsene må forstås på samme måte, jf. begrensningen som ligger i begrepet «Den offentlige tannhelsetjenesten». Det vil si at forskriftshjemmelen i tannhelsetjenesteloven er begrenset til å omfatte regulering av virksomheten til private tannleger som har avtale med fylkeskommunen, og ikke private tannleger forøvrig.

Departementet kan etter dette slå fast at tannhelsetjenesteloven ikke åpner for å regulere i forskrift virksomheten til private ytere av tannhelsetjenester som ikke er tilknyttet den fylkeskommu-

nale tannhelsetjenesten, ved å pålegge dem plikter etter loven.

Det følger av helse- og omsorgstjenesteloven § 1-2 første ledd at loven gjelder for tjenester som tilbys eller ytes av kommunen eller private som har avtale med kommunen, «når ikke annet følger av loven her». Utgangspunktet er dermed at loven ikke gjelder for private tjenesteytere uten avtale med kommunen, med mindre dette følger særskilt av de enkelte bestemmelsene i loven.

En slik hjemmel finnes i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 fjerde ledd første punktum, hvor det fremgår at departementet har adgang til å gi nærmere bestemmelser om privat helse- og omsorgsvirksomhet i kommunen, herunder om kvalitets- og funksjonskrav. Det er presisert i § 3-2 fjerde ledd andre punktum at dette også gjelder private tjenesteytere som ikke har avtale med kommunen. Av spesialmerknadene til bestemmelsen i Prop. 91 L (2010–2011) side 490, fremgår det at bestemmelsen er en videreføring av kommunehelsetjenesteloven § 4-2 andre ledd og sosialtjenesteloven § 7-10. Videre heter det:

«Presiseringen av at det blant annet kan gis kvalitets- og funksjonskrav er ny, men innebærer ingen endret rettstilstand. Det samme gjelder presiseringen av at forskriftene vil kunne regulere private tjenesteytere som ikke har avtale med kommunen.»

I tråd med ovennevnte uttalelser, legger departementet til grunn at bestemmelsen i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 fjerde ledd andre punktum er en videreføring av sosialtjenesteloven § 7-10. Denne bestemmelsen ga hjemmel for at Kongen kunne gi forskrifter om krav knyttet til bygninger, utstyr, bemanning, ansattes utdanning mv. for private institusjoner og boliger med heldøgns omsorgstjeneste som ikke var tatt inn i kommunens plan. I Prop. 91 L (2010–2011) punkt 14.4.3.1 side 163–164 beskrives utfordringer knyttet til private kommersielle virksomheter som etablerer døgnbaserte bolig- og tjenestetilbud ment for brukere med store og sammensatte tjenestebehov ved rusavhengighet, psykiske problemer og atferdsproblematikk mv., der kommuner i et større geografisk område får tilbud om å kjøpe plasser. Ved kjøp av enkeltplasser kan det være utfordrende for kommunen å ha god oversikt over den daglige driften av en virksomhet som ligger utenfor kommunen.

Departementet legger til grunn at bakgrunnen for forslaget til § 3-2 fjerde ledd andre punktum har vært hensynet til å kunne føre tilsyn og kon-

troll med denne type private virksomheter som ikke nødvendigvis har avtale med en kommune om ytelse av tjenester. I lovforarbeidene fremheves behovet for å presisere private virksomheters selvstendige ansvar for å overholde plikter etter lovverket, herunder internkontroll mv. I tilfeller der kommunen har avtale med en privat virksomhet, vil kommunene nettopp gjennom avtalen ha ansvar for og mulighet til å etablere gode rutiner for å følge opp om tjenestene leveres i tråd med avtalen. I lovforarbeidene påpekes det derfor at kravene til private tjenesteytere som ikke har avtale med kommunen, bør være de samme som til de virksomhetene som yter tjenester på vegne av kommunen.

Departementet ser imidlertid at det kan stilles spørsmål ved om helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 fjerde ledd andre punktum fullt ut viderefører kommunehelsetjenesteloven § 4-2 andre ledd, slik lovforarbeidene legger til grunn og slik departementet la til grunn i høringsnotatet. Det kan argumenteres for at denne bestemmelsen går utover rammene både for kommunehelsetjenesteloven og tannhelsetjenesteloven. Det vises til at ordlyden i kommunehelsetjenesteloven § 4-2 andre ledd var tilnærmet identisk med bestemmelsen i tannhelsetjenesteloven § 4-2 andre ledd, og heller ikke ga hjemmel for å regulere privat helsevirksomhet uten avtale med kommunen. På bakgrunn av ovenstående beskrivelse av bestemmelsens forarbeider og tidligere gjeldende rett forut for helse- og omsorgstjenesteloven, legger departementet til grunn at det kan reises tvil om i hvilken utstrekning helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 fjerde ledd andre punktum kan benyttes til å gi forskrift om regulering av private tjenesteytere som ikke har avtale med kommunen. Det vises særlig til det som fremgår ovenfor om at den opprinnelige bestemmelsen i den nå opphevede sosialtjenesteloven § 7-10 var ment å rette seg mot private kommersielle virksomheter som etablerer døgnbaserte bolig- og tjenestetilbud ment for brukere med store og sammensatte tjenestebehov ved rusavhengighet, psykiske problemer og atferdsproblematikk.

Behov for hjemmel til å regulere privat tannhelsevirksomhet uten avtale med kommunen

På bakgrunn av den ovenfor beskrevne tvil knyttet til rekkevidden av forskriftshjemmelen i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 fjerde ledd andre punktum, vil departementet her foreta en vurdering av om det er behov for at helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 fjerde ledd andre punktum bør

kunne gis anvendelse for private ytere av tannhelsetjenester som ikke har avtale med kommunen.

Departementet har merket seg høringsinstansenes innvendinger mot dette forslaget. Etter departementets vurdering må det tas i betraktning at lovbestemmelsen gir mulighet for å pålegge privatpraktiserende tannhelsepersonell plikter langt utover det som følger av tannhelsetjenesteloven. Det vises til at private tannleger uten avtale med fylkeskommunen i dag utgjør hoveddelen (om lag 70 prosent) av tannleger i klinisk praksis. Størrelsesforholdet mellom offentlige tannhelsetjenester og privat sektor er derfor et helt annet enn størrelsesforholdet mellom kommunen og private tjenesteytere uten avtale med kommunen. Regulering av slik virksomhet i forskrift vil ha et betydelig omfang. En rekke krav til privat tannhelsevirksomhet vil allerede følge av forskrift 28. oktober 2016 nr. 1250 om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Forskriften trådte i kraft 1. januar 2017 og erstatter interkontrollforskriften. Departementet viser til at begrunnelsen for hjemmelen i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 fjerde ledd andre punktum særlig er knyttet til behovet for kontroll og tilsyn med private institusjoners bolig- og tjenestetilbud til visse pasient- og brukergrupper.

Videre er det hittil kun gitt forskriftsbestemmelser om kvalitets- og funksjonskrav i fastlegeordningen, jf. den særskilte hjemmelen i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 tredje ledd. Kapittel 4 i forskrift 29. august 2012 nr. 842 om fastlegeordningen i kommunene inneholder bestemmelser om funksjons- og kvalitetskrav. Her stilles blant annet krav om tilgjengelighet innenfor åpningstid (svartid på telefon, mulighet for elektronisk timebestilling etc.), hjemmebesøk, bruk av tolk, rapportering av data til styrings- og kvalitetsformål mv. I motsetning til mesteparten av privatpraktiserende tannhelsepersonell, har om lag 90 prosent av fastlegene avtale med kommunen, mens kun 10 prosent er ansatt i kommunen. Kommunen har derfor i utgangspunktet bedre mulighet for styring av privat allmennlegevirksomhet.

Departementet legger til grunn at kommunene i praksis vil basere seg på avtaler dersom private ytere av tannhelsetjenester skal yte tannhelsetjenester på vegne av kommunen. Behovet for i forskrift å kunne regulere private ytere av tannhelsetjenester antas blant annet av den grunn heller ikke å være stort.

Sett i lys av ovenstående påpeking av at det kan reises tvil om i hvilken utstrekning helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 fjerde ledd andre punktum kan benyttes til å gi forskrift om regule-

ring av private tjenesteytere som ikke har avtale med kommunen, og departementets vurdering av at det uansett neppe vil være stort behov for å regulere private ytere av tannhelsetjenester gjennom slik forskrift, har departementet vurdert om bestemmelsen bør oppheves.

Departementet har likevel kommet til at bestemmelsen i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 fjerde ledd andre punktum bør videreføres. Det vises i den forbindelse til at bestemmelsen særlig var ment å skulle videreføre den nå opphevede sosialtjenesteloven § 7-10 som rettet seg mot private kommersielle virksomheter som etablerte døgnbaserte bolig- og tjenestetilbud ment for brukere med store og sammensatte tjenestebehov og hvor det ved kjøp av enkeltplasser kan være utfordrende for kommunen å ha god oversikt over den daglige driften av slik virksomhet som ligger utenfor kommunen. Det kan ikke utelukkes et fortsatt behov for å kunne gi regler bestemmende for denne type private kommersielle virksomheter der hvor det ikke foreligger avtale med kommunen. Departementet viser også til at Stortinget nylig har vedtatt en tilsvarende bestemmelse i helse- og omsorgstjenesteloven § 12-4 femte ledd, jf. forslag i Prop. 40 L (2015–2016) *Endringer i psykisk helsevernloven mv. (rettigheter og bruk av tvang på rusfeltet)*. I tråd med ovenstående redegjørelse legger imidlertid departementet til grunn at helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 fjerde ledd andre punktum må fortolkes innskrenkende slik at den ikke kan gis anvendelse til å stille krav også overfor private ytere av tannhelsetjenester som ikke har avtale med kommunen.

Behov for eget kapittel i helse- og omsorgstjenesteloven om privat tannhelsevirksomhet

Departementet ser det for øvrig ikke som hensiktsmessig å ta inn egne bestemmelser om forholdet til privat tannhelsevirksomhet i et eget kapittel i helse- og omsorgstjenesteloven, slik Den norske tannlegeforening foreslår. Som departementets vurderinger og forslag ovenfor viser, er behovet for særregulering lite. Departementet opprettholder heller ikke forslaget om å utvide meldepliktbestemmelsen i helse- og omsorgstjenesteloven § 5-8 til å omfatte private tjenesteytere uten avtale med kommunen, jf. punkt 10.16.6. Det er kun behov for å ta inn en bestemmelse i helse- og omsorgstjenesteloven § 11-1 som presiserer at kommunen må ha avtale med private ytere av tannhelsetjenester for at pasientens behandlingsutgifter skal dekkes av kommunen, jf. punkt

10.19.1. Dette forslaget er en videreføring av gjeldende rett.

10.12 Kommunens plikt til samhandling og samarbeid

10.12.1 Plikt til samhandling og samarbeid

10.12.1.1 Gjeldende rett

Tannhelsetjenesteloven

Tannhelsetjenesteloven § 6-3 åpner for at fylkeskommuner kan inngå avtaler med hverandre om samarbeid om lovpålagte oppgaver. Dette følger også av den alminnelige friheten fylkeskommuner har til å organisere tjenesteytingen slik den selv finner mest hensiktsmessig. Et eksempel på slikt interkommunalt samarbeid er samarbeid om etablering og drift av odontologiske spesialisttjenester, forskning, råd/veiledning og etter- og videreutdanning ved de regionale odontologiske kompetansesentrene. For øvrig finnes det ingen bestemmelser i tannhelsetjenesteloven som regulerer samarbeid eller samhandling med andre forvaltningsnivå. Tannhelsetjenesteloven gir ikke hjemmel for å påby interkommunalt samarbeid mellom flere fylkeskommuner.

Helse- og omsorgstjenesteloven

I helse- og omsorgstjenesteloven § 3-4 første ledd er det presisert at kommunens overordnede ansvar for nødvendige helse- og omsorgstjenester etter loven § 3-1 første ledd innebærer en plikt til å legge til rette for samhandling mellom ulike deltjenester innad i kommunen og med andre tjenesteytere, der dette er nødvendig for å tilby tjenester som er omfattet av loven. Videre følger det av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-4 andre ledd at kommunen er pålagt å samarbeide med fylkeskommune, regionalt helseforetak og stat, slik at helse- og omsorgstjenesten i landet best mulig kan virke som en enhet. I de generelle merknadene i Prop. 91 L (2010–2011) punkt 12.6.5 side 142 uttaler departementet at samarbeid mellom ulike deltjenester og tjenestenivå er påkrevd for at man skal være i stand til å gi den enkelte og befolkningen generelt best mulig helse- og omsorgstjeneste.

De regionale helseforetakene har plikt til å legge til rette for samarbeid mellom ulike helseforetak innad i det regionale helseforetaket, med andre regionale helseforetak, fylkeskommuner, kommuner eller andre tjenesteytere, jf. lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. § 2-

1e første ledd. Bestemmelsen svarer til helse- og omsorgstjenesteloven § 3-4 andre ledd og er tatt inn i loven for å sikre likeverdig og gjensidig forpliktende samarbeid mellom kommuner og helseforetak.

Kapittel 6 i helse- og omsorgstjenesteloven inneholder bestemmelser som stiller krav til samarbeid mellom kommuner og regionale helseforetak mv. Alle kommuner har plikt til å inngå samarbeidsavtale med foretak i helseregionen, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 6-1 første ledd. Bestemmelsen har som målsetting å fremme samhandling mellom kommuner og helseforetak. Tilsvarende plikt er derfor pålagt de regionale helseforetakene etter spesialisthelsetjenesteloven § 2-1e andre ledd. Helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2 stiller minimumskrav til innholdet i samarbeidsavtalen.

Helse- og omsorgstjenesteloven § 6-6 åpner for at departementet ved forskrift eller enkeltvedtak kan pålegge kommuner å samarbeide når det anses påkrevd av hensyn til en forsvarlig løsning av oppgaver innen kommunens helse- og omsorgstjeneste. Departementet kan gi bestemmelser om hvilke oppgaver det skal samarbeides om, og om fordelingen av utgifter.

10.12.1.2 Forslag i høringsnotatet

I høringsnotatet foreslo departementet at bestemmelsen i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-4 som pålegger kommunen plikt til å legge til rette for samhandling mellom ulike deltjenester innad i kommunen og med andre tjenesteytere der dette er nødvendig, også bør gis anvendelse for kommunens tannhelsetjeneste. Det samme gjaldt kommunens plikt til å samarbeide med andre forvaltningsnivåer til beste for helse- og omsorgstjenesten i landet. Videre foreslo departementet at hjemmelen i helse- og omsorgstjenesteloven § 6-6 som gir adgang til å pålegge interkommunalt samarbeid, også burde gjelde for kommunens tannhelsetjeneste. Departementet foreslo ikke å videreføre bestemmelsen i tannhelsetjenesteloven § 6-3 om at fylkeskommuner kan inngå samarbeidsavtaler, siden bestemmelsen anses overflødig.

10.12.1.3 Høringsinstansenes syn

Helsedirektoratet støtter departementets forslag til at helse- og omsorgstjenesteloven § 3-4 andre ledd om samarbeid med andre forvaltningsnivåer videreføres uendret, og at tannhelsetjenesteloven § 6-3 ikke videreføres da den anses overflødig.

Den norske tannlegeforening (NTF) er kritisk til forslaget om at helse- og omsorgstjenesteloven § 6-6, som gir departementet hjemmel for å påby interkommunalt samarbeid mellom kommuner, også skal få anvendelse for tannhelsetjenester. NTF mener at forslaget viser at departementet i realiteten har gått bort fra forutsetningen om store og robuste kommuner og at kommuner ikke bør kunne pålegges interkommunalt samarbeid om tannhelsetjenester.

10.12.1.4 Departementets vurderinger og forslag

Departementets vurderinger og forslag under dette punktet når det gjelder kommunens plikt knyttet til samarbeid om tannhelsetjenester, omhandler tre forhold: samhandling innad i kommunen med andre deltjenester, samarbeid med andre forvaltningsnivåer og samarbeid mellom kommuner.

Oppgaveoverføringen vil i seg selv medføre at ansatte i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten får samme arbeidsgiver og ledelse. Dette vil kunne gjøre det lettere å samarbeide internt i kommunen mellom ulike fagmiljøer, deltjenester eller kommunale etater. Tannhelsepersonell samarbeider i dag med personell ved helsestasjon, skolehelsetjeneste, barnehage, grunnskole og i kommunens barnevernstjeneste. Regelmessige tannhelseundersøkelser for barn og unge gir mulighet for at tannhelsepersonell kan gjenkjenne symptomer i munnhulen som kan gi mistanke om omsorgssvikt, spiseforstyrrelser og i enkelte tilfelle seksuelle overgrep. For å kunne gi et regelmessig og oppsøkende tilbud til personer med psykisk utviklingshemming og til grupper av eldre og uføre i institusjon og i hjemmesykepleie, samarbeider tannhelsepersonell med kommunale omsorgstjenester. Når tannhelsetjenesten blir et kommunalt ansvar vil mulige forvaltningsmessige barrierer ikke lenger være til hinder for samhandling og samarbeid mellom tannhelsepersonell og personell i øvrige kommunale tjenester. Etter departementets vurdering bør denne samhandlingen som i praksis foregår, understøttes ved at plikten til intern samhandling i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-4 første ledd også gjøres gjeldende for kommunens tannhelsetjeneste.

På enkelte områder samarbeider tannhelsepersonell med spesialisthelsetjenesten om tannhelsetilbudet til pasienter som den fylkeskommunale tannhelsetjenesten henviser for utredning og behandling i spesialisthelsetjenesten, og til pasienter som er innlagt i helseinstitusjon over tid.

Dette kan for eksempel gjelde koordinert oppfølging av barn og unge som oppholder seg på sykehus over kortere eller lengre tid og personer med rusavhengighet som mottar legemiddelassistert rusbehandling (LAR) eller annen tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Det kan også være aktuelt for kommunen og de regionale odontologiske kompetansesentrene å samarbeide med staten ved de regionale helseforetakene om tilbudet om odontologiske spesialisttjenester til befolkningen generelt og de prioriterte gruppene spesielt, og om forskning, fagutvikling og etterutdanning. Et slikt samarbeid kan inngå som en del av den lovpålagte samarbeidsavtalen mellom kommune og regionalt helseforetak. Bestemmelsen om samarbeid med andre forvaltningsnivåer i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-4 andre ledd vil omfatte kommunen som ansvarlig for tannhelsetjenester. Det kan fortsatt være aktuelt for kommunen å samarbeide med fylkeskommunen, selv om fylkeskommunen ikke lenger har ansvar for tannhelsetjenester. Det vises blant annet til at fylkeskommunen fortsatt vil være pålagt plikter knyttet til forebyggende helsearbeid etter folkehelseloven.

Bestemmelsen i helse- og omsorgstjenesteloven § 6-6 som gir departementet hjemmel for å påby interkommunalt samarbeid mellom kommuner om helse- og omsorgstjenester, er ny i forhold til gjeldende rett når det gjelder tannhelsetjenester. Etter departementets vurdering er det avgjørende for at oppgaveoverføringen i forbindelse med kommunereformen skal kunne gjennomføres på en vellykket måte, at både allmenn-tannhelsetjenester og tannbehandling som krever spesialistkompetanse er tilgjengelige for hele befolkningen i kommunen og at pasienter med rettigheter til nødvendig tannhelsehjelp får tilbud om gode og forsvarlige tjenester. Særlig i små kommuner uten egen tannklinik kan samarbeid med nabokommuner derfor være nødvendig. Departementet er av den oppfatning at samarbeid mellom kommuner i utgangspunktet bør inngås på frivillig basis. Departementet ser det likevel som nødvendig å kunne pålegge interkommunalt samarbeid i særlige tilfeller. Når det gjelder anvendelsen av påleggshjemmelen i helse- og omsorgstjenesteloven § 6-6, uttaler departementet følgende i lovforarbeidene, jf. Prop. 91 L (2010–2011) punkt 27.6.2 side 319–320:

«Departementet er av den oppfatning at et slikt samarbeid i utgangspunktet bør inngås frivillig. (...) Departementet mener likevel at det i de tilfeller hvor et slikt samarbeid likevel ikke inngås hvor dette er påkrevet, og dette utgjør

en risiko for at pasientene og brukerne ikke får de helse- og omsorgstjenester de har krav på etter loven, må departementet ha mulighet til å kunne påby et slikt samarbeid. Departementet antar imidlertid at det ikke vil være særlig aktuelt å pålegge et slikt samarbeid, fordi kommunene selv ser egen interesse av å inngå slikt samarbeid. Av hensyn til rettssikkerheten for pasientene og brukerne, vil departementet likevel foreslå å videreføre kommunehelsetjenesteloven § 1-6 første ledd, se lovforslaget § 6-6. Bestemmelsen må anses som en snever unntaksregel, hvor det skal svært mye til før departementet kan pålegge et samarbeid mellom kommuner. (...)»

Det vises i denne sammenheng til at Kommunal- og moderniseringsdepartementet i Oppgavemeldingen, jf. Meld. St. 14 (2014–2015) punkt 3.4 side 24, har varslet at departementet utreder en generell hjemmel til å pålegge interkommunalt samarbeid som vil kunne erstatte særbestemmelser om dette. Dette er også omtalt i Prop. 123 S (2015–2016) *Kommuneproposisjonen 2017*. Kommunal- og moderniseringsdepartementet arbeider med høringsnotat om forslag til en generell hjemmel i kommuneloven for å pålegge interkommunalt samarbeid, for de tilfeller der kommunene ikke er i stand til å utføre sine oppgaver på en faglig forsvarlig måte selv. Formålet med bestemmelsen er å sikre kvalitet og likeverdighet i tjenestetilbudet til innbyggerne i hele landet. Vilkårene for å pålegge samarbeid skal være strenge, slik at samarbeid kun skal kunne pålegges i unntakstilfeller.

Det er i tillegg viktig å sikre at kommunene tar et felles ansvar for oppgaveløsningen fra dag én. Samarbeid kan være påkrevet for å forberede overføringen av nye oppgaver til kommunene. Det må blant annet påses at kommuner er tilknyttet tannklinik med spesialistkompetanse, slik at spesialisttannhelsetjenester er tilgjengelige for hele befolkningen. Behovet for en spesialbestemmelse i helse- og omsorgstjenesteloven som gir mulighet til å pålegge interkommunalt samarbeid om spesialisttannhelsetjenester, vil bli vurdert i forbindelse med arbeidet som Kommunal- og moderniseringsdepartementet har startet, og hvor Helse- og omsorgsdepartementet er trukket inn. Bestemmelsen i helse- og omsorgstjenesteloven § 6-6 må derfor ses i lys av dette arbeidet.

Departementet ser ellers ikke grunn til å videreføre en bestemmelse om at kommuner kan inngå samarbeidsavtaler om oppgaveløsningen på tannhelsefeltet. Bestemmelsen i tannhelsetjenesteloven § 6-3 anses overflødig da det ikke er

nødvendig å lovregulere adgangen til frivillig å inngå denne type samarbeid.

Departementet opprettholder forslaget fra høringsnotatet. Bestemmelsene i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-4 som stiller krav til samhandling og samarbeid med andre deltjenester i kommunen, med andre tjenesteytere og forvaltningsnivåer er nye, sett i forhold til hva fylkeskommunen er pålagt i dag.

Selv om tannhelsetjenesteloven ikke stiller krav til samarbeid, foregår det i dag omfattende samarbeid mellom den fylkeskommunale tannhelsetjenesten og ulike kommunale tjenester og i mer begrenset grad med spesialisthelsetjenesten. Bestemmelsene i helse- og omsorgstjenesteloven legger ingen føringer for hvordan samarbeidet innad i kommunen eller med andre skal foregå. Samarbeid med spesialisthelsetjenesten på tannhelsefeltet vil kunne inngå i samarbeidsavtaler som kommunen har inngått med det regionale helseforetaket. Det er det samarbeidet som til enhver tid faktisk pågår som vil kunne ha økonomiske og administrative konsekvenser. Adgangen for departementet til å pålegge interkommunalt samarbeid etter helse- og omsorgstjenesteloven § 6-6 er ny når det gjelder samarbeid om tannhelsetjenester. Eventuelle konsekvenser vil avhenge av i hvilken grad hjemmelen faktisk blir benyttet.

10.12.2 Ansvar for samordning av offentlige og private tannhelsetjenester

10.12.2.1 Gjeldende rett

Etter tannhelsetjenesteloven § 1-4 har fylkeskommunen ansvar for samordning av Den offentlige tannhelsetjenesten og privat sektor.

Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 inneholder ingen tilsvarende bestemmelse om samordning av den kommunale helse- og omsorgstjenesten og privat sektor. Dette har blant annet sammenheng med at innslaget av private tjenesteytere uten avtale med kommunen på disse tjenesteområdene, er langt mindre enn når det gjelder tannhelsetjenester.

10.12.2.2 Forslag i høringsnotatet

I høringsnotatet foreslo departementet å videreføre bestemmelsen i tannhelsetjenesteloven § 1-4 ved å ta inn en bestemmelse i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-4 om at kommunen har ansvar for å samordne kommunal og privat tannhelsevirksomhet.

10.12.2.3 Høringsinstansenes syn

Den norske tannlegeforening (NTF) er den eneste høringsinstansen som uttaler seg om dette spørsmålet og i høringsvaret heter det blant annet:

«Begrunnelsen for å videreføre fylkeskommunens plikt til samordning er for å gjøre kommunene i stand til å oppfylle sin plikt til å sikre at det er tilgjengelige tannhelsetjenester for hele befolkningen. NTF mener at departementet tolker tilgjengelighetsansvaret for vidt, og at de virkemidler som allerede eksisterer er tilstrekkelige for at kommunen skal kunne ivareta dette ansvaret. Bestemmelsen ble tatt inn i tannhelsetjenesteloven på et tidspunkt hvor det var stor tannlegemangel og dårlig tannlegedekning i distriktene. Bestemmelsen om samordning har liten praktisk betydning i en situasjon hvor det både er en sterk offentlig tannhelsesektor og et fungerende privat marked med god tilgang på tannhelsetjenester i de fleste deler av landet. NTF stiller derfor spørsmål ved om det er nødvendig og hensiktsmessig å videreføre bestemmelsen i tannhelsetjenesteloven § 1-4 om samordning. (...) NTF mener bestemmelsen ikke under noen omstendighet kan forstås slik at den gir hjemmel for offentlig regulering eller inngrep i tannlegers etableringsfrihet, med mindre dette er basert på avtale med privatpraktiserende tannleger. (...)»

10.12.2.4 Departementets vurderinger og forslag

Fylkeskommunens ansvar for samordning av offentlig og privat tannhelsevirksomhet må ses i lys av at privat sektor på landsbasis er dominerende når det gjelder ytelse av tannhelsetjenester. Samordningsansvaret innebærer ansvar for å påse at de samlede tannhelseressursene i fylket utnyttes best mulig. Samordningen skal blant annet sikre at det er tilstrekkelig tilgang på allmenn- og spesialisttannhelsetjenester for hele befolkningen, jf. tilgjengelighetsansvaret i tannhelsetjenesteloven § 1-1. I den forbindelse er planlegging viktig. I lovarbeidene er det gitt en omtale av hvilke virkemidler fylkeskommunen har for å samordne virksomheten med privat sektor, jf. Ot.prp. nr. 49 (1982–83) kapittel 5:

«Voksentannpleie vil også i fremtiden hovedsakelig utføres i privatpraksis med fritt tannlegevalg som prinsipp. I store deler av Norge vil det på grunn av spredt bosetting ikke kunne opprettes både et privat og et offentlig tilbud. Her

kan fylkeskommunene velge å kjøpe tjenester til prioriterte grupper fra privat tannlege, som hvis nødvendig, gis etableringsstøtte eller gis adgang til å leie klinikk og utstyr fra kommune eller fylkeskommune. Hvert tanndistrikt skal ha en offentlig ansatt tannlege som administrativ leder. Samordning av offentlig og privat tannhelsetjeneste sikres i praksis gjennom planlegging, både i tannhelse-distriktene og på fylkesnivå. (...)»

Tannhelsetjenesteloven og helse- og omsorgstjenesteloven inneholder en rekke lovbestemmelser som utgjør virkemidler for samordning av offentlig og privat sektor. Det vises til fylkeskommunens spesifikke planleggings- og tilretteleggingsplikt på tannhelseområdet som følger av tannhelsetjenesteloven § 1-3a. Bestemmelsen er nærmere omtalt under punkt 10.8.5 i proposisjonen. En lignende bestemmelse om kommunens plikt til å planlegge virksomhet som den har ansvar for, følger av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 tredje ledd.

I tillegg gir tannhelsetjenesteloven § 1-5 hjemmel for at fylkeskommunen kan pålegge helsepersonell som arbeider innenfor rammen av loven å gi opplysninger til bruk for planlegging, styring og utvikling av tannhelsetjenesten i fylkeskommunen. Bestemmelsen omfatter ikke bare tannhelsepersonell som er ansatt i fylkeskommunen, men også private tjenesteytere som har avtale om utføring av tannbehandling på vegne av fylkeskommunen. Tilsvarende bestemmelse er gitt i helse- og omsorgstjenesteloven § 5-8.

En annen aktuell bestemmelse i styrings- og samordningsøyemed er tannhelsetjenesteloven § 1-3b som pålegger fylkeskommunen plikt til å ta imot og registrere meldinger om helsepersonell i fylkeskommunen og i tannhelsetjenesten. Formålet er å gi myndighetene oversikt over helsepersonelldekningen som grunnlag for å kunne ivareta tilgjengelighetsansvaret og for å kunne iverksette styringstiltak ved behov. En tilsvarende bestemmelse finnes i helse- og omsorgstjenesteloven § 5-7.

Grunnlaget for planlegging er innhenting og analyse av nødvendige data. For å kunne samordne offentlige og private tannhelsetjenester må kommunen ha tilgang til nødvendige data om privat sektor. Kommunen vil kunne hente slike data fra flere kilder. KOSTRA-statistikken til SSB gir oversikt over antall årsverk av tannhelsesekretærer, tannpleiere, allmenntannleger og tannlegespesialister i så vel offentlig som privat tannhelsetjeneste. Dermed kan kommunen vurdere de sam-

lede tilgjengelige tannhelseressursene i egen kommune (i dag har statistikken fylke som enhet) og i nabokommuner/fylket/regionen. Ut fra disse dataene vil kommunen kunne vurdere hvorvidt den samlede behandlingsskapasiteten anses tilstrekkelig.

Når det gjelder ytterligere muligheter til å innhente nødvendig informasjon om privat sektor til planleggings- og samordningsformål, etablerte Forbrukerrådet i 2013 etter oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet en nettbasert prisportal for tannhelsetjenester (www.hvakostertannlegen.no). Alle tilbydere av tannhelsetjenester, inkludert private, er fra 1. januar 2013 pålagt å registrere sine priser i portalen, jf. forskrift 14. november 2012 nr. 1066 om prisopplysning for varer og tjenester § 14. Formålet med den nettbaserte løsningen er å styrke forbrukerrettigheter knyttet til tannbehandling. I tillegg vil prisportalen kunne være en kilde til informasjon om privat sektor i fylket og hvor formålet er samordning. Prisportalen inneholder blant annet opplysninger om den geografiske plasseringen av private tannklinikker i kommunen/fylket, tilgjengelighet (åpningstid, ventetid, fysisk tilgjengelighet), kompetanse/spesialitet og pris. Etter departementets vurdering er de opplysningene som er offentlig tilgjengelige via prisportalen, sammenholdt med de opplysninger som kan skaffes tilveie på annen måte, langt på vei dekkende for kommunens planleggings- og samordningsbehov. Prisportalen vil bli utviklet videre.

Departementet ser behov for å videreføre innholdet i bestemmelsen i tannhelsetjenesteloven § 1-4 som innebærer at kommunen pålegges ansvar for å samordne den offentlig organiserte tannhelsetjenesten og privat sektor. Som beskrevet innledningsvis, er det primære formålet med samordning å sørge for at offentlige og private tannhelsetjenester, inkludert odontologiske spesialisttjenester, samlet sett er tilgjengelige for hele befolkningen. Til sammenligning kan kommunen i større grad bruke driftsavtalene med andre private tjenesteytere, som for eksempel fastleger og fysioterapeuter, som styrings- og samordningsinstrument. Departementet presiserer at hverken dagens lovbestemmelse om plikt til samordning i tannhelsetjenesteloven eller en tilsvarende bestemmelse om dette i helse- og omsorgstjenesteloven, i seg selv gir hjemmel for å iverksette inngripende tiltak overfor private tjenesteytere.

Departementet finner at behovet for virkemidler knyttet til kommunens samordningsansvar kan ivaretas gjennom gjeldende bestemmelser i helse- og omsorgstjenesteloven som stiller krav til

planlegging samt meldinger om etablering mv. av privat praksis. Innholdet i de aktuelle bestemmelsene i tannhelsetjenesteloven §§ 1-3a, 1-3b og 1-5 foreslås i hovedsak videreført ved innpassing i helse- og omsorgstjenesteloven. Når det gjelder behovet for innhenting av informasjon om privat sektor i samordningsøyemed, vises det også til mulighetene som ligger i prisportalen.

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

10.13 Kommunens ansvar for akutt tannhelsehjelp

10.13.1 Gjeldende rett

10.13.1.1 Tannhelsetjenesteloven

Tannhelsetjenesteloven har ingen bestemmelser som uttrykkelig slår fast fylkeskommunens ansvar for å tilby eller yte akutt tannhelsehjelp. Pasienter som omfattes av persongruppene i tannhelsetjenesteloven § 1-3, vil ha rett til nødvendig tannhelsehjelp etter tannhelsetjenesteloven § 2-1. Det er sikker rett at begrepet «nødvendig helsehjelp» også omfatter øyeblikkelig hjelp. Betegnelsen «nødvendig helsehjelp» er en rettslig minstandard som innholdsmessig må tillegges samme betydning, enten det er tale om tannhelsetjenester eller andre helse- og omsorgstjenester. Det betyr at pasienter innenfor de lovpålagte gruppene har rett til tannhelsehjelp fra fylkeskommunen også ved akutt behov.

Fylkeskommunen har i tillegg ansvar for å sørge for at tannhelsehjelp ved akutt behov i rimelig grad er tilgjengelig for den øvrige delen av befolkningen som ikke har rettigheter til nødvendig tannhelsehjelp. Dette ligger implisitt i det generelle uttrykket «tannhelsetjenester» i tannhelsetjenesteloven § 1-1 første ledd. I Helsedirektoratets retningslinjer fra 1987 *Krav om forsvarlig virksomhet i tannhelsetjenesten* (IK-2608) er det dessuten presisert at et minstekrav til tilgjengelighet må være at akutte behov for tannhelsehjelp blir tilfredsstilt uten hensyn til ventelister og prioriteringer for alle som bor eller midlertidig oppholder seg i fylket. Fylkeskommunens plikt til å sørge for tilgjengelig akutt tannhelsehjelp gjelder også for personer som oppholder seg midlertidig i fylket, men som er bosatt i et annet fylke.

Det enkelte helsepersonell vil uansett ha plikt til å yte øyeblikkelig hjelp etter helsepersonelloven § 7. Plikten etter denne bestemmelsen omfatter «den helsehjelp de evner når det må antas at hjelpen er påtrengende nødvendig».

I motsetning til hva som gjelder for kommunen, har fylkeskommunen ikke lovpålagt plikt til å organisere et tilbud om akutt tannhelsehjelp i form av tannlegevakt utover ordinær kontortid. Organisering av tannlegevakt inngår ikke i den akuttmedisinske kjeden av tjenester utenfor sykehus som er regulert i forskrift 30. mars 2015 nr. 231 om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv. (akuttmedisinforordningen).

10.13.1.2 Helse- og omsorgstjenesteloven

Kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1. For å oppfylle dette ansvaret skal kommunen tilby hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner, herunder legevakt, heldøgns akuttmedisinsk beredskap og medisinsk nødmeldetjeneste. Dette følger av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 3 bokstav a, b og c.

Kommunens ansvar for å tilby øyeblikkelig hjelp er eksplisitt nedfelt i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-5. Kommunen skal straks tilby eller yte helse- og omsorgstjenester til den enkelte når det må antas at den hjelp kommunen kan gi er påtrengende nødvendig, jf. § 3-5 første ledd. Kommunens ansvar for øyeblikkelig hjelp er begrenset til å gjelde undersøkelse, behandling eller annen hjelp som det er forsvarlig at kommunen yter. Ellers må pasienten henvises til spesialisthelsetjenesten, basert på en medisinsk faglig vurdering av hvor pasienten kan få forsvarlig hjelp.

Plikten til å yte øyeblikkelig hjelp inntreffer ikke dersom kommunen vet at nødvendig hjelp vil bli gitt av andre som etter forholdene er nærmere til å gi den i tide, jf. § 3-5 andre ledd. Med «andre» tas særlig sikte på spesialisthelsetjenesten, men det kan også tenkes andre tjenesteytere, som for eksempel tannlege, jf. Prop. 91 L (2010–2011) side 492. Plikten medfører at det kreves raske avklaringer av hvorvidt pasienten kan få et tilbud i kommunen eller om vedkommende må oppsøke spesialisthelsetjenesten.

Bestemmelsene i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-5 er en presisering og videreføring av gjeldende rett. Det har også vært ønskelig å speile spesialisthelsetjenestens ansvar for øyeblikkelig hjelp med en tilsvarende uttrykkelig lovregule-

ring av kommunens ansvar i ny helse- og omsorgstjenestelov, jf. Prop. 91 L (2010–2011) punkt 16.6.1 side 212. Øyeblikkelig hjelp-plikten etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-1 første ledd pålegger sykehus og fødestuer å straks motta pasienter som trenger somatisk helsehjelp når det etter de foreliggende opplysninger må antas at den hjelp institusjonen eller avdelingen kan gi er påtrengende nødvendig.

Kommunens plikt til å tilby eller yte øyeblikkelig hjelp etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-5 korresponderer med bestemmelsen i pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 a som gir pasient og bruker rett til øyeblikkelig hjelp fra kommunen.

Fra 1. januar 2016 trådte helse- og omsorgstjenesteloven § 3-5 tredje ledd i kraft. Bestemmelsen pålegger kommunene å sørge for tilbud om døg-nopphold for helse- og omsorgstjenester til pasienter og brukere med behov for øyeblikkelig hjelp. Plikten gjelder kun for de pasienter og brukere som kommunen har mulighet til å utrede, behandle eller yte omsorg til. Bestemmelsen må ses i sammenheng med samhandlingsreformen som innebærer at en større del av pasientforløpene skal overføres fra spesialisthelsetjenesten til den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Plikten gjaldt fra ikrafttredelsen kun pasienter med somatisk sykdom. Fra 1. januar 2017 er plikten utvidet til å omfatte pasienter med rusavhengighet og psykisk sykdom, jf. forskrift 13. november 2015 nr. 1287 som er gitt med hjemmel i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-5 fjerde ledd.

10.13.2 Forslag i høringsnotatet

Departementet foreslo i høringsnotatet at bestemmelsen i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-5 bør få anvendelse for tannhelsetjenester, uten at det var behov for tilpasninger i lovteksten. Forslaget innebar at kommunen får en lovfestet plikt til å tilby eller yte tannhelsetjenester til den enkelte når det må antas at den hjelp kommunen kan gi er påtrengende nødvendig. Forslaget må ses i lys av at kommunen får ansvar for å sørge for nødvendig tannhelsehjelp, herunder øyeblikkelig hjelp, til bestemte persongrupper. Forslaget må også ses i sammenheng med at kommunen får ansvar for å sørge for at tannhelsetjenester, herunder ved akutt behov, er tilgjengelige for hele befolkningen. Departementet fant ikke grunnlag for å foreslå lovfesting av krav om organisering av kommunal tannlegevakt.

10.13.3 Høringsinstansenes syn

Helsedirektoratet ber departementet om å tydeliggjøre hvorvidt kommunen har ansvar for å sørge for et tilgjengelig tilbud av akutt tannhelsehjelp til befolkningen.

Den norske tannlegeforening støtter forslaget om ikke å lovfeste krav til at kommunen skal organisere ordning med tannlegevakt og uttaler:

«Akutt tannbehandling er i utgangspunktet basert på pasientens egen opplevelse av smerter og ubehag. Det er svært sjelden fare for liv eller permanent tap av funksjon i akutt situasjoner. Smertelindring er en aktuell problemstilling. En kommunal legevakt kan i de aller fleste tilfeller være førstelinjetjeneste ved smertelindring og behandling av infeksjoner. Kun ved alvorlige traumer og infeksjonstilstander vil det kunne være behov for tannlegekompetanse.»

Andre høringsinstanser er kritiske til forslaget om ikke å lovfeste krav til tannlegevakt. Blant disse er *Rogaland fylkeskommune* som uttaler:

«I dag drifter fylkeskommunen to tannlegevakter i fylket, som også ivaretar et tilbud om akutt tannbehandling til grupper som ikke er prioritert i tannhelsetjenesteloven. Dette er beskrevet i notatet (side 157) som en oppgave fylkeskommunen er ansvarlig for å sørge for. Tilbudet fylkeskommunene har tyder på at man har en felles oppfatning av at tilgjengelighetsansvaret også omfatter akuttjenester utenom ordinær kontortid (side 159). Det vil være et dårligere tilbud til befolkningen dersom det ikke lovfestes et krav om å organisere tilbud om akutt tannhelsehjelp utenfor ordinær kontortid, men blir opp til en enkelt kommune å avgjøre nivå og omfang av organiseringen av tilgangen på akutt hjelp (side 161). Dersom det allikevel blir et lovkrav vil det med dagens kommunestørrelser kreve et interkommunalt samarbeid.»

Videre uttaler *Vestfold fylkeskommune*:

«Selv om fylkeskommunene i dag ikke er lovpålagt å ha en tannlegevakt, har nesten alle fylkene tatt dette ansvaret og har etablert ordninger for publikum som har behov for akutt hjelp i helger og høytider. Departementet vil overlate vurderingen av dette behovet til kommunene, noe som kan føre til ulik praksis og prioriteringer rundt om i landet.»

10.13.4 Departementets vurderinger og forslag

10.13.4.1 Lovfesting av ansvar for øyeblikkelig tannhelsehjelp

I den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten er begrepet «øyeblikkelig hjelp» som regel knyttet til fare for liv eller permanent tap eller reduksjon av helse. Når det gjelder tannhelsetjenester vil det i mindre grad kunne oppstå akutte situasjoner som er av en slik karakter at det er påtrengende nødvendig med hjelp. I tilfeller der skader eller sykdom i munn, kjeve eller tenner er av en slik karakter at de innebærer fare for liv eller permanent tap/reduksjon av helse, vil pasienten vanligvis bli innlagt på sykehus. Skade på kjeve og tenner vil ofte være en del av et større skadebilde med for eksempel kjeve- eller kraniebrudd og andre omfattende skader som forutsetter sykehusbehandling. Det samme vil være tilfelle for infeksjonstilstander. Selv om tilstander i munnhule, kjeve og tenner kan opptre akutt med smerte, infeksjon, feber og ubehag, må som regel ikke behandlingen gjennomføres umiddelbart eller innen kort tid.

Det kan være behov for behandling som ikke bør vente til tannlegens åpningstid neste dag, men hvor det likevel er tilstrekkelig at behandlingen utføres i løpet av noen timer. Dette gjelder for eksempel barn som får slått ut fortenner. Alminnelig tannverk vil alternativt kunne lindres med smertestillende på kommunal legevakt for å dempe de verste smertene frem til en tannlege kan gi relevant behandling. Omfattende tannbyll (abscess) med store hevelser og høy feber bør antakelig behandles samme dag. For de fleste voksne vil et akutt problem kunne dreie seg om tannpine, å miste en fylling, deler av en tann knekker eller en krone eller bro løsner eller en løstsittende protese (gebiss) ødelegges. Dette kan innebære ubehag og redusert funksjon i en periode. Likevel vil det vanligvis være forsvarlig at behandling kan vente til førstkommende virkedag innenfor klinikkens ordinære åpningstid.

De aller fleste pasienter med akutte tannbehandlingsbehov tas direkte under behandling hos tannlege. Fylkeskommunen eller den private tannlegen henviser videre til fastlege, kommunal legevakt eller spesialisthelsetjenesten ved behov, men behovet for slik henvisning er vanligvis begrenset. Når pasienten kommer direkte til akuttbehandling i spesialisthelsetjenesten er det ofte som følge av andre og mer omfattende skader som involverer ansikt, kjeve og munn, og som hverken fylkeskommunens ansatte eller private tannlegespesia-

lister har mulighet eller faglig forutsetning for å behandle.

Ved oppgaveoverføringen vil kommunen få ansvar også for tannhelsetjenester som krever spesialistkompetanse. Dette i motsetning til andre helse- og omsorgstjenester, hvor ansvaret for primærhelsetjenester og spesialisthelsetjenester er fordelt på kommunalt og statlig nivå. Det er derfor ikke tilsvarende hensyn til samhandling og oppgavedeling mellom forvaltningsnivåene som tilsier at det er nødvendig med en eksplisitt lovregulering av kommunens ansvar for øyeblikkelig tannhelsehjelp.

Som følge av at behovet for akutt tannhelsehjelp vanligvis vil være av begrenset hastekarakter og betydning for øvrige kroppsfunksjoner, legger departementet til grunn at bestemmelsene i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-5 i praksis vil ha mindre betydning når det gjelder tannhelsetjenester enn andre helse- og omsorgstjenester. Kommunens plikt etter § 3-5 vil være begrenset til å tilby akuttthjelp når det er «påtrengende nødvendig». Kommunens plikt vil også være begrenset til den hjelp som det er forsvarlig at kommunen yter. Ved omfattende tann-, kjeve- og hodeskader som krever behandling i sykehus, vil ansvaret uansett være begrenset til tannhelsehjelp som det er forsvarlig at kommunen gir.

Departementet fastholder etter dette forslaget i høringsnotatet om at tannhelsetjenester bør inngå i bestemmelsen om øyeblikkelig hjelp i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-5. Det betyr at begrepet «øyeblikkelig hjelp» også vil omfatte tilfeller med behov for akutt tannhelsehjelp. Forslaget innebærer en lovfesting av kommunens ansvar for å tilby eller yte tannhelsehjelp overfor bestemte persongrupper når behovet er påtrengende nødvendig. Forslaget innebærer også at kommunen får ansvar for å sørge for at tannhelsetjenester ved akutt behov er tilgjengelige for befolkningen for øvrig. Dette innebærer en klargjøring og presisering av det ansvaret fylkeskommunen i dag har etter tannhelsetjenesteloven §§ 1-1 og 2-1.

10.13.4.2 Bør det lovfestes krav til organisering av kommunal tannlegevakt?

Med tannlegevakt menes i denne sammenheng en kommunalt organisert virksomhet som utenom klinikkenes ordinære åpningstider skal vurdere henvendelser om akutt hjelp, herunder foreta behandling mv. som anses nødvendig og ved behov henviser til andre instanser med annen kompetanse.

Departementet foretok sommeren 2011 en kartlegging av fylkeskommunenes organisering av akutttilbudet når det gjelder tannhelsetjenester. Kartleggingen viser at det i byer og større befolkningsområder i de enkelte fylkene er organisert tannhelsehjelp for å ta høyde for akutte situasjoner utenom vanlig kontortid, det vil si om ettermiddag/kveld eller på avgrensede tidspunkter i helger/på helligdager. I de fleste tilfeller organiseres tilbudet som tannlegevakt med ekstra åpningstid fra en til to timer, enten ved fylkeskommunens egne ansatte eller ved samarbeid med privatpraktiserende tannleger. Dette tyder på at fylkeskommunene har en felles oppfatning av at tilgjengelighetsansvaret også omfatter akuttjenester utenom ordinær kontortid. Vektleggingen av hensynet til en kostnadseffektiv tjeneste i forhold til vurdert behov har medført at måten å organisere tilgjengelighet til akuttthjelp på, blant annet antallet tannlegevakter, varierer noe mellom fylkene. Tilbakemeldingen tyder likevel på at alle fylkeskommunene har etablert systemer for å ivareta henvendelser vedrørende behov for rådgivning og akutt behandling av tannskader hos barn og unge utenom klinikkenes åpningstider. Dette ansvaret er løst på ulike måter og er tilpasset lokale forhold, avhengig av geografi, reiseavstander, befolkningstetthet mv.

SSBs Rapport 29/2010 er basert på resultater fra levekårsundersøkelsen i 2008. Rapporten beskriver blant annet befolkningens tilfredshet med tilgangen til akutt tannhelsehjelp. Lavekårsundersøkelsen gir ikke svar på hvorvidt behov for akutt hjelp oppstod på dagtid eller utenom ordinær arbeidstid. I rapporten til SSB konkluderes det med at når det gjelder tilgjengeligheten, tyder tallene på at tjenestetilbudet er godt når et akutt problem melder seg. Etter departementets vurdering kan det fremstå som at ulikhetene i behovet for akutt tannhelsehjelp og befolkningens tilfredshet med tilgangen på slik hjelp, i hovedsak har sammenheng med den generelle tannlegedekningen i den aktuelle regionen. Da levekårsundersøkelsen ble utført i 2008, var det mange ubesatte tannlegestillinger i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten i mange fylker, særlig i områder uten private tannleger.

Spørsmålet er om det er tungtveiende grunner som tilsier at det er behov for nærmere regulering av hvordan kommunen skal organisere tilbud om akutt hjelp for å sørge for at tannhelsetjenester er tilgjengelige for hele befolkningen. Kommunen må etablere systemer og rutiner for ivaretagelse av behovet for akutt hjelp utenom klinikkenes ordinære åpningstider, i helger, ferier, på helligda-

ger mv. Vaktordningene som finnes er i prinsippet basert på frivillighet. I Oppgavemeldingen legger regjeringen til grunn at større kommuner vil kunne redusere behovet for statlig detaljstyring, jf. Meld. St. 14 (2014–2015) punkt 7.1 side 70. I meldingen legges hovedprinsippet om juridisk rammestyring til grunn for overføring av nye oppgaver til større kommuner. Av Kommunal- og moderniseringsdepartementets retningslinjer for utforming av statlig regelverk rettet mot kommunene, fremgår blant annet at kommunene ikke bør pålegges bestemte organisatoriske løsninger når det gjelder måter å løse en oppgave på. De sentrale føringene som er nevnt her, tilsier etter departementets vurdering at man generelt bør være tilbakeholden med å stille krav til hvordan kommunen løser sine oppgaver på.

Det er et overordnet mål at befolkningen skal ha lik tilgang til helse- og omsorgstjenester, inkludert akutt tannhelsehjelp. Tilgjengeligheten må likevel veies opp mot behovets omfang, alvorlighetsgrad, hastekarakter og risiko for liv og helse. For kommunen må dette også vurderes opp mot hensynet til en kostnadseffektiv organisering. De sykdommer, skader og tilstander som kan avhjelpest ved behandling hos tannlege i akutte situasjoner er som regel heller ikke av en slik karakter at liv, helse eller vitale funksjoner hos pasienten er truet. Det er et begrenset antall situasjoner som krever behandling innen 1–2 timer. For voksne pasienter er hastekarakteren av akuttbehandling ved tannskader vanligvis av mindre betydning enn for barn, hvor behandling av utslåtte fortenner bør behandles innen kort tid slik at tilheling kan skje. Mange akutte situasjoner vil verken medføre smerte eller risiko for forverring ved å vente med behandling til neste dag.

Etterspørselen etter akutt tannhelsehjelp utenom ordinær åpningstid varierer også fra fylke til fylke, avhengig av geografi, reiseavstander, kommunikasjonsforhold, befolkningskonsentrasjon mv. Etter departementets vurdering tilsier dette at det bør være opp til den enkelte kommune å avgjøre nivå og omfang av organiseringen av tilgangen på akutt hjelp. Kommunen bør i den sammenheng vurdere virkemidler som samarbeid med private tannleger om vaktordninger og interkommunalt samarbeid med andre kommuner.

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

10.14 Pasient- og brukervedvirkning mv.

10.14.1 Gjeldende rett

10.14.1.1 Tannhelsetjenesteloven

Tannhelsetjenesteloven inneholder ingen bestemmelser om pasient- og brukervedvirkning på systemnivå.

10.14.1.2 Helse- og omsorgstjenesteloven

Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-10 skal sikre pasienters og brukeres innflytelse innenfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten og er bygd opp etter modell av en ordning som først ble tatt i bruk i spesialisthelsetjenesteloven, jf. lov 15. juni 2001 nr. 93 om helseforetak (helseforetaksloven) § 35. Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-10 er ny i forhold til kommunehelsetjenesteloven av 1982, men en videreføring av sosialtjenesteloven av 1991.

Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-10 første ledd slår fast prinsippet om at kommunen skal sørge for at representanter for pasienter og brukere blir hørt ved utformingen av kommunens helse- og omsorgstjeneste. Videre skal kommunen sørge for at virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester som er omfattet av loven, etablerer systemer for innhenting av pasienters og brukeres erfaringer og synspunkter, jf. § 3-10 andre ledd. Disse bestemmelsene skal sikre pasient- og brukervedvirkning på systemnivå innenfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten, men regulerer ikke nærmere hvordan dette skal skje. Det vil være opp til den enkelte kommune selv å avgjøre hvordan arbeidet skal organiseres for å sikre innhenting av erfaringer og synspunkter fra pasienter og brukere.

Av § 3-10 tredje ledd følger at helse- og omsorgstjenesten skal legge til rette for samarbeid med brukergruppenes organisasjoner og med frivillige organisasjoner som arbeider med de samme oppgavene som helse- og omsorgstjenesten. Hva det skal samarbeides om og på hvilken måte, må avklares av den enkelte kommune. I praksis vil det ofte være aktuelt å samarbeide om forebyggende tiltak eller grupperettede tiltak, men samarbeidet kan også dreie seg om tiltak for enkeltpersoner.

I § 3-10 fjerde ledd presiseres det at kommuner innenfor forvaltningsområdet for samisk språk i tillegg skal sørge for at samiske pasienters eller brukeres behov for tilrettelagte tjenester blir vektlagt ved utforming av tjenesten. Et godt tje-

nestetilbud tar utgangspunkt i den enkelte pasientens og brukers behov. For samiske pasienter innebærer et godt tjenestetilbud en erkjennelse av at de har en annen språklig og kulturell bakgrunn enn majoritetsbefolkningen og de fleste tjenesteytere. I mange tilfeller vil det være mangel på kunnskap om samisk språk og kultur blant personell i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Gjennom henvisningen til sameloven § 3-5 presiseres det at det i disse forvaltningsområdene allerede er fastsatt særskilte språkkrettheter for samiske pasienter og brukere.

10.14.2 Forslag i høringsnotatet

I høringsnotatet la departementet til grunn at kravene i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-10 til pasient- og brukerinnsflytelse og samarbeid med brukerorganisasjoner også bør få anvendelse ved kommunens planlegging og utforming av tannhelsetilbudet. Disse kravene er nye i forhold til de plikter fylkeskommunene i dag har etter tannhelsetjenesteloven. Kravet til tilrettelagte tjenester for samiske pasienter består i hovedsak av språklig tilrettelegging. Dette kravet følger i dag allerede av samelovens generelle bestemmelser og gjelder både for kommuner og fylkeskommuner.

10.14.3 Høringsinstansenes syn

Få høringsinstanser har kommentert forslaget om å la bestemmelsene i helse- og omsorgstjenesteloven om pasient- og brukervedvirkning på systemnivå få anvendelse på tannhelsetjenester. *Helsedirektoratet* støtter forslaget uten nærmere begrunnelse. *Den norske tannlegeforening* påpeker at pasient- og brukervedvirkning er viktig for å sikre kvalitet i tannhelsetjenesten, og uttaler videre:

«Det har ikke vært noe lovpålagt krav til fylkeskommunene om å innhente erfaringer og synspunkter fra pasienter på systemnivå. Kartlegginger har vært utført i varierende grad og da som ledd i kvalitetssikringsarbeidet innen den fylkeskommunale tannhelsetjenesten. Pliktene som følger av helse- og omsorgstjenesteloven vil sikre pasientenes medvirkningsrett (...)»

10.14.4 Departementets vurderinger og forslag

Departementet opprettholder forslaget fra høringsnotatet om at bestemmelsen i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-10 bør gis uavkortet anvendelse på tannhelsetjenester uten tilpasning

ger. Forslaget er nytt i forhold til gjeldende rett. Kravet til pasient- og brukermedvirkning på systemnivå vil trolig ikke medføre økonomiske og administrative konsekvenser av betydning etter som tannhelsetjenester vil utgjøre en liten del av de samlede velferdsytelsene som kommunen har ansvar for. Inkludering av tannhelse i kommunens etablerte samarbeid med pasient- og/eller frivillige organisasjoner vil ikke medføre særskilt merarbeid. Det forutsettes også at kommunene allerede har etablert systemer for innhenting av pasienters og brukers erfaringer og synspunkter.

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

10.15 Krav til forsvarlighet, pasientsikkerhet og kvalitet

Kapittel 4 i helse- og omsorgstjenesteloven inneholder bestemmelser som stiller krav til forsvarlighet, pasientsikkerhet og kvalitet i kommunens tjenesteyting.

10.15.1 Om kvalitet, pasientsikkerhet og forsvarlighet i tannhelsetjenesten

Begrepene kvalitet, forsvarlighet og pasientsikkerhet henger nøye sammen. Kvalitet i tjenesteytingen er en forutsetning for at tjenestene skal anses forsvarlige. Kvalitet og forsvarlighet er igjen forutsetninger for pasientsikkerhet, det vil si at pasienter og brukere skal beskyttes mot unødige skader eller hendelser i forbindelse med tjenesteytingen.

10.15.1.1 Kvalitet

Regjeringen la høsten 2014 frem den første årlige stortingsmeldingen om kvalitet og pasientsikkerhet, jf. Meld. St. 11 (2014–2015) *Kvalitet og pasientsikkerhet 2013*. I meldingen heter det blant annet:

«For regjeringen er det viktig å rette inn kvalitetsarbeidet på følgende tre områder: Å etablere en mer balansert og kvalitetsorientert ledelse, etablere systemer som skal bidra til bedre kvalitet, og å etablere en sikkerhetsfokusert og lærende kultur i hele tjenesten. Alle disse tre grepene skal understøtte arbeidet med å skape en mer pasient- og brukerrettet helsetjeneste. Regjeringen ønsker en helsetjeneste som setter pasienten i sentrum og tilpasser organisering og systemer for å kunne gi rask, trygg og god hjelp når behovet oppstår. Pasienter, brukere og pårørende skal ivaretas bedre.»

Videre heter det blant annet:

«En viktig forutsetning for å sikre kvalitet i praksis og for å kunne gjennomføre godt utviklingsarbeid, er tilgang på nødvendige pasientopplysninger, registerdata og klinisk informasjon. Dagens systemer legger ikke godt nok til rette for dette. Det påvirker både evnen til å styre ut fra kvalitet på ledernivå, og personellens mulighet til å gi best mulig behandling til pasientene de møter. Å få et godt kunnskapsgrunnlag med gode, pålitelige, relevante og oppdaterte data, er viktig for kvalitetsarbeidet.»

Utfordringene på tannhelsefeltet når det gjelder kvalitet i tjenestene, er beskrevet i Meld. St. 10 (2012–2013) *God kvalitet – trygge tjenester* punkt 2.5.2 side 30–31. Det er fastsatt syv nasjonale kvalitetsindikatorer for den fylkeskommunale tannhelsetjenesten som er gjenstand for rapportering på fylkesnivå til SSB. Indikatorene gjelder i hovedsak tannhersedata hos barn og unge og personellressurser. For den fylkeskommunale tannhelsetjenesten er det ikke utviklet kvalitetsindikatorer for registrering og rapportering som angår prosedyrer/prosesser i tjenesteutøvelsen eller resultater eller effekter av tjenesten. Det finnes ikke sentrale registre som kan si noe om hvordan det står til med befolkningens tannhelse, omfanget av ulike diagnoser, hvilke behandlinger som er utført, levetiden på og eventuelle bivirkninger/skader knyttet til ulike behandlinger mv., utover rapporteringen på enkelte tannhersedata som omfatter kun 5-, 12- og 18-åringer.

Systematisk kvalitetsforbedring og pasientsikkerhetsarbeid i tannhelsetjenesten forutsetter et standardisert kodeverk for diagnostikk og behandling i elektroniske pasientjournalssystemer. Implementering av et standardisert kodeverk vil

muliggjøre elektronisk kommunikasjon samt aggregering og systematisk innhenting av data. Videre vil en standardisering kunne gjøre det mulig for praksiser og klinikker å sammenligne hverandres virksomhet som ledd i systematisk kvalitetsforbedring. Direktoratet for e-helse har fått i oppdrag å legge til rette for et standardisert kodeverk for tannhelsetjenester. Et kodeverk skal prøves ut i forbindelse med HUNT-undersøkelsen i Midt-Norge i 2017.

Helsedirektoratet utga i 2011 veilederen *God klinisk praksis i tannhelsetjenesten – en veileder i bruk av faglig skjønn ved nødvendig tannbehandling* (IS-1589). Veilederen angir hvordan tannhelsepersonell på en systematisk måte skal utøve skjønn i planleggingen og gjennomføringen av det som kan anses som nødvendig tannbehandling. Veilederen er i hovedsak rettet inn mot undersøkelse, diagnostikk og behandling av den voksne befolkningen. Utgangspunktet for veilederen er det som anses som god klinisk praksis ved lærestedene i Norge. For å kunne drive systematisk kvalitetsforbedring og pasientsikkerhetsarbeid må det utarbeides standarder som kan innarbeides i elektronisk pasientjournal, jf. ovennevnte oppdrag til Direktoratet for e-helse. På den måten vil veilederen kunne danne grunnlag for systematisk kvalitetsforbedring i tannhelsetjenesten overfor voksenbefolkningen. Tilsvarende veileder er under utarbeiding av Helsedirektoratet når det gjelder tannhelsetjenester overfor barn og unge («TannBarn»). Det tas sikte på at denne skal ferdigstilles i 2017.

10.15.1.2 Pasientsikkerhet

Systematisk pasientsikkerhetsarbeid omfatter alle systematiske tiltak som iverksettes for å opprettholde og vedlikeholde vern mot unødig skade. Det er gitt en nærmere beskrivelse av sentrale elementer som bør være tilstede i virksomhetenes systematiske arbeid med pasientsikkerhet i Prop. 91 L (2010–2011) punkt 21.3.5.2 side 276.

Departementet har ikke kunnskap om omfanget av lokal registrering av uønskede hendelser i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten. I likhet med andre kommunale helse- og omsorgstjenester er det heller ikke etablert systemer for innsending av meldinger om uønskede hendelser til en nasjonal enhet på samme måte som for spesialisthelsetjenesten. Registrering av uønskede hendelser ved ytelse av tannhelsetjenester vil likevel inngå som grunnlag for systematisk kvalitetsfor-

bedring i virksomheten. Med uønskede hendelser menes her andre forhold enn bivirkninger ved bruk av legemidler eller tannbehandlingsmaterialer. For begge disse situasjonene er det etablert meldeordninger og utarbeidet standardisert skjema for innsending av meldinger til henholdsvis Bivirkningsgruppen for legemidler og Bivirkningsgruppen for odontologiske biomaterialer. De ulike klageordningene for tannhelsetjenester som omfatter både lovfestede klageorgan og bransje-etablerte klagenemnder, har alle et pasientsikkerhetsaspekt i seg. Det vises til omtalen av disse ordningene under punkt 10.21.7.

Flertallet i et offentlig utvalg har i NOU 2015: 11 *Med åpne kort – Forebygging og oppfølging av alvorlige hendelser i helse- og omsorgstjenestene*, fremmet en rekke forslag til tiltak rettet mot pasienter og pårørende, tilsyn og meldeordninger. Utvalgets innstilling har vært på alminnelig høring. I tillegg fremmet utvalget forslag til hvordan en undersøkelseskommissjon bør etableres organisatorisk og juridisk. I Meld. St. 13 (2016–2017) *Kvalitet og pasientsikkerhet 2015* punkt 9.3 side 63 varsles det at regjeringen tar sikte på å legge frem for Stortinget en lovproposisjon med en meldingsdel før sommeren 2017.

10.15.1.3 Forsvarlighet

Det er gitt en fyldig beskrivelse av hva som ligger i kravet om forsvarlighet i Prop. 91 L (2010–2011) under punkt 20.5 side 263–265. I merknadene til helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 er det gitt en kortere omtale av begrepet, hvor det blant annet heter (side 494):

«Kravet om forsvarlighet er en rettslig standard. Det innebærer at innholdet i kravet bestemmes av normer utenfor selve loven. Forsvarlighetskravet har en dobbel funksjon. Det er en rettesnor for helse- og omsorgstjenesten og viser til normer som beskriver hvordan tjenestene bør være. Samtidig følger det av forsvarlighetskravet at tjenestene må holde tilfredsstillende kvalitet, ytes til rett tid og i tilstrekkelig omfang.

Plikten til å sørge for forsvarlige tjenester innebærer at virksomheten må planlegge og iverksette nødvendige tiltak for å sikre at tjenestene som ytes til enhver tid er forsvarlige. Virksomheten skal også påse at tiltakene fungerer og er tilstrekkelige. Det er i stor grad sammenfall mellom kravene til forsvarlig virksomhetsstyring og kravene til internkontroll.»

10.15.2 Gjeldende rett

10.15.2.1 Tannhelsetjenesteloven

Det finnes ingen bestemmelse i tannhelsetjenesteloven som uttrykkelig pålegger fylkeskommunen en plikt til å tilby eller yte forsvarlige tannhelsetjenester. Kravet til forsvarlighet på systemnivå fremgår implisitt av tannhelsetjenesteloven § 1-3a som pålegger fylkeskommunen plikt til å planlegge, organisere og legge til rette for at fylkeskommunen, tannhelsetjenesten og helsepersonell kan oppfylle krav fastsatt i eller i medhold av lov eller forskrift. Denne bestemmelsen tilsvare langt på vei bestemmelsen i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 tredje ledd, som er omtalt nedenfor. Forutsetningen om forsvarlighet gjenspeiles videre i tannhelsetjenesteloven § 6-2, hvor det heter at Statens helsetilsyn skal føre tilsyn med at fylkeskommunene fremmer tannhelsetjenestens formål på en forsvarlig og hensiktsmessig måte. Forskrift 28. oktober 2016 nr. 1250 om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten gjelder også for både fylkeskommunal og privat tannhelsevirksomhet.

10.15.2.2 Helse- og omsorgstjenesteloven

De grunnleggende kravene til styring av kommunal virksomhet er nedfelt i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 tredje ledd. Bestemmelsen slår fast at kommunens overordnede ansvar for helse- og omsorgstjenester innebærer plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten, slik at tjenestenes omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift. Kongen kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om pliktens innhold. Slik forskrift er gitt, jf. forskrift 28. oktober 2016 nr. 1250 om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Forskriften er fastsatt med hjemmel blant annet i helsetilsynsloven. Etter helsetilsynsloven § 3 har enhver som yter helse- og omsorgstjenester plikt til å etablere et internkontrollsystem for virksomheten.

Helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 fastsetter som et generelt prinsipp at helse- og omsorgstjenester som tilbys eller ytes etter loven skal være forsvarlige. Plikten til forsvarlighet er nærmere spesifisert i bestemmelsen. Kravet om forsvarlighet retter seg mot systemnivå og omfatter både kommunen som sådan, den enkelte deltjeneste i kommunen og den enkelte virksomhet, for eksempel sykehjem eller private tjenesteytere som yter tjenester etter avtale med kommunen. Lovens krav til forsvarlighet, pasientsikkerhet og

kvalitet gjelder også for private tjenesteytere som har avtale med kommunen, jf. Prop. 91 L (2010–2011) punkt 14.4.3 side 164. En motsvarende bestemmelse til helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 om forsvarlighet, finnes i spesialisthelsetjenesteloven § 2-2.

Et av delmålene med helse- og omsorgstjenesteloven er å sikre kvalitet på tjenestetilbudet, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 1-1 nr. 4. En tilsvarende bestemmelse finnes i spesialisthelsetjenesteloven § 1-1 nr. 2. Videre følger det av helse- og omsorgstjenesteloven § 4-2 første ledd at enhver som yter helse- og omsorgstjenester etter loven her skal sørge for at virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet. Tilsvarende bestemmelse finnes i spesialisthelsetjenesteloven § 3-4a. Pliktsubjektet «enhver» tilsvare pliktsubjektet i helsetilsynsloven § 3. Det innebærer at kravet om systematisk arbeid med kvalitetsforbedring omfatter både tilfeller der kommunen yter tjenestene selv og der tjenestene ytes av private på vegne av kommunen etter avtale. Det er i § 4-2 andre ledd inntatt en hjemmel for at departementet i forskrift kan gi nærmere bestemmelser om plikten, herunder krav til politisk behandling av kvalitetskrav i kommunestyret eller annet folkevalgt organ.

Helse- og omsorgstjenesteloven § 12-5 lovfester Helsedirektoratets ansvar for å utvikle, formidle og vedlikeholde nasjonale faglige retningslinjer, veiledere og kvalitetsindikatorer som understøtter de mål som er satt for helse- og omsorgstjenesten. En likelydende bestemmelse finnes i spesialisthelsetjenesteloven § 7-3.

Helse- og omsorgstjenesteloven § 4-2 a inneholder en bestemmelse som pålegger kommunen å sørge for at det gis slik informasjon som pasient og bruker har rett til å motta etter pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2. Etter pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2 fjerde ledd skal pasienten eller brukeren informeres dersom de blir påført skade eller alvorlige komplikasjoner i forbindelse med ytelse av helse- og omsorgstjenester. Samtidig skal det informeres om adgangen til å søke erstatning hos Norsk Pasientskadeerstatning, til å henvende seg til pasient- og brukerombudet samt om adgangen til å anmode tilsynsmyndigheten om vurdering av eventuelt pliktbrudd etter pasient- og brukerrettighetsloven § 7-4. Videre fremgår det av helse- og omsorgstjenesteloven § 4-2 a at kommunen har tilsvarende plikt til å gi informasjon til pasientens og brukerens nærmeste pårørende etter pasient- og brukerrettighetsloven § 3-3 tredje ledd. Bestemmelsen i § 4-2 a ble tatt inn i helse- og omsorgstjenesteloven ved en lovendring

i 2013 og trådte i kraft 1. januar 2014. Tilsvarende informasjonsplikt er inntatt i spesialisthelsetjenesteloven § 3-11, men ikke i tannhelsetjenesteloven.

10.15.3 Forslag i høringsnotatet

I høringsnotatet foreslo departementet at bestemmelsene i helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 4 om krav til forsvarlighet, kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet på virksomhetsnivå også bør gis anvendelse når tannhelsetjenester ytes av kommunen eller av private som kommunen har avtale med. Departementet la til grunn at det bør stilles samme krav til systematisk kvalitetsforbedrings- og pasientsikkerhetsarbeid for kommunal tannhelsevirksomhet og privat tannhelsevirksomhet som utfører tjenester på vegne av kommunen, som for øvrige helse- og omsorgstjenester. Videre foreslo departementet at kommunens plikt til å informere om forhold som pasienten har rett til å bli informert om ved påført skade eller alvorlige komplikasjoner (adgangen til å søke erstatning hos NPE, bistand hos pasient- og brukerombudene og anmode tilsynsmyndighetene om vurdering av mulig pliktbrudd), også bør gjelde ved ytelse av kommunale tannhelsetjenester.

10.15.4 Høringsinstansenes syn

Et fåtall av høringsinstansene har hatt synspunkter på departementets forslag. *Helsedirektoratet* støtter forslaget om å gi bestemmelsene om forsvarlighet, kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 4 anvendelse for tannhelsetjenester som ytes av kommunen eller av private tjenesteytere som har avtale med kommunen. *Den norske tannlegeforening* støtter forslaget om å lovfeste forsvarlighetskravet på virksomhetsnivå også når det gjelder tannhelsetjenester.

10.15.5 Departementets vurderinger og forslag

I Prop. 91 L (2010–2011) punkt 21.3.5.2 side 276, fremgår det at Helsedirektoratet i forbindelse med høringen av forslag til ny kommunal helse- og omsorgstjenestelov tok opp at det også bør tas inn bestemmelser om systematisk kvalitetsforbedrings- og pasientsikkerhetsarbeid i tannhelsetjenesteloven. I lovforarbeidene viste departementet til at det pågikk et arbeid med revisjon av tannhelsetjenesteloven og at dette spørsmålet ville bli vurdert i forbindelse med dette lovarbeidet.

Departementet finner det formålstjenlig at bestemmelsene i helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 4 også gis anvendelse når kommunen eller private tjenesteytere som har avtale med kommunen yter tannhelsetjenester. Departementet legger til grunn at selv om risikoen for alvorlig skade og skadepotensialet generelt antas å være mindre når det gjelder tannbehandling, sammenlignet med for eksempel sykehusbehandling, bør det i prinsippet stilles de samme krav til systematisk kvalitetsforbedrings- og pasientsikkerhetsarbeid for kommunal tannhelsevirksomhet og privat tannhelsevirksomhet som har avtale med kommunen, som for øvrige helse- og omsorgstjenester. Kravene til forsvarlige tjenester og kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid når det gjelder tannhelsetjenester følger allerede av gjeldende rett, blant annet gjennom forskriften om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.

Når det gjelder kommunens informasjonsplikt etter helse- og omsorgstjenesteloven § 4-2 a om forhold som pasienten eller brukeren har rett til å bli informert om etter pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2 fjerde ledd, finnes ikke tilsvarende bestemmelser for den fylkeskommunale tannhelsetjenesten i dag. De fleste sakene hos Norsk Pasientskadeerstatning (NPE) som gjelder krav om erstatning i forbindelse med tannbehandling, kommer fra privat sektor uten noen form for tilknytning til fylkeskommunen. Samtidig foreslår departementet i denne proposisjonen at kommunale tannhelsetjenester skal bli omfattet av pasient- og brukerombudsordningen, jf. punkt 10.21.8. Pasienten vil derfor kunne ha behov for informasjon fra kommunen om denne ordningen. Departementet anser det dermed hensiktsmessig at informasjonsplikten også bør gjelde for kommunale tannhelsetjenester.

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

Forslagene innebærer ikke at det stilles nye krav til virksomheter som yter tannhelsetjenester, utover det som allerede følger av det ulovfestede forsvarlighetskravet og forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring (internkontroll). Arbeid med systematisk kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet antas på sikt å kunne gi en gevinst i form av reduserte kostnader, ved at denne type arbeid vil redusere omfanget av uønskede hendelser og skader som det krever mye ressurser å rette opp.

Informasjonsplikten etter helse- og omsorgstjenesteloven § 4-2 a om ulike ordninger ved pasient-skade mv. vil være ny for den kommunale tannhelsetjenesten. Informasjonsplikten vil omfatte pasient- og brukerombudsordningen som er en ny ordning for så vidt gjelder offentlige tannhelsetjenester. Dette er informasjonsvirksomhet som kan integreres i den generelle informasjonen som personer med rettigheter til tannhelsehjelp forutsettes å få fra kommunen. Det antas ikke å medføre merarbeid for kommunen da det også er grunn til å anta at antall saker vil være begrenset.

10.16 Særlige plikter og oppgaver

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

10.16.1 Transport av behandlingpersonell

Departementet finner det hensiktsmessig å gi en samlet omtale under dette punktet av kommunens ansvar for å sørge for transport av tannhelsepersonell og ansvar for å dekke utgifter til transporten. Se for øvrig om kommunens ansvar for utgifter til tannhelsetjenester under punkt 10.19.1.

10.16.1.1 Gjeldende rett

Tannhelsetjenesteloven

Tannhelsetjenesteloven har ikke bestemmelser som pålegger fylkeskommunen ansvar for å sørge for transport av tannhelsepersonell hjem til pasienter med rettigheter etter loven som av helsemessige årsaker er forhindret fra å møte opp på behandlingsstedet. Tannhelsetjenesteloven inneholder heller ingen bestemmelser som eksplisitt regulerer dekning av personellens reiseutgifter.

Helse- og omsorgstjenesteloven

Det følger av helse- og omsorgstjenesteloven § 5-1 at for å oppfylle sitt overordnede ansvar for å sørge for at personer som oppholder seg i kommunen tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 første ledd, skal kommunen sørge for transport av behandlingpersonell som reiser til pasienter som

på grunn av sin helsetilstand ikke kan møte frem på behandlingsstedet. Transport av behandlingpersonell kan være aktuelt der pasienten på grunn av sin helsetilstand ikke kan møte frem på ordinært behandlingssted, men i stedet må gis ambulans behandling, enten på et annet behandlingssted eller i hjemmet.

Tilsvarende bestemmelse er fastsatt i spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a første ledd nr. 7 for så vidt gjelder de regionale helseforetakenes ansvar for å sørge for å tilby transport av behandlingpersonell i spesialisthelsetjenesten. Med hjemmel i spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a er det gitt særskilte regler om Helse Nord RHF sitt ansvar for å dekke utgifter til reise og opphold for kjeveortoped ved reise til og fra faste behandlingssteder (ambulant kjeveortopedtjeneste) i Helseregion Nord, herunder Svalbard, jf. forskrift 19. desember 2003 nr. 1755 om dekning av reise- og oppholdsutgifter ved ambulant kjeveortopedtjeneste i Nord-Norge.

Kommunens ansvar for å dekke reiseutgifter for behandlingpersonell, er nedfelt i helse- og omsorgstjenesteloven § 11-1 fjerde og femte ledd. Det følger av § 11-1 fjerde ledd at kommunen skal dekke reiseutgifter for behandlingpersonell som gir helsetjenester etter folketrygdloven kapittel 5. Det samme gjelder for kommunalt ansatt helsepersonell eller helsepersonell som har avtale med kommunen om å yte helsehjelp, herunder helsepersonell ansatt ved familievernkantor. Det er et vilkår at pasienten på grunn av sin helsetilstand ikke kan møte frem på behandlingsstedet.

Departementet kan gi forskrifter om dekning av reiseutgifter og skyssgodtgjørelse for behandlingpersonell, jf. § 11-1 femte ledd. Slik forskrift er gitt, jf. forskrift 19. mars 2003 nr. 1728 om dekning av utgifter til transport av helsepersonell m.m. i forbindelse med reise for å foreta undersøkelse og behandling.

10.16.1.2 Forslag i høringsnotatet

Departementet foreslo i høringsnotatet at bestemmelsen i helse- og omsorgstjenesteloven § 5-1 også burde gis anvendelse for transport av tannhelsepersonell til pasienter som på grunn av sin helsetilstand ikke kan møte frem på behandlingsstedet. Forslaget innebar at kommunen fikk en lovfestet plikt til å sørge for slik transport når det gjelder tannhelsetjenester. Videre foreslo departementet at ansvaret for å finansiere transporten reguleres i helse- og omsorgstjenesteloven § 11-1 og tilhørende forskrift, på samme måte som for andre kommunale helse- og omsorgstjenester.

10.16.1.3 Høringsinstansenes syn

Hesledirektoratet påpeker i sin høringsuttalelse at det i høringsnotatet fremstår noe uklart i hvilke tilfeller kommunalt ansatt tannhelsepersonell får dekket sine utgifter til transport:

«Får de kommunalt ansatte dekket utgifter til behandling av pasienter som ikke er omtalt i § 3-2b og heller ikke faller inn under innslagspunktene i forskrift om stønad til dekning av utgifter til tannbehandling? Kommunen har etter § 3-1 et sørge for-ansvar for tilgjengelige tannhelsetjenester, og i områder der et privat marked ikke eksisterer, vil den offentlige tannhelsetjenesten behandle pasienter som ikke inngår i § 3-2b mot betaling. Må disse pasientene da betale for tannlegens utgifter til transport?»

10.16.1.4 Departementets vurderinger og forslag

Ansvar for å sørge for transporten

Det vises til beskrivelsen av hva som ligger i begrepet «et oppsøkende og regelmessig tilbud» i tannhelsetjenesteloven § 1-3 første ledd, jf. punkt 10.9.2. Etter departementets vurdering ligger det implisitt i kommunens ansvar for å gi et oppsøkende tannhelsetilbud til bestemte persongrupper at dersom pasientens tilstand er til hinder for fysisk oppmøte på offentlig tannklinikk eller privat tannklinikk som kommunen har avtale med, kan det være nødvendig med ambulante tjenester. Dette vil særlig kunne være aktuelt for pasienter som bor på sykehjem eller som mottar kommunale helsetjenester i hjemmet i form av sykepleie. Siden tannbehandling vanligvis er relativt utstyrskreven, kan behandlingstilbudet naturlig nok bli noe begrenset i slike situasjoner. Tannhelsehjelp på institusjon eller i pasientens eget hjem vil derfor som regel begrenses til en første undersøkelse for å kartlegge behandlingsbehovet og eventuelt enklere behandling, som for eksempel enkle reparasjoner og tanntrekking. Videre utredning og behandling vil vanligvis forutsette at pasienten transporteres til tannklinikken. I stedet for ambulante tjenester, kan det for enkelte pasienter være behov for spesiell tilrettelegging av transport med assistanse, for eksempel i form av rullestol eller seng, slik at pasienten kan komme til tannklinikken. Så langt departementet kjenner til, er det vanlig praksis i fylkeskommunene at personellens reiseutgifter til institusjon eller pasientens hjem dekkes av fylkeskommunen i kraft av å være

arbeidsgiver eller oppdragsgiver, ettersom dette er å anse som en tjenestereise.

Departementet legger etter dette til grunn at behovet for å få utført kommunale tannhelsetjenester utenfor ordinært behandlingssted jevnt over vil være noe mindre enn det som gjelder for andre kommunale helse- og omsorgstjenester, for eksempel i forbindelse med fastlegers sykebesøk, legevakt samt helsetjenester og praktisk bistand i hjemmet. Hensynet til harmonisering av gjeldende rett og hensynet til mest mulig like regler for alle kommunale helse- og omsorgstjenester, taler imidlertid for at bestemmelsen som pålegger kommunen ansvar for å sørge for transport av behandlingsspersonell i helse- og omsorgstjenesteloven § 5-1 også gis anvendelse for «behandlingsspersonell» som yter tannhelsetjenester. Det vil i denne sammenheng bety transport av kommunalt ansatt tannhelsepersonell og av private tjenesteytere som utfører tannhelsetjenester på vegne av kommunen.

Når det gjelder rekkevidden av kommunens transportansvar, vil det i første omgang omfatte transport i forbindelse med behandling av pasienter som omfattes av de persongruppene som kommunen har plikt til å gi et oppsøkende tannhelsetilbud til. I den grad kommunen for å oppfylle sitt ansvar for å sørge for tilgjengelige tannhelsetjenester velger å gi et tilbud til voksne som ikke har rettigheter til tannhelsetjenester og som på grunn av helsetilstanden ikke kan møte opp på ordinært behandlingssted, må kommunen også sørge for transport for det aktuelle personellet. Dette følger av helse- og omsorgstjenesteloven § 5-1 og henvisningen til helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 første ledd som skal regulere ansvaret for tilgjengelige tannhelsetjenester.

Finansieringsansvar for transporten

Det finansielle ansvarsprinsipp tilsier at det er den instans som har ansvar for å sørge for et tjenestetilbud, som også har det finansielle ansvaret for tjenesten. Fylkeskommunen har i dag et generelt ansvar for å dekke utgifter ved Den offentlige tannhelsetjenesten, jf. tannhelsetjenesteloven § 5-1 første ledd. Finansieringsansvaret etter helse- og omsorgstjenesteloven § 11-1 første ledd omfatter «tiltak kommunen har ansvaret for etter loven her». Ansvaret vil omfatte alle utgifter som påløper i forbindelse med oppfyllelse av fylkeskommunens plikt til å gi et oppsøkende tilbud til disse gruppene, også når dette må gis utenfor ordinært behandlingssted ved at tannhelsepersonell reiser ut til pasienten. Departementet legger til grunn at

ansvaret for å dekke utgifter til transport av tannhelsepersonell også vil omfatte transport i forbindelse med behandling av pasienter som ikke har rettigheter til tannhelsehjelp, men som kommunen velger å gi et tannhelsetilbud til for å oppfylle sitt tilgjengelighetsansvar. Det betyr at det i disse tilfellene ikke er pasienten, men kommunen som skal dekke tannhelsepersonellens reiseutgifter.

Kommunens ansvar for å finansiere transport av behandlingspersonell går noe lenger enn kommunens ansvar for å sørge for transporten. I likhet med sørge for ansvaret omfatter finansieringsansvaret både kommunalt ansatt helsepersonell og helsepersonell som har avtale med kommunen om å yte helsehjelp. I tillegg har kommunen ansvar for å dekke reiseutgifter for behandlingspersonell som gir helsetjenester etter folketryktdloven kapittel 5. Dette innbefatter private tjenesteytere som ikke har avtale om å utføre tjenester for kommunen. Det betyr at kommunen skal dekke reiseutgifter også i tilfeller der private tannpleiere og tannleger som ikke har avtale med kommunen, reiser ut for å yte tannbehandling som er stønadsberettiget etter folketryktdloven §§ 5-6 og 5-6 a. Selve transporten til behandlingsstedet omfattes i disse tilfellene ikke av kommunens ansvar. Det som er nevnt her følger allerede av gjeldende rett og er ikke nytt i forbindelse med oppgaveoverføringen til kommunene.

Departementet opprettholder forslaget i høringsnotatet om at bestemmelsene i helse- og omsorgstjenesteloven § 5-1 samt § 11-1 fjerde og femte ledd kan gis anvendelse for transport av tannhelsepersonell, uten at det er behov for lovendringer. Forslaget innebærer en lovfesting av kommunens ansvar for å sørge for transport av tannhelsepersonell og ansvar for finansiering av transporten. Forslaget er i hovedsak en kodifisering og tydeliggjøring av gjeldende rett.

10.16.2 Beredskapsarbeid

10.16.2.1 Gjeldende rett

Tannhelsetjenesteloven inneholder ingen egen bestemmelse som pålegger fylkeskommunen planplikt i beredskapsøyemed.

Helse- og omsorgstjenesteloven § 5-2 slår fast at kommunen har plikt til å utarbeide en beredskapsplan for sin helse- og omsorgstjeneste i samarbeid med helseberedskapsloven. Planen skal samordnes med kommunens øvrige beredskapsplaner. En lignende bestemmelse finnes i spesialisthelsetjenesteloven § 2-1b.

Lov 23. juni 2000 nr. 56 om helsemessig og sosial beredskap (helseberedskapsloven) omfatter blant annet kommunale helse- og omsorgstjenester og tannhelsetjenester og inneholder krav til beredskapsplan for disse tjenestene.

10.16.2.2 Forslag i høringsnotatet

I høringsnotatet la departementet til grunn at de generelle kravene til beredskapsarbeid og krav til beredskapsplan som følger av helseberedskapsloven allerede gjelder for den fylkeskommunale tannhelsetjenesten. Videre la departementet til grunn at overføringen av ansvaret for tannhelsetjenester til kommunen innebærer at planplikten i helse- og omsorgstjenesteloven også naturlig vil omfatte kommunens ansvar for tannhelsetjenester.

10.16.2.3 Høringsinstansenes syn

Helsedirektoratet er den eneste høringsinstansen som har uttalt seg om kommunens ansvar for beredskapsarbeid, og støtter departementets forslag uten å begrunne dette nærmere.

10.16.2.4 Departementets vurderinger og forslag

Departementet viser til at bestemmelsen om beredskapsplan i helse- og omsorgstjenesteloven må ses i sammenheng med oppgavebeskrivelsen for kommunen i helse- og omsorgstjenesteloven og den oversikten over helsetilstand og påvirkningsfaktorer som kommunen er pålagt å ha. Departementet viser også til kommunens ansvar for forebyggende og helsefremmende tannhelsearbeid og legger derfor til grunn at kravet til beredskapsplan etter helse- og omsorgstjenesteloven bør omfatte tannhelsetjenester. Departementet opprettholder derfor forslaget i høringsnotatet. Plikten til å utarbeide beredskapsplan følger allerede av helseberedskapsloven i dag når det gjelder fylkeskommunale tannhelsetjenester, og medfører ingen endringer i gjeldende rett.

10.16.3 Plikt til bistand ved ulykker og andre akutte situasjoner

10.16.3.1 Gjeldende rett

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

Helse- og omsorgstjenesteloven § 5-3 første ledd gir kommunen adgang til å pålegge personell som utfører oppgaver etter loven å utføre nærmere tilvist arbeid ved ulykker og andre akutte situasjoner som forårsaker ekstraordinær pågang av pasienter. Tilsvarende beordringsplikt følger av helseberedskapsloven § 4-1. Eksempler på ulykker eller kriser hvor det kan være aktuelt med bistand er tog- og flyulykker, flom, snøskred, omfattende epidemier mv. Bestemmelsen i helse- og omsorgstjenesteloven § 5-3 andre ledd pålegger kommunen å yte bistand til andre kommuner ved ulykker og nødsituasjoner, dersom forholdene tilsier det. Forhold som kan nødvendiggjøre bistand kan være at det foreligger behov for personell, materiell eller lokaler som en kommune ikke har tilgjengelig. Den kommunen som yter bistand skal som hovedregel ha kompensasjon for utgiftene fra den kommunen som får bistand, jf. § 5-3 tredje ledd. Kommunene står imidlertid fritt til å inngå avtale om en annen løsning.

10.16.3.2 Forslag i høringsnotatet

Departementet la i høringsnotatet til grunn at bestemmelsene i helse- og omsorgstjenesteloven § 5-3 også bør få anvendelse på personell i den kommunale tannhelsetjenesten.

10.16.3.3 Høringsinstansenes syn

Helsedirektoratet støtter departementets forslag og er positive til at man øker bredden i personell som kan stilles til disposisjon i krisesituasjoner. Ingen andre høringsinstanser har uttalt seg om dette temaet.

10.16.3.4 Departementets vurderinger og forslag

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

10.16.4 Politiattest

10.16.4.1 Gjeldende rett

Tannhelsetjenesteloven § 3-1 pålegger fylkeskommunen en plikt til å innhente politiattest fra helsepersonell i samsvar med helsepersonelloven § 20 a. Kravet til innhenting og fremleggelse av politiattest omfatter både personell ansatt i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten og privat tannhelsevirksomhet som utføres etter avtale med fylkeskommunen. En likelydende bestemmelse om krav til politiattest er inntatt i spesialisthelsetjenesteloven § 3-17.

Stortinget vedtok 9. juni 2016 lovendringer som innebærer en innskjerping av reglene om fremlegging av politiattest for personell som skal yte tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven, jf. Prop. 94 L (2015–2016) *Endringer i helse- og omsorgstjenesteloven og helsepersonelloven (politiattest i den kommunale helse- og omsorgstjenesten)* og Innst. 369 L (2015–2016). Lovendringene trådte i kraft 1. januar 2017. Under gis det en nærmere omtale av endringene.

Bestemmelsen i helsepersonelloven § 20 a første ledd pålegger den som skal yte spesialisthelsetjenester og tannhelsetjenester til barn å fremlegge politiattest som nevnt i politiregisterloven § 39 første ledd ved tilbud om stilling, ved inngåelse av avtale etter tannhelsetjenesteloven § 4-2 første ledd og spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a sjette ledd, samt ved melding om åpning, overtakelse og inntreden i privat virksomhet. Videre fremgår det av § 20 a andre ledd at den som skal yte spesialisthelsetjenester og tannhelsetjenester til personer med utviklingshemming i tilfeller som nevnt i første ledd skal fremlegge politiattest som viser om vedkommende er siktet, tiltalt, har vedtatt forelegg eller er dømt for brudd på overtredelse av nærmere angitte bestemmelser i straffeloven. Plikten til å fremlegge politiattest omfatter ikke den som bare sporadisk yter slike tjenester og som i alminnelighet ikke vil være alene med barn eller personer med utviklingshemming. Endringene i helsepersonelloven § 20 a innebærer en videreføring av gjeldende rett når det gjelder fylkeskommunens plikt til å innhente politiattest fra personell som er ansatt i fylkeskommunen eller som yter tannhelsetjenester etter avtale med fylkeskommunen.

Endringene i helse- og omsorgstjenesteloven § 5-4 innebærer at kommunen eller annen arbeidsgiver som yter tjenester etter loven, ved tilbud om stilling eller oppdrag skal kreve fremlagt politiattest fra personer som skal yte slike tjenester. Plikten til å kreve politiattest gjelder uavhengig av

hvilke pasient- eller brukergrupper personellet skal yte tjenester til. Videre er det innført en ny § 5-4 a i helse- og omsorgstjenesteloven om konsekvenser av anmerkninger på en politiattest. Personer med anmerkninger på en politiattest som viser at vedkommende har vedtatt forelegg eller er dømt for overtredelser etter nærmere angitte bestemmelser i straffeloven, er utelukket fra å yte helse- og omsorgstjenester til barn eller personer med utviklingshemming.

Det fremgår av helsepersonelloven § 20 a sjette ledd at helsepersonell som yter tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven skal fremlegge politiattest som nevnt i helse- og omsorgstjenesteloven § 5-4. Det betyr at dagens krav om politiattest, som er begrenset til personer som skal yte tjenester til barn og personer med utviklingshemming, etter lovendringen bare gjelder for spesialisthelsetjenesten og den fylkeskommunale tannhelsetjenesten, mens det gjelder strengere regler for personell i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Lovendringene innebærer at helsepersonell som yter tannhelsetjenester fortsatt skal fremlegge politiattest etter tannhelsetjenesteloven, frem til ansvaret for tannhelsetjenester er overført til kommunene fra 1. januar 2020. Etter at ansvaret formelt er overført, skal personell som yter tannhelsetjenester legge frem politiattest med samme innhold som personell i den øvrige kommunale helse- og omsorgstjenesten i tråd med de skjerpede reglene i helse- og omsorgstjenesteloven.

10.16.4.2 Forslag i høringsnotatet

I høringsnotatet foreslo departementet at dagens plikt for fylkeskommunen til å innhente politiattest for personell som skal yte tannhelsetjenester til barn eller personer med utviklingshemming etter tannhelsetjenesteloven § 3-1, burde videreføres på kommunalt nivå i forbindelse med oppgaveoverføringen. Departementet viste i tillegg til at de foreslåtte lovendringene som fremgår av Prop. 94 L (2015–2016) innebærer at helsepersonell som skal yte tannhelsetjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven vil bli pålagt et krav om fremleggelse av politiattest som er strengere enn det som fremgår av helsepersonelloven § 20 a.

10.16.4.3 Høringsinstansenes syn

Helsedirektoratet støtter departementets forslag. Ingen andre høringsinstanser har uttalt seg om dette temaet.

10.16.4.4 Departementets vurderinger og forslag

Barn og personer med psykisk utviklingshemming er blant de gruppene som har krav på et regelmessig, oppsøkende og gratis tannhelsetilbud fra det offentlige. Departementet ser det som viktig at barn og deres pårørende har tillit til utøvende personell. Det innebærer at barn og foreldre bør føle seg trygge på at barna ikke møter tannhelsepersonell som er siktet, tiltalt, ilagt forelegg eller dømt for seksuelle overgrep. Det samme gjelder personer med utviklingshemming og deres pårørende. Den plikten som fylkeskommunen i dag har til å innhente politiattest for personell som skal yte tannhelsetjenester til barn eller personer med utviklingshemming, bør derfor videreføres i forbindelse med oppgaveoverføringen.

I tillegg viser departementet til at de vedtatte lovendringene som er beskrevet under punkt 10.16.4.1 innebærer at helsepersonell som skal yte tannhelsetjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven vil bli pålagt et krav om fremleggelse av politiattest som er strengere enn det som fremgår av helsepersonelloven § 20 a første og andre ledd. Kommunens plikt til innhenting av politiattest fra personer som skal yte tannhelsetjenester vil bli tilsvarende utvidet til å omfatte tjenester til alle pasient- og brukergrupper, uavhengig om det dreier seg om barn eller personer med utviklingshemming. Det skjerpede kravet til innhenting av politiattest etter helse- og omsorgstjenesteloven vil omfatte både kommunalt ansatt tannhelsepersonell og privatpraktiserende tannhelsepersonell som har avtale med kommunen om å yte tjenester på vegne av kommunen. Etter departementets vurdering bør det stilles samme krav til fremleggelse og innhenting av politiattest for tannhelsepersonell som for annet personell. Dette er en naturlig konsekvens av å innlemme tannhelsetjenester i helse- og omsorgstjenesteloven.

Departementet opprettholder forslaget i høringsnotatet om å gi helse- og omsorgstjenesteloven §§ 5-4 og 5-4 a uavkortet anvendelse for tannhelsetjenester med virkning fra 1. januar 2020.

Forslaget innebærer en utvidelse av kommunens plikt til å kreve fremlagt politiattest for alle som skal yte tannhelsetjenester etter loven, uavhengig av hvem de skal yte tjenester til. Siden barn og personer med utviklingshemming utgjør to av kjernegruppene for det offentlige tannhelsetilbudet, er det grunn til å anta at fylkeskommunen i de fleste tilfeller allerede har innhentet politiattest som også kan legges til grunn når tannhel-

sepersonell på vegne av kommunen skal behandle andre (voksne) persongrupper. Det er derfor ikke grunn til å forvente vesentlig merarbeid for kommunen når det gjelder innhenting av politiattester.

10.16.5 Registrering av meldinger

10.16.5.1 Gjeldende rett

Helse- og omsorgstjenesteloven

Helse- og omsorgstjenesteloven § 5-7 pålegger kommunen plikt til å motta og registrere meldinger om helsepersonell i kommunen. Bestemmelsen er en videreføring av kommunehelsetjenesteloven § 1-3b, som påla kommunen plikt til å registrere meldinger om «helsepersonell i kommunen og i kommunehelsetjenesten». Formuleringen «i kommunehelsetjenesten» er sløffet ved videreføring av registreringsplikten i helse- og omsorgstjenesteloven § 5-7, uten at dette innebærer noen realitetsendring. Kommunens registreringsplikt omfatter meldinger om privatpraktiserende helsepersonell som har etablert behandlingssted innenfor det geografiske området for den aktuelle kommunen. Ut fra den generelle ordlyden i § 5-7 omfatter registreringsplikten også meldinger fra privat helsepersonell uten avtale med kommunen.

Tannhelsetjenesteloven

En tilsvarende bestemmelse om registreringsplikt finnes i tannhelsetjenesteloven § 1-3b, hvor det fremgår at fylkeskommunen skal motta og registrere meldinger om «helsepersonell i fylkeskommunen og i tannhelsetjenesten». Bestemmelsen i tannhelsetjenesteloven § 1-3b har tilsvarende ordlyd som kommunehelsetjenesteloven § 1-3b, som er videreført i helse- og omsorgstjenesteloven § 5-7. Bestemmelsene må forstås på samme måte. Det vil si at registreringsplikten omfatter meldinger fra private tannpleiere og tannleger, uavhengig av om de har avtale med fylkeskommunen eller ikke.

Helsepersonelloven

Kommunens og fylkeskommunens plikt til å registrere meldinger om helsepersonell må ses i sammenheng med bestemmelsene i helsepersonelloven § 18 som pålegger helsepersonell med autorisasjon eller lisens i privat virksomhet plikt til å gi kommune eller regionalt helseforetak melding når de åpner, overtar eller trer inn i virksomhet som er omfattet av helsepersonelloven. Melding

skal også gis ved opphør av slik virksomhet. Meldeplikten er ment å være et hjelpemiddel i myndighetenes planlegging og organisering av helsepersonell, slik at myndighetene på den måten vil kunne få oversikt over helsepersonelldekningen på landsbasis med muligheter for eventuelt å iverksette styringstiltak. Bestemmelsen gjør det også mulig for kommunen å ha oversikt over helsepersonell i kommunen i en beredskapssituasjon. I tilfeller der det enkelte helsepersonell har driftsavtale eller fastlegeavtale med kommunen, vil kommunen på en enkel måte kunne få nødvendig oversikt over personellsituasjonen i kommunen. Politiattest som nevnt i helsepersonelloven § 20 a skal følge meldingen.

Rekkevidden av helsepersonelloven § 18 første ledd er nærmere belyst i Ot.prp. nr. 13 (1998–99) *Om lov om helsepersonell m v (helsepersonelloven)* side 225, hvor det fremgår av spesialmerknadene at bestemmelsen omfatter offentlig ansatte og privatpraktiserende eller privat ansatt helsepersonell når disse påtar seg arbeid som helsepersonell i privat virksomhet. Videre uttales det i forarbeidene om bestemmelsen at «den er for eksempel aktuell når en fysioterapeut, kiropraktor eller tannlege starter selvstendig virksomhet i en kommune». Verken tannleger eller kiropraktorer har vanligvis avtale med kommune, fylkeskommune eller regionalt helseforetak mv. om ytelse av helsetjenester. Det legges derfor til grunn at meldeplikten etter helsepersonelloven § 18 også omfatter helsepersonell som driver privat praksis uten slik avtale.

Helsepersonelloven § 18 pålegger helsepersonell meldeplikt til kommune og regionalt helseforetak, men ikke til fylkeskommunen. Opprinnelig omfattet bestemmelsen melding til kommuner og fylkeskommuner. Som følge av sykehusreformen, hvor ansvaret for spesialisthelsetjenesten ble overført fra fylkeskommunen til staten ved de regionale helseforetakene, ble bestemmelsen endret. Av de spesielle merknadene til § 18 i Ot.prp. nr. 66 (2000–2001) *Om lov om helseforetak m.m.* punkt 8.15 side 171, fremgår det at bestemmelsen i § 18 første ledd første punktum er endret slik at helsepersonells melding skal gis til kommune/fylkeskommune eller regionalt helseforetak. Dette gjenspeiles imidlertid ikke i lovteksten, hvor ordet «fylkeskommune» ble tatt ut og erstattet med «regionalt helseforetak». En utilsiktet konsekvens av lovendringen var at tannhelsepersonells meldeplikt til fylkeskommunen falt bort med virkning fra 1. januar 2002.

10.16.5.2 Forslag i høringsnotatet

I høringsnotatet la departementet til grunn at helse- og omsorgstjenesteloven § 5-7 bør gis anvendelse slik at kommunen får plikt til å motta og registrere meldinger om tannhelsepersonell som har privat praksis i kommunen. Ved overføringen av ansvaret for tannhelsetjenester til kommunene vil tannhelsepersonell få tilsvarende meldeplikt til kommunen etter helsepersonelloven § 18. På den måten gjenoprettes rettstilstanden slik den var før 2002.

10.16.5.3 Høringsinstansenes syn

Helsedirektoratet er den eneste instansen som har avgitt hørings svar til dette temaet. Direktoratet er positiv til departementets forslag og viser til at en tydeliggjøring av kommunens plikt til å motta og registrere meldinger om privat tannhelsevirksomhet vil gi kommunene god mulighet til å holde oversikt over tilgjengeligheten av tannhelsetjenester til befolkningen.

10.16.5.4 Departementets vurderinger og forslag

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

10.16.6 Meldingsplikt til kommuneadministrasjonen

10.16.6.1 Gjeldende rett

Helse- og omsorgstjenesteloven § 5-8 gir kommunen adgang til å pålegge «personell som yter tjenester etter denne lov» å gi opplysninger til bruk

for planlegging, styring og utvikling av den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Utlevering av taushetsbelagte opplysninger kan bare skje etter samtykke fra den opplysningene angår, hvis ikke annet er bestemt i eller i medhold av lov. Pålegg etter denne bestemmelsen skal være saklig begrunnet og ikke omfatte flere opplysninger enn det som er nødvendig av hensyn til formålet. Bestemmelsen gjør det mulig for kommunen blant annet å innhente opplysninger som er nødvendige for å utarbeide oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer som nevnt i loven § 3-3 andre ledd om helsefremmende og forebyggende helsearbeid. Bestemmelsen er en videreføring av kommunehelsetjenesteloven § 3-4 som gjaldt for «helsepersonell som arbeider innenfor rammen av denne lov». Den samme avgrensningen er lagt til grunn i forarbeidene til helse- og omsorgstjenesteloven, jf. Prop. 91 L (2010–2011) side 497. Bestemmelsen omfatter både personell som er ansatt i kommunen og private tjenesteytere som utfører tjenester på vegne av kommunen etter avtale.

En tilsvarende bestemmelse finnes i tannhelsetjenesteloven § 1-5. Bestemmelsen retter seg mot helsepersonell som arbeider innenfor rammen av denne loven. Bestemmelsen må forstås slik at den ikke bare omfatter fylkeskommunens egne ansatte tannhelsepersonell, men også private tjenesteytere som har avtale med fylkeskommunen. Det vises til at bestemmelsen er identisk med den tidligere bestemmelsen i kommunehelsetjenesteloven § 3-4 som er videreført i helse- og omsorgstjenesteloven § 5-8.

10.16.6.2 Forslag i høringsnotatet

I høringsnotatet foreslo departementet å gi bestemmelsen i helse- og omsorgstjenesteloven § 5-8 anvendelse for personell som yter tannhelsetjenester etter denne loven. Departementet foreslo å ta inn en presisering i lovteksten om at meldeplikten også omfatter private tjenesteytere uten avtale med kommunen. Dette forslaget til lovendring omfattet alle private ytere av helse- og omsorgstjenester i kommunen, inkludert tannhelsetjenester.

10.16.6.3 Høringsinstansenes syn

Helsedirektoratet er positiv til at helse- og omsorgstjenesteloven § 5-8 gis anvendelse på tannhelsetjenester. Direktoratet viser til at også dette vil gi kommunen en god mulighet til å holde

oversikt over tilgjengeligheten av tannhelsetjenester til befolkningen.

Norsk Pasientskadeerstatning viser til dersom det innføres en meldeplikt for private tjenesteytere slik som foreslått i helse- og omsorgstjenesteloven § 5-8, er det ønskelig at dette tilrettelegges slik at NPE også kan få oversikt over alle slike tjenesteytere i landet. Dermed kan NPE bedre følge opp innkreving av tilskudd innenfor den private helsetjenesten i Norge, noe som vil støtte opp under finansieringen av pasientskadeordningen for den private helsetjenesten her i landet.

Den norske tannlegeforening (NTF) støtter ikke departementets forslag om å ta inn en ny bestemmelse i helse- og omsorgstjenesteloven § 5-8 om at meldingsplikten også gjelder private tjenesteytere som ikke har avtale med kommunen, og uttaler i den forbindelse:

«NTF vil hevde at dette er en ubegrunnet materiell utvidelse som ikke er i samsvar med tannhelsetjenesteloven. NTF mener at departementet legger feilaktig til grunn at gjeldende § 5-8 også omfatter privatpraktiserende helsepersonell uten slik avtale. Hvis departementets rettsoppfatning stemmer, fremstår forslaget som unødvendig. NTF vil hevde at det ikke kan være noen tvil om at kun privatpraktiserende tannleger som har avtale med fylkeskommunen omfattes av tannhelsetjenesteloven § 1-5. Det vises bl.a. til tannhelsetjenesteloven § 1-1 tredje ledd (...). NTF vil for øvrig vise til at departementet selv opplyser at behovet for opplysninger om tannhelsetilstanden til voksne (ikke individdata) for planformål og andre opplysninger som er relevante i samordningssammenheng allerede er ivaretatt (s. 155), og at nødvendige opplysninger kan innhentes med hjemmel i helse- og omsorgstjenesteloven § 5-7. Det er ikke behov for å utvide helse- og omsorgstjenesteloven § 5-8 til også å omfatte private tjenesteytere som ikke har avtale med kommunen.»

Norsk Fysioterapeutforbund støtter heller ikke departementets forslag til endringer i helse- og omsorgstjenesteloven § 5-8, og uttaler at privatpraktiserende helsepersonell uten tilknytning til den offentlige helsetjenesten ikke kan pålegges å gi opplysninger til bruk for pålegg, styring og utvikling av den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

10.16.6.4 Departementets vurderinger og forslag

Bestemmelsen i helse- og omsorgstjenesteloven § 5-8 vil bidra til å ivareta kommunens behov for innsamling og bearbeiding av informasjon om tannhelsetjenester. Bestemmelsen gjør det blant annet mulig for kommunen å innhente opplysninger fra private tjenesteytere som er nødvendige for å utarbeide oversikt over organisatoriske forhold basert på opplysninger om kapasitet, åpningstid, muligheter til å delta i organisert akuttjeneste og relevante opplysninger om tannhelsetilstand og påvirkningsfaktorer i kommunen i samsvar med folkehelseloven § 5. Bestemmelsen har også betydning for muligheten til å få informasjon fra private tjenesteytere med det formål å samordne offentlig og privat tannhelsetjeneste.

Når det gjelder rekkevidden av meldingsplikten etter helse- og omsorgstjenesteloven § 5-8, la departementet i høringsnotatet til grunn at bestemmelsen også omfatter privatpraktiserende helsepersonell som ikke har avtale om å yte tjenester på vegne av kommune. Det ble vist til at helse- og omsorgstjenesteloven § 5-8 må ses i sammenheng med bestemmelsen i helsepersonelloven § 37 som gir generell hjemmel for at Kongen kan pålegge «helsepersonell med autorisasjon eller lisens» å gi opplysninger til helseregistre. Begrunnelsen for disse to bestemmelsene er den samme, jf. uttalelser i Ot.prp. nr. 13 (1998–99) side 256. Departementet la derfor til grunn at personkretsen som kan pålegges å gi opplysninger også bør være den samme. Forslaget om å tydeliggjøre at meldingsplikten også gjelder private tjenesteytere uten avtale med kommunen, ble på denne bakgrunn vurdert å være kun en presisering av gjeldende rett.

På bakgrunn av høringsuttalelsene har imidlertid departementet vurdert forslaget til lovendring på nytt. Formuleringen «personell som yter tjenester etter denne lov» i helse- og omsorgstjenesteloven § 5-8 og den tilsvarende formuleringen «helsepersonell som arbeider innenfor rammen av denne lov» i tannhelsetjenesteloven § 1-5, må ses i lys av at virkeområdet både for helse- og omsorgstjenesteloven og tannhelsetjenesteloven i utgangspunktet er begrenset til å omfatte private tjenesteytere som har avtale med henholdsvis kommunen og fylkeskommunen. Etter departementets vurdering gir ordlyden neppe grunnlag for å slå fast at bestemmelsen i helse- og omsorgstjenesteloven § 5-8 har et så vidt anvendelsesområde som departementet la til grunn i høringsnotatet. At en privat tannlege eller tannpleier rent faktisk praktiserer sitt yrke kan ikke alene være

tilstrekkelig for at vedkommende skal omfattes av helse- og omsorgstjenesteloven. Departementet finner heller ikke klare holdepunkter i lovforarbeidene for en tolkning som omfatter rent private tjenesteytere uten avtale.

Departementet opprettholder på denne bakgrunn ikke forslaget i høringsnotatet om å endre helse- og omsorgstjenesteloven § 5-8. Forslaget om å gi helse- og omsorgstjenesteloven § 5-8 slik den står anvendelse for kommunalt ansatt tannhelsepersonell og private tjenesteytere som har avtale med kommunen, er en videreføring av gjeldende rett.

10.16.7 Opplysningsplikt til Statens helsetilsyn og Fylkesmannen

10.16.7.1 Gjeldende rett

Etter tannhelsetjenesteloven § 6-2 andre ledd kan Statens helsetilsyn eller den det gir myndighet «kreve opplysninger om tannhelsetjenesten i fylkeskommunen og dens pasienter» som er påkrevd for oversikt, kontroll og tilsyn. Det foretas inspeksjon og undersøkelser også av journal og opptegetninger mv. Det fremgår av bestemmelsen at taushetsplikt ikke er til hinder for å gi opplysninger til tilsynsmyndighetene. Det forutsettes imidlertid at utlevering av opplysningene er nødvendig for å fremme tilsynsorganets oppgaver. Bestemmelsen skal sikre at tilsynsmyndighetene gis opplysninger som er nødvendige for at tilsynsorganet kan utføre sine oppgaver. Bestemmelsen i tannhelsetjenesteloven § 6-2 andre ledd tilsvarer den tidligere bestemmelsen i kommunehelsetjenesteloven § 6-3 andre ledd.

Etter ordlyden i tannhelsetjenesteloven § 6-2 andre ledd er det noe uklart *hvem* Statens helsetilsyn kan kreve opplysninger av i tilsynsøyemed. Forarbeidene til tannhelsetjenesteloven kaster heller ikke lys over dette spørsmålet. Forarbeidene til kommunehelsetjenesteloven synes imidlertid å forutsette at de tilsvarende reglene i loven § 6-3 ikke bare retter seg mot kommunen som sådan, men også mot kommunens ansatte helsepersonell og privatpraktiserende som har avtale med kommunen, jf. departementets uttalelser til § 6-3 i Ot.prp. nr. 66 (1981–82) side 36. Departementet legger etter dette til grunn at hverken bestemmelsen i tannhelsetjenesteloven § 6-2 andre ledd eller kommunehelsetjenesteloven § 6-3 andre ledd gir hjemmel for å pålegge private tjenesteytere uten avtale med fylkeskommunen eller kommunen å gi opplysninger til tilsynsmyndighetene.

Helse- og omsorgstjenesteloven § 5-9 inneholder en bestemmelse som pålegger «enhver som utfører tjeneste eller arbeid som omfattes av denne loven», plikt til å etterkomme anmodning fra Statens helsetilsyn og Fylkesmannen om å gi opplysninger som tilsynsorganet finner nødvendige for å kunne utføre sine oppgaver i medhold av lov, forskrift eller instruks. Den som er pålagt å gi opplysninger, skal også gi tilsynsmyndighetene adgang til virksomheten. Den som skal gi opplysninger, eller som ønsker å gi opplysninger til tilsynsmyndighetene av eget tiltak, kan gjøre det uten hinder av taushetsplikt dersom det antas å være nødvendig for å fremme tilsynsorganets oppgaver.

Bestemmelsen i helse- og omsorgstjenesteloven § 5-9 er en videreføring av bestemmelsen i kommunehelsetjenesteloven § 6-3 andre ledd, men med en ordlyd utformet etter modell fra en tilsvarende bestemmelse i spesialisthelsetjenesteloven § 6-2, jf. Prop. 91 L (2010–2011) punkt 10.6.5.4 side 111. Det fremgår av forarbeidene til spesialisthelsetjenesteloven at også private virksomhetsutøvere vil ha opplysningsplikt overfor tilsynsmyndighetene etter denne bestemmelsen, jf. Ot.prp. nr. 10 (1998–99) *Om lov om spesialisthelsetjenesten m.m.* punkt 7.2.5 side 98, hvor det blant annet heter:

«(...) Siden opplysningsplikten etter lovforslaget knyttes til «helsetjenester som omfattes av denne loven» er det imidlertid på det rene at også private virksomhetsutøvere har opplysningsplikt overfor tilsynsmyndighetene etter lovforslaget. Etter lovforslaget vil for eksempel privatpraktiserende spesialister utenfor institusjon ha opplysningsplikt når tilsynsmyndighetene anmoder om visse opplysninger. Etter gjeldende rett har bare visse personer ved private helseinstitusjoner opplysningsplikt. Leger har imidlertid opplysningsplikt etter dagens legelov og dette er videreført for alle grupper helsepersonell i forslag til lov om helsepersonell § 30.»

Den samme forståelsen når det gjelder hvorvidt private tjenesteytere omfattes av opplysningsplikten til tilsynsmyndighetene, må legges til grunn for forståelsen av bestemmelsen i helse- og omsorgstjenesteloven § 5-9. Lovforarbeidene gir imidlertid ikke svar på om opplysningsplikten etter spesialisthelsetjenesteloven § 6-2 og helse- og omsorgstjenesteloven § 5-9 er begrenset til å omfatte private tjenesteytere som har avtale med

det offentlige, eller om plikten også omfatter private tjenesteytere uten slik avtale.

Av helsepersonelloven § 30 fremgår at helsepersonell skal gi Statens helsetilsyn og Fylkesmannen adgang til virksomhetens lokaler og gi alle de opplysninger som anses påkrevd for utføringen av tilsyn med helsepersonellens virksomhet. Helsepersonellet skal uavhengig av taushetsplikt utlevere den dokumentasjon som tilsynsmyndighetene krever. Opplysningsplikten etter helse- og omsorgstjenesteloven § 5-9 og spesialisthelsetjenesteloven § 6-2 sammenfaller i stor grad med opplysningsplikten i helsepersonelloven § 30. Samtidig har helsepersonelloven § 30 en videre rekkevidde siden den gjelder for «helsepersonell» generelt, uavhengig av om de har offentlig tilknytning eller ikke. Det betyr at en plikt til å gi opplysninger til tilsynsmyndighetene for private tjenesteytere som ikke har avtale med kommunen eller staten ved regionalt helseforetak, må utledes av bestemmelsen i helsepersonelloven § 30 og ikke av bestemmelsene i helse- og omsorgstjenesteloven § 5-9 og spesialisthelsetjenesteloven § 6-2.

10.16.7.2 Forslag i høringsnotatet

I høringsnotatet foreslo departementet at bestemmelsen i helse- og omsorgstjenesteloven § 5-9 burde gis anvendelse for alle som yter tannhelsetjenester eller utfører annet arbeid i tilknytning til kommunale tannhelsetjenester som omfattes av loven.

10.16.7.3 Høringsinstansenes syn

Helsedirektoratet er den eneste høringsinstansen som har uttalt seg. Direktoratet støtter departementets forslag, men ønsker at det påpekes hvorvidt dette også gjelder private tjenesteytere med avtale med kommunen. Direktoratet viser til at helsepersonelloven § 30 vil gjelde uavhengig av ansettelsesforhold og tilknytning til kommunen.

10.16.7.4 Departementets vurderinger og forslag

Etter departementets vurdering er det nødvendig med bestemmelser som sikrer at tilsynsmyndighetene får tilgang til opplysninger som er nødvendige for at tilsynsorganet får utført sine oppgaver når det gjelder tilsyn med kommunale tannhelsetjenester. Det vises til omtalen av statlig tilsyn under punkt 10.20.2. Departementet opprettholder derfor forslaget i høringsnotatet om at opplysningsplikten i helse- og omsorgstjenesteloven § 5-9 også bør få anvendelse for alle som utfører tann-

helsetjenester eller annet arbeid i tilknytning til den kommunale tannhelsetjenesten. Som det er redegjort for under punkt 10.16.7.1, gjelder opplysningsplikten blant annet for private tjenesteytere som har avtale med kommunen. Departementet legger til grunn at private tjenesteytere som ikke har avtale med kommunen, har tilsvarende opplysningsplikt etter helsepersonelloven § 30. Forslaget er i sin helhet en videreføring av gjeldende rett.

10.16.8 Journal- og informasjonssystemer

10.16.8.1 Gjeldende rett

Tannhelsetjenesteloven inneholder ingen bestemmelser som stiller krav om journal- og informasjonssystemer overfor fylkeskommunen og private tjenesteytere som har avtale med fylkeskommunen. Lov 20. juni 2014 nr. 43 om helseregistre og behandling av helseopplysninger (helseregisterloven) og lov 14. april 2000 nr. 31 om behandling av personopplysninger (personopplysningsloven) stiller imidlertid i praksis strenge krav til informasjonssystemene i offentlig virksomhet, herunder den fylkeskommunale tannhelsetjenesten. Helseregisterloven gjelder for helse- og omsorgsforvaltningen og helse- og omsorgstjenesten. Loven regulerer både offentlig og privat virksomhet på samme måte. Dette følger av en alminnelig fortolkning av ordlyden i helseregisterloven § 3 som omhandler det saklige virkeområdet for loven. Virksomheten må ellers innrettes på forsvarlig måte.

Helse- og omsorgstjenesteloven § 5-10 inneholder bestemmelser som pålegger «kommunen og virksomhet som har avtale med kommunen om å yte helse- og omsorgstjenester», en plikt til å sørge for at journal- og informasjonssystemene i virksomheten er forsvarlige. De skal ta hensyn til behovet for effektiv elektronisk samhandling ved anskaffelse og videreutvikling av sine journal- og informasjonssystemer. Bestemmelsen omfatter etter sin ordlyd ikke private tjenesteytere uten avtale med kommunen. En lignende bestemmelse for helseinstitusjoner finnes i spesialisthelsetjenesteloven § 3-2. Bestemmelsene innebærer at virksomhetene må sørge for at pasientopplysninger er tilgjengelige for rett person til rett tid, og at sensitive pasient- og brukerdata har den nødvendige beskyttelse slik at taushetsplikten ivaretas.

Lov 20. juni 2014 nr. 42 om behandling av helseopplysninger ved ytelse av helsehjelp (pasientjournalloven) gjelder all behandling av helseopplysninger som er nødvendig for å yte, adminis-

trere eller kvalitetssikre helsehjelp til personer. Med «behandlingsrettede helseregistre» menes pasientjournal- og informasjonssystemer eller annet register, fortegnelse eller lignende, der helseopplysninger er lagret systematisk slik at opplysninger om den enkelte kan finnes igjen og som skal gi grunnlag for helsehjelp eller administrasjon av helsehjelp til enkeltpersoner, jf. loven § 2 bokstav d. Med hjemmel i pasientjournalloven § 7 tredje ledd er det gitt forskrift 1. juli 2015 nr. 853 om IKT-standarder i helse- og omsorgstjenesten. Forskriften gjelder private og offentlige virksomheter innen helse- og omsorgstjenesten som bruker behandlingsrettede helseregistre, jf. § 2. Forskriften § 3 oppstiller krav om at behandlingsrettede helseregistre som hovedregel skal føres elektronisk. Dersom det i enkelttilfeller ikke er mulig å registrere opplysningene elektronisk, kan de dokumenteres på annen måte inntil de kan registreres elektronisk.

10.16.8.2 Forslag i høringsnotatet

Departementet foreslo i høringsnotatet at ansvaret for å sørge for forsvarlige informasjons- og journalsystemer etter helse- og omsorgstjenesteloven § 5-10 også burde få anvendelse for tannhelsetjenester som ytes av kommunen eller av private som har avtale med kommunen.

10.16.8.3 Høringsinstansenes syn

Helsedirektoratet er eneste instans som har uttalt seg og støtter departementets forslag. Direktoratet mener det bør tydeliggjøres i proposisjonen hvorvidt forslaget medfører en plikt for kommunene til å kjøpe inn journalsystemer til private tannleger med avtale med kommunen, og i hvilken grad dette bør reguleres gjennom kommunens avtale med den enkelte privatpraktiserende tannlege.

10.16.8.4 Departementets vurderinger og forslag

Departementet ser det som viktig at det er mest mulig lik regulering av de overordnede kravene til forsvarlige IKT-systemer i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, uavhengig av hvilke deltjenester i kommunen det er tale om. Elektronisk pasientjournal (EPJ) vil gjøre det mulig å arkivere pasientopplysninger på en systematisk måte og gjør det lettere å overføre opplysninger til andre behandlere ved behov, etter pasientens samtykke. EPJ gir også mulighet til å standardisere opplysninger på en enkel måte og overføre data elektro-

nisk til andre. Riktig bruk av IKT i kombinasjon med organisasjonsutvikling og samarbeid med andre kan medvirke til å forbedre kvaliteten på tjenestene og effektivisere arbeidet. Også tannhelsetjenesten vil ha egeninteresse av å legge til rette for en effektiv elektronisk meldingsutveksling. Departementet opprettholder derfor forslaget i høringsnotatet om at plikten til å sørge for forsvarlige journal- og informasjonssystemer i helse- og omsorgstjenesteloven § 5-10 bør gis anvendelse for kommunen når den selv yter tannhelsetjenester og for private som yter tannhelsetjenester på vegne av kommunen.

Forslaget innebærer en presisering av kravene som allerede følger av personvernlovgivningen, helseregisterloven og pasientjournalloven, forskriften om IKT-standarder og av det ulovfestede kravet om faglig forsvarlig virksomhet. Forslaget representerer således en videreføring og en tydeliggjøring av gjeldende rett. Det er innført EPJ på alle de fylkeskommunale tannklinikene i landet og de pasientadministrative systemene kan kommunisere med hverandre. Forslaget forutsetter ikke i seg selv investeringer i nye systemer eller oppgraderinger av eksisterende systemer. Forslaget innebærer heller ikke at kommunen pålegges plikt til å gå til innkjøp av slike systemer til private ytere av tannhelsetjenester som har avtale med kommunen. Det vises til at bestemmelsen i helse- og omsorgstjenesteloven § 5-10 er utformet slik at den retter seg både mot kommunen og mot private med avtale. Det vil si at det er to separate pliktsubjekter med selvstendig ansvar for å sørge for forsvarlige journal- og informasjonssystemer for egen virksomhet. Kostnadene ved innkjøp og oppgradering av slike systemer må derfor dekkes av henholdsvis kommunen og den private tjenesteyteren.

10.17 Individuell plan, koordinator og koordinerende enhet

Kapittel 7 i helse- og omsorgstjenesteloven inneholder bestemmelser som stiller krav til individuell plan, koordinator og koordinerende enhet. Den enkelte pasient og brukers rett til individuell plan er regulert i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 2, jf. punkt 10.21.3.

10.17.1 Gjeldende rett

Tannhelsetjenesteloven inneholder ingen bestemmelser om individuell plan.

Etter helse- og omsorgstjenesteloven § 7-1 første ledd skal kommunen utarbeide en individuell plan for pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester etter loven. Kommunen skal samarbeide med andre tjenesteytere om planen for å bidra til et helhetlig tilbud for den enkelte. Med «andre tjenesteytere» menes tjenesteytere utenfor de kommunale tjenestene, enten private tjenesteytere uten avtale med kommunen eller tjenesteytere med tilknytning til andre forvaltningsnivå. Det kan for eksempel være aktuelt for kommunen å samarbeide med den fylkeskommunale tannhelsetjenesten ved utarbeiding av individuell plan i tilfeller der pasienten mottar helse- og omsorgstjenester fra kommunen i form av opphold i institusjon eller sykepleie i hjemmet, og dermed har rett til tannhelsehjelp. Også private tannleger med eller uten avtale med fylkeskommunen vil kunne regnes som «andre tjenesteytere» etter denne bestemmelsen.

Hovedformålet med utarbeiding av individuell plan er å bidra til at pasienten får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud. Individuell plan kan også være et verktøy for å styrke samhandlingen mellom tjenesteytere og pasient/bruker og mellom tjenesteytere og etater innen et forvaltningsnivå eller på tvers av forvaltningsnivåene.

Det er kommunen som har hovedansvar for å sørge for at det blir utarbeidet en individuell plan, jf. § 7-1 andre ledd. Dette gjelder også i tilfeller der en person har behov for tjenester både fra kommunen og spesialisthelsetjenesten. Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om hvilke pasient- og brukergrupper plikten omfatter, og stille krav til planens innhold, jf. § 7-1 tredje ledd.

Kommunen skal tilby koordinator for pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 7-2. Koordinatoren skal sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte pasient eller bruker, samt sikre samordning av tjenestetilbudet og fremdrift i arbeidet med individuell plan. Kommunen skal også ha en koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet, jf. § 7-3. Denne enheten skal ha overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan, og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator.

I følge spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 skal det enkelte helseforetak utarbeide en individuell plan for pasienter med behov for langvarige og koordinerte tilbud. I likhet med kommunen, har helseforetaket ansvar for å oppnevne en koordinator og ha en koordinerende enhet, jf. spesialisthel-

setjenesteloven §§ 2-5a og 2-5b. Ansvar for å utarbeide planen er avgrenset til tjenester innenfor spesialisthelsetjenesten. Lov 2. juli 1999 nr. 62 om psykisk helsevern (psykisk helsevernloven) § 4-1 pålegger institusjonen en særskilt plikt til å utarbeide individuell plan for pasienter med behov for tjenester etter denne loven. Helseforetaket/institusjonen skal samarbeide med andre tjenesteytere om planen for å bidra til et helhetlig tilbud for pasientene. Dersom en person har behov for tjenester både etter spesialisthelsetjenesteloven, psykisk helsevernloven og helse- og omsorgstjenesteloven, skal helseforetaket/institusjonen så snart som mulig varsle kommunen. I slike tilfeller er det kommunen som skal sørge for at arbeidet med planen igangsettes og koordineres. Helseforetaket/institusjonen skal medvirke i kommunens arbeid med individuell plan.

Forutsetningene for at plikten til å utarbeide individuell plan skal utløses, er de samme etter alle disse bestemmelsene. Med behov for «langvarige» tjenester menes at behovet må være av en viss varighet. Det er imidlertid ikke et krav at behovet skal være varig eller strekke seg over et bestemt antall måneder eller år. Med behov for «koordinerte» tjenester menes at behovet må gjelde to eller flere helse- og omsorgstjenester fra forskjellige tjenesteytere, og at tjenestene må eller bør ses i sammenheng.

Med hjemmel i de ovennevnte lovbestemmelsene er det gitt forskrift 16. desember 2011 nr. 1256 om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator. Forskriften gir nærmere regler om hva planen skal inneholde, plikten til å tilby koordinator mv. I forbindelse med habiliterings- og rehabiliteringstilbud skal kommunen ved behov samarbeide med andre etater. Forskriften presiserer at kommunen skal tilby koordinator for pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester. Likedan skal det tilbys koordinator i spesialisthelsetjenesten for pasienter med komplekse eller langvarige tjenester. Dette gjelder uavhengig av om pasienten ønsker individuell plan.

10.17.2 Forslag i høringsnotatet

Departementet foreslo i høringsnotatet at bestemmelsene i helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 7 som stiller krav til individuell plan, koordinator og koordinerende enhet også bør få anvendelse for tannhelsetjenester. Forslaget innebærer at tannhelsetjenester til personer som har rettigheter til nødvendig tannhelsehjelp vil inngå som en del av det helhetlige tilbudet fra kommunen som

nedfelles i en individuell plan. Departementet la til grunn at plikten til å utarbeide individuell plan vil være avgrenset til tilfeller der det er behov for å koordinere pasientens behov for tannhelsetjenester med behovet for øvrige helse- og omsorgstjenester.

10.17.3 Høringsinstansenes syn

Av høringsinstansene som har uttalt seg om individuell plan, er majoriteten i hovedsak positive til departementets forslag om å gjøre bestemmelsene i helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 7 gjeldende også for tannhelsetjenester. *Den norske tannlegeforening (NTF)* uttaler:

«Departementet peker på at dersom ansvaret for tannhelsetjenester blir forankret i helse- og omsorgstjenesteloven, vil dette medføre at de som har rettigheter til nødvendig tannhelsehjelp også vil ha krav på at behovet for tannhelsetjenester blir vurdert som en del av det helhetlige tilbudet kommunen skal nedfelle i en individuell plan. NTF finner dette både rimelig og hensiktsmessig. NTF er enig med departementet i at behovet for tannhelsetjenester normalt ikke i seg selv vil medføre en plikt for kommunen til å utarbeide individuell plan. Tannhelsehjelp må være en del av behovsvurderingen ved utarbeidelsen av individuell plan for dem som har rettigheter til slik hjelp.»

I sin høringsuttalelse påpeker *Det odontologiske fakultet* at krav til individuell plan som også omfatter tannhelsehjelp er viktig, ikke minst med tanke på tannhelsesituasjonen for eldre i hjemmesykepleie og institusjon.

Også *Fellesorganisasjonen FO* støtter de foreslåtte endringene i pasient- og brukerrettighetsloven og i helse- og omsorgstjenesteloven som en tilpasning til retten til individuell plan og viser til at dette styrker rettigheten, særlig overfor gruppen med komplekse bistandsbehov.

Helsedirektoratet uttaler:

«Helsedirektoratet er positive til at tannhelsetjenester nå inkluderes i kommunens plikt til å tilby individuell plan. Helsedirektoratet vil likevel påpeke at også pasienter som ikke inngår i forslag til ny § 3-2 b kan ha behov for langvarige og koordinerte tjenester der tannhelsetjenester inngår som en sentral del. Etter Helsedirektoratets oppfatning bør det vurderes om kommunen bør ha et visst ansvar for at også

disse pasientene får tannhelsetjenester inn i sin individuelle plan, selv om pasientene må betale for tannhelsehjelpen selv. Det vises i denne forbindelse til kommunens ansvar for tilgjengelige tannhelsetjenester til befolkningen i forslag til nytt andre punktum i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 første ledd.»

Lovisenberg Diakonale Sykehus AS uttaler følgende:

«Departementet legger til grunn at behov for tannhelsetjenester alene ikke er tilstrekkelig grunn til å utløse rett til individuell plan. Det er vi enige i. Det må likevel tydeliggjøres at for mange av mennesker med stor og sammensatt problematikk er det viktig å inkludere tannhelsetjenesten i arbeidet med individuell plan, og hvor viktig det er å skape kultur for at også tannhelsetjenesten inviteres inn i arbeidet med individuell plan når dette er nødvendig. Behov for tannhelsetjenester bør inkluderes i en analyse av behovet til alle pasienter som kan ha behov for individuell plan. Noen ganger vil behovet også for tannhelsetjenester være det som gjør individuell plan aktuelt hos en bruker, som fra før har behov for andre deler av helse- og omsorgstjenesten.»

10.17.4 Departementets vurderinger og forslag

Utgangspunktet etter gjeldende rett er at fylkeskommunen ikke har plikt til å utarbeide individuell plan for pasienter som har rettigheter til nødvendig tannhelsehjelp etter tannhelsetjenesteloven. På tilsvarende måte har disse pasientene heller ikke rettskrav på individuell plan overfor fylkeskommunen etter pasient- og brukerrettighetsloven.

I NOU 2005: 11 *Det offentlige engasjement på tannhelsefeltet – Et godt tilbud til de som trenger det mest*, foreslo utvalget at nødvendige tannhelsetjenester burde inngå som en del av den individuelle planen når det ble utarbeidet slik plan. Utvalget tilrådte at de nødvendige lovmessige tilpasninger for å sikre dette ble foretatt. I utvalgets innstilling ble det blant annet vist til at mange av dem som har krav på individuell plan, også er personer som kan ha særlig behov for tannhelsetjenester.

I Prop. 91 L (2010–2011) *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)* uttaler departementet følgende, jf. punkt 31.7.6 side 368:

«Mange høringsinstanser har bemerket at tannhelsetjenesten i større grad bør tas inn i arbeidet med individuell plan, og at samarbeidet mellom kommunen og fylkeskommunen på dette området bør styrkes. Tannhelse er en del av den enkeltes totale helse som ofte henger sammen med allmenntilstand og omsorgsbehov. Personer med behov for individuell plan har ofte dårlig tannhelse, særlig tyngre rusmiddelevhengige og psykiatriske pasienter. En regulering av individuell plan i forhold til tannhelsetjenester vil kreve lovendringer, både i tannhelsetjenesteloven og pasientrettighetsloven. Departementet arbeider nå med en revisjon av tannhelsetjenesteloven, og en vurdering av regulering av individuell plan vil være en del av dette arbeidet.»

Personer som trenger tjenester over lengre tid, som har behov for koordinerte tjenester fra flere etater, deltjenester i kommunen og forvaltningsnivå og som ikke selv er i stand til å ivareta sitt behov for tjenester, trenger særskilt oppmerksomhet fra tjenesteyterne. Mange av disse har redusert tannhelse og stort behov for tannbehandling som også kan strekke seg over lengre tid. Det kan blant annet dreie seg om barn med omfattende behov for tannbehandling, yngre voksne som mottar helse- og omsorgstjenester i hjemmet og som har behov for omfattende pleie, pleietrengende eldre samt rusavhengige og personer med psykiske lidelser. Forslaget om rettslig forankring av kommunens ansvar for tannhelsetjenester i helse- og omsorgstjenesteloven vil medføre at tannhelsetjenester til de som har rettigheter til nødvendig tannhelsehjelp naturlig vil kunne inngå som en del av det helhetlige tilbudet fra kommunen som danner grunnlag for nedfelling i en individuell plan.

I høringsrunden er det reist spørsmål om også behovet for tannhelsetjenester knyttet til personer som ikke har rettigheter til nødvendig tannhelsehjelp fra kommunen bør telle med ved vurderingen av om kommunen har plikt til å utarbeide individuell plan. Departementet legger til grunn at plikten til å utarbeide individuell plan er begrenset til tilfeller der pasienten har behov for tjenester «etter loven her». Individuell plan er en prosessuell rettighet for pasienten som skal ivareta behovet for koordinering av tjenester som kommunen har plikt til å yte etter helse- og omsorgstjenesteloven og som pasienten har rett til å motta etter pasient- og brukerrettighetsloven. Bortsett fra barn og unge under 21 år, vil persongruppene

som har rett til nødvendig tannhelsehjelp vanligvis også ha behov for annen hjelp fra kommunen. Etter departementets vurdering er det ikke hensiktsmessig at behov for tannbehandling som ikke utløser en rett til tannhelsehjelp fra kommunen, skal utgjøre en del av grunnlaget for utarbeiding av individuell plan. Kommunen har blant annet ikke mulighet for å påvirke innhold og omfang av tannbehandling som pasienten betaler selv hos private tjenesteytere som ikke har avtale med kommunen.

Videre fastholder departementet at behandlingsbehovet for de som har rettigheter til tannhelsehjelp fra kommunen bare unntaksvis vil være av et slikt omfang og en slik varighet at det alene er tilstrekkelig for å utløse plikt for kommunen til å utarbeide individuell plan og tilby koordinator. I tilfeller der pasientens tjenestebehov er avgrenset til tannhelsetjenester, vil dette behovet bli ivaretatt av den kommunale tannklinikken, eventuelt i et samarbeid med aktuelle tannlegespesialister. Plikten til å utarbeide individuell plan vil være avgrenset til tilfeller der det er behov for å koordinere behovet for tannhelsetjenester til personer som har rett til slike tjenester, med vedkommendes behov for øvrige helse- og omsorgstjenester i en individuell plan.

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

10.18 Undervisning, praktisk opplæring, utdanning og forskning

Kapittel 8 i helse- og omsorgstjenesteloven inneholder regler om undervisning, praktisk opplæring, utdanning og forskning.

10.18.1 Undervisning og praktisk opplæring

10.18.1.1 Gjeldende rett

Fylkeskommunens ansvar for undervisning og praktisk opplæring er nedfelt i tannhelsetjenesteloven § 6-1 første ledd, hvor det fremgår at enhver fylkeskommune plikter å medvirke til undervisning og praktisk opplæring av tannhelsepersonell, herunder også videre- og etterutdanning. Bestemmelsen er likelydende med bestemmelsen i helse- og omsorgstjenesteloven § 8-1 første ledd.

Helse- og omsorgstjenesteloven § 8-1 første ledd pålegger enhver kommune å medvirke til undervisning og praktisk opplæring av helsepersonell, herunder videre- og etterutdanning. Med hjemmel i § 8-1 andre ledd er det gitt forskrift som regulerer turnustjeneste for fysioterapeuter, veiledet tjeneste for allmennleger og spesialistutdanning og turnusstillinger for leger.

Verken betegnelsen «tannhelsepersonell» i tannhelsetjenesteloven § 6-1 eller «helsepersonell» etter helse- og omsorgstjenesteloven § 8-1 er forbeholdt personell som er ferdig utdannet og autorisert. Bestemmelsene kan også omfatte elever og studenter som er under utdanning og som i forbindelse med helsefaglig undervisning, opplæring og praksis utfører handlinger som kan regnes som helsehjelp, jf. definisjonen av helsepersonell i helsepersonelloven § 3 første ledd nr. 3. Bestemmelsene omfatter således både personer som mottar praksisundervisning som del av grunnutdanningen, samt yrkesaktivt personell.

De regionale helseforetakenes ansvar for deltakelse i undervisning og opplæring er beskrevet i spesialisthelsetjenesteloven § 3-5, hvor det fremgår at de regionale helseforetakene skal sørge for at behovet for undervisning og opplæring av helsefaglige elever, lærlinger, studenter, turnuskandidater og spesialister dekkes innen helseregionen. Det følger av spesialisthelsetjenesteloven § 3-8 nr. 2 at utdanning av helsepersonell er en av sykehusenes hovedoppgaver.

10.18.1.2 Forslag i høringsnotatet

I høringsnotatet foreslo departementet at gjeldende bestemmelser i helse- og omsorgstjenesteloven § 8-1 om kommunens plikt til å medvirke til undervisning og praktisk opplæring, også burde gis anvendelse for tannhelsepersonell. Departementet la videre til grunn at det er tilstrekkelig å videreføre et medvirkningsansvar for å ivareta denne plikten.

10.18.1.3 Høringsinstansenes syn

Få høringsinstanser har uttalt seg om departementets forslag om å videreføre det offentliges medvirkningsplikt for undervisning og praktisk opplæring av tannhelsepersonell på kommunalt nivå. *Hesledirektoratet* støtter departementets forslag uten nærmere begrunnelse. Andre høringsinstanser er opptatt av den praktiske gjennomføringen av dette ansvaret når det overføres til kommunene. *Høgskolen i Hedmark* uttaler:

«Vi forslår at finansieringen av praksis inngår i de ordinære budsjetttrammene til kommunene, med en forventning om at hver kommune stiller med praksisplasser på samme måte som gjelder for øvrige helsefaglige utdanninger (...)»

I sitt hørings svar uttaler *Den norske tannlegeforening*:

«I grunnutdanningen er det varierende hvor mye klinisk trening som blir utført i DOT. Ved universitetene i Oslo og Bergen foregår nesten all klinisk trening på fakultetsklinikkene. For studentene på universitetet i Tromsø gjennomføres en stor del av den kliniske treningen på DOTs klinikker over hele landet. Dette er klinikker av en viss størrelse hvor de tannlegene som er veiledere har fått egen opplæring. Hvis modellen skal videreføres ved en overføring av DOT til kommunene vil det måtte stilles høye krav til de klinikkene som skal ha dette veiledningsansvaret for studentene i Tromsø. NTF vil påpeke at dette vil være en meget krevende oppgave for små kommuner.»

Hedmark fylkeskommune uttaler:

«Fylkeskommunene har i dag ansvar for koordinering av gjennomføring av praksisperioder for bachelor-studentene i tannpleie. Fylkesrådet ser store utfordringer med at dette ansvaret overføres til alle kommunene. Det krever en mer overordnet og samordnende forankring, og bør slik sett forbli et regionalt ansvar.»

10.18.1.4 Departementets vurderinger og forslag

Både kommunens og fylkeskommunens plikter når det gjelder undervisning og praktisk opplæring, er begrenset til et medvirkningsansvar. Dette til forskjell fra spesialisthelsetjenesten, hvor

undervisning og opplæring er en særlig oppgave som sykehusene skal ivareta. Finansieringen av denne oppgaven inngår i de ordinære budsjettammene til de regionale helseforetakene. I forbindelse med høringen av forslaget til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, mente flere høringsinstanser at kommunens ansvar for undervisning og praktisk opplæring måtte tydeliggjøres i større grad, blant annet ved at kommunene burde bli pålagt et tilsvarende sørge for ansvar som spesialisthelsetjenesten, og ikke bare et medvirkningsansvar. I lovforarbeidene ble dette drøftet nærmere, jf. Prop. 91 L (2010–2011) punkt 22.6 side 280. Etter departementets vurdering var et slikt ansvar ikke hensiktsmessig, blant annet grunnet ulike ansvarsforhold. Det ble også pekt på at det var behov for nærmere vurderinger av hvilke konsekvenser en slik endring ville medføre for kommunene.

Ingen av høringsinstansene som har uttalt seg til høringsnotatet om overføring av ansvaret for tannhelsetjenester til kommunene, har etterlyst at kommunene bør pålegges en videre og mer selvstendig plikt enn det fylkeskommunene har i dag. Departementet opprettholder etter dette forslaget fra høringsnotatet om å videreføre det offentliges ansvar for å medvirke til undervisning og praktisk opplæring av tannhelsepersonell på kommunalt nivå. Bestemmelsene i helse- og omsorgstjenesteloven § 8-1 kan gis anvendelse for undervisning og praktisk opplæring av tannhelsepersonell, uten at det er behov for lovendringer. Forslaget pålegger ikke kommunen utvidede plikter sett i forhold til hva fylkeskommunen er pålagt i dag.

For tannlegestudentene ved Universitetene i Bergen og Oslo foregår store deler av den kliniske praksisen sentralt på universitetsklinikkene. Praksis i fylkeskommunale tannklinikker er avgrenset til 3-5 uker i løpet av studiet. Ved Universitetet i Tromsø – Norges arktiske universitet – er praksisdelen organisert med to lengre praksisperioder i fylkeskommunal tannklinikk, organisert og finansiert som et samarbeid mellom universitetet og fylkeskommunene. Departementet legger til grunn at etter oppgaveoverføringen vil Universitetet i Tromsø – Norges arktiske universitet, videreføre samarbeidet om praksisperiode med de tannklinikkerne hvor dette foregår i dag og med de kommunene hvor tannklinikkerne er lokalisert. For kommunene vil ikke dette nødvendigvis bli mer krevende enn det er for fylkeskommunene, for eksempel ved at det stilles høyere krav til veiledning utover de krav som stilles i dag. For tannpleierstudentene er praksisperioden om lag tilsvarende som for tannlegestudentene ved univer-

sitetene i Oslo og Bergen, med unntak av praksis for tannpleierstudenter ved Høgskolen i Hedmark. Ved dette studiet er all praksis organisert av Hedmark fylkeskommune i samarbeid med andre fylkeskommuner. Kostnadene dekkes av Helse- og omsorgsdepartementet. Departementet legger til grunn at denne formen for organisering og finansiering av praksis for tannpleierstudentene ved Høgskolen i Hedmark videreføres og at det utarbeides løsninger for hvordan praksisen skal organiseres og koordineres av de respektive kommunene i samarbeid. Departementet vil bidra i dette arbeidet.

Som oppfølging av Stortingets behandling av Meld. St. 13 (2011–2012) *Utdanning for velferd. Samspill i praksis*, jf. Innst. 320 S (2011–2012), har Kunnskapsdepartementet igangsatt et arbeid med å utrede en betydelig utvidelse av praksis i kommunesektoren for flere helsefagstudier, inkludert tannlege- og tannpleierstudiet. Den største utfordringen når det gjelder organisering av lengre praksisperioder i den fylkeskommunale og fremtidig kommunale tannhelsetjenesten, er knyttet til klinikkfasiliteter, til klinikkens størrelse og faglig bredde i pasientbehandlingen. Dette er spørsmål som må utredes når det er tatt stilling til aktuell utvidelse av praksisperioden i kommunesektoren.

10.18.2 Videre- og etterutdanning

10.18.2.1 Gjeldende rett

Tannhelsetjenesteloven § 6-1 andre ledd slår fast at fylkeskommunen skal sørge for at dens ansatte tannhelsepersonell får påkrevd videre- og etterutdanning. I merknadene til § 6-1 i forarbeidene til tannhelsetjenesteloven, fremgår at fylkeskommunens plikt er begrenset til egne ansatte, men at den også bør legge til rette for at tannhelsepersonell i privat virksomhet får anledning til undervisning mv. Tannhelsepersonell innen Den offentlige tannhelsetjenesten plikter å ta del i videre- og etterutdanning som blir forskrevet og som er nødvendig for å holde dets kvalifikasjoner ved like, jf. tannhelsetjenesteloven § 6-1 tredje ledd. Ut fra hva som ligger i begrepet «Den offentlige tannhelsetjenesten» i tannhelsetjenesteloven § 1-1 tredje ledd, innebærer dette at bestemmelsen i § 6-1 tredje ledd omfatter både ansatt tannhelsepersonell og private tannleger som har avtale med fylkeskommunen.

Kommunens ansvar for videre- og etterutdanning fremgår av helse- og omsorgstjenesteloven § 8-2. Det følger av § 8-2 første ledd at kommunen skal sørge for at egne ansatte som utfører tjeneste

eller arbeid etter loven her, får påkrevd videre- og etterutdanning. Videre skal kommunen medvirke til at personell som utfører tjeneste eller arbeid etter loven her i privat virksomhet som har avtale med kommunen, får adgang til nødvendig videre- og etterutdanning, jf. § 8-2 andre ledd. Av § 8-2 tredje ledd følger at personell som utfører tjeneste eller arbeid etter loven her, plikter å ta del i videre- og etterutdanning som er nødvendig for å holde faglige kvalifikasjoner ved like.

Det følger av spesialisthelsetjenesteloven § 3-10 at virksomheter som yter helsetjenester som omfattes av denne loven, skal sørge for at ansatt helsepersonell gis slik opplæring, etterutdanning og videreutdanning som er påkrevd for at den enkelte skal kunne utføre sitt arbeid forsvarlig.

10.18.2.2 Forslag i høringsnotatet

Departementet foreslo i høringsnotatet at bestemmelsene i helse- og omsorgstjenesteloven § 8-2 om ansvar for videre- og etterutdanning av helsepersonell bør gis uavkortet anvendelse for tannhelsepersonell. Forslaget omfattet også kommunens ansvar for å medvirke til at private ytere av tannhelsetjenester som har avtale med kommunen får adgang til slik utdanning. Det ble ikke foreslått å pålegge kommunene et selvstendig ansvar for videre- og etterutdanning, hverken når det gjaldt personell i den kommunale helse- og omsorgstjenesten generelt eller tannhelsetjenesten spesielt.

10.18.2.3 Høringsinstansenes syn

Et fåtall av høringsinstansene har uttalt seg om departementets forslag. *Helsedirektoratet* støtter forslaget uten å begrunne dette nærmere. *Den norske tannlegeforening* støtter også forslaget og uttaler:

«Departementet understreker at helse- og omsorgstjenesteloven § 8-2 innebærer en lovfesting og klargjøring av kommunens medvirkningsansvar når det gjelder mulighet for videre- og etterutdanning av private ytere av tannhelsetjenester, sett i forhold til det fylkeskommunen har i dag (s. 186). NTF er positiv til en slik utvidelse. Ved behandling av spesielle grupper som er prioritert, som rusavhengige og TOO-pasienter, kan det kreves etterutdanning for å oppnå nødvendig kompetanse. Dette vil ha økonomiske konsekvenser for kommunen.»

Noen høringsinstanser mener det vil bli for krevende for kommunene å overta ansvaret for videre- og etterutdanning av tannhelsepersonell. *Finnmark fylkeskommune* viser til at fylkeskommunen har egen kompetanseplan som ivaretar tannhelseteamenes behov for kurs, hospitering og etter- og videreutdanning, med tiltak hvor man blant annet har fellessamlinger for fagpersonalet i fylket, men at dette vil bli for ressurskrevende å ivareta for små kommuner. *Vest-Agder tannlegeforening* mener at muligheten til å opprettholde den faglige kompetansen og tilbudet om etterutdanning for tannlegene kan svekkes ved overføring av ansvaret for tannhelsetjenester til kommunene. *Akershus fylkeskommune* viser til at overføring av ansvaret vil få følger for brukerne og uttaler blant annet:

«Det vil bli vanskeligere å sikre faglig kompetanse. Odontologifaget er i rask utvikling gjennom forskningsbasert kunnskap og nye behandlingsmetoder. Det må derfor sikres at alle medarbeiderne får tilegne seg nødvendig kunnskap. Dette gjøres effektivt med pålagt og tilbudt etterutdanning på regionnivå.»

Andre er opptatt av finansieringen av videre- og etterutdanningen. *Tannhelsetjenestens kompetansesenter Sør IKS* uttaler:

«(...) Det er dessuten en forutsetning for klinisk forskning, fagutvikling og utdanning av tannhelsepersonell at det er god tilgang på egnede pasienter til ROK. Det er ikke vanskelig å forestille seg at henvisninger til ROK vil kunne begrenses av enkelte kommuners økonomi så lenge det er den enkelte kommunes ansvar å bedømme hva som er nødvendig tilgang på spesialisttannhelsetjenester og de selv må finansiere det. Det kan også bli en utfordring å bevilge tilstrekkelig midler til etterutdanning av tannhelsepersonell. Dette kan i sin tur undergrave et viktig mandat ved ROK, nemlig desentralisert etterutdanning.»

Haugaland tannlegeforening påpeker at det er svært viktig at muligheten for etterutdanning videreføres i en eventuell kommunal modell, og viser til at fylkeskommunen dekker alle kursutgifter til de offentlig ansatte tannlegene på lokalforeningens kurs, og at de privatpraktiserende deltar gratis på kurs arrangert av Den offentlige tannhelsetjenesten.

10.18.2.4 Departementets vurderinger og forslag

Både kommunen, fylkeskommunen og helseforetak har et lovfestet ansvar for å sørge for at egne ansatte får nødvendig videre- og etterutdanning. I motsetning til fylkeskommunen, har kommunen en uttrykkelig plikt til å medvirke til at også private tjenesteytere som har avtale med kommunen får mulighet til videre- og etterutdanning. Departementet viser til at det er behov for at også private ytere av tannhelsetjenester omfattes av kommunens medvirkningsplikt. Privat tannhelsepersonell med avtale med fylkeskommunen plikter i dag uansett å ta del i videre- og etterutdanning, jf. tannhelsetjenesteloven § 6-1 tredje ledd. Etter departementets vurdering bør personellens plikt til deltakelse speiles i en plikt for kommunen til å legge til rette for slik deltakelse.

De regionale odontologiske kompetansesentrene vil etter oppgaveoverføringen utgjøre den viktigste fagstøtten til tannhelsepersonell i kommunene. Kompetansesentrene driver opplæring, gir råd og veiledning, fagutvikling, etter- og videreutdanning og praksisnær forskning i samarbeid med blant annet tannklinikker og andre spesialistmiljøer. Mange fylkeskommuner har inngått avtaler med private tannleger om behandling av personer med rusavhengighet. Midlene som tildeles fylkeskommunene til oppbygging av slike behandlingstilbud til rusavhengige, omfatter også nødvendig opplæring av tannhelsepersonell. Gjennom tilskuddsmidler til fylkeskommunene er det under oppbygging tilbud om tannbehandling til personer med stor angst for tannbehandling (odontofobi) og tilbud om tannbehandling til torturofre og overgrepsofsatte. Tilskuddsmidlene omfatter blant annet særskilt opplæring knyttet til angstbehandling og tannbehandling av disse gruppene. For fylkeskommuner som inngår avtale med private om slik behandling er det en forutsetning at det aktuelle tannhelsepersonellet også får nødvendig videre- og etterutdanning.

Etter departementets vurdering bør bestemmelsene i helse- og omsorgstjenesteloven § 8-2 gis uavkortet anvendelse på personell som yter tannhelsetjenester. Forslaget er i hovedsak en videreføring av gjeldende rett. Når det gjelder kommunens ansvar for å medvirke til at personell i privat tannhelsevirksomhet som har avtale med kommunen også får tilgang til nødvendig videre- og etterutdanning, innebærer dette en utvidelse av kommunens plikter sett i forhold til det fylkeskommunen i dag er pålagt. Som beskrevet over har imidlertid privat tannhelsepersonell som har avtale

med fylkeskommunen allerede i dag en plikt til å delta i utdanning som anses påkrevd. Omfanget av personell i privat virksomhet som har avtale med fylkeskommunene utgjør anslagsvis mellom 20 og 30 årsverk på landsbasis. Anvendelse av bestemmelsen for kommunens tannhelsetjenester antas derfor å ha marginale konsekvenser.

10.18.3 Forskning

10.18.3.1 Gjeldende rett

Tannhelsetjenesteloven inneholder ingen bestemmelser som pålegger fylkeskommunen et ansvar for forskning.

I følge helse- og omsorgstjenesteloven § 8-3 skal kommunen medvirke til og tilrettelegge for forskning for den kommunale helse- og omsorgstjenesten. For å oppfylle plikten til å medvirke til forskning må kommunen utvise en aktivitet, men den stilles fritt til å velge på hvilken måte forskningen skal understøttes. Et medvirkningsansvar krever ikke at kommunen selv skal initiere eller finansiere forskning. Eksempler på hvordan medvirkning til forskning kan foregå, kan være tilgjengeliggjøring av data innhentet fra tjenesten til forskningsprosjekter, å synliggjøre aktuelle problemstillinger og forskningsbehov for forskningsinstitusjonene, og å ha oversikt over forskningsaktiviteten i egen kommune. Andre eksempler kan være å legge plan for hvordan kommunen ønsker å fremme forskning og kunnskapsbasert praksis for de ansatte i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, eller å utvikle samarbeid med andre kommuner, forskningsinstitusjoner og helseforetak.

Det følger av spesialisthelsetjenesteloven § 3-8 nr. 3 at forskning er en av sykehusenes hovedoppgaver.

10.18.3.2 Forslag i høringsnotatet

I høringsnotatet la departementet til grunn at bestemmelsen i helse- og omsorgstjenesteloven § 8-3 om kommunens plikt til å medvirke til og tilrettelegge for forskning for den kommunale helse- og omsorgstjenesten, også bør omfatte tannhelsetjenester som omfattes av kommunens ansvar. Departementet mente at det ville være tilstrekkelig med et medvirkningsansvar på dette området. Det ble ikke foreslått å pålegge kommunene et selvstendig ansvar for forskning, hverken når det gjaldt kommunale helse- og omsorgstjenester generelt eller tannhelsetjenester spesielt.

10.18.3.3 Høringsinstansenes syn

Flere høringsinstanser er skeptiske til om den enkelte kommune vil greie å ivareta en lovpålagt plikt til å medvirke til eller tilrettelegge for forskning på tannhelsefeltet. De mener forskningsaktiviteten ved de regionale odontologiske kompetansesentrene fortsatt må forankres på regionalt nivå og at denne aktiviteten må styrkes i samarbeid med andre forskningsinstitusjoner, som for eksempel universitetene, fremfor kommunene. Blant de som påpeker dette i sine høringsvar er *Helsedirektoratet, Den norske tannlegeforening, Aust-Agder fylkeskommune og Troms fylkeskommune.*

Det er få høringsinstanser som har uttalt seg direkte om departementets forslag. Blant disse er *Tannhelsetjenestens kompetansesenter Midt-Norge IKS* som uttaler:

«Lovverket legger opp til en plikt til forskning. Det er bra. Men det vil ikke være like bra om hver enkelt kommune skal utføre sin egen forskning. Forskning krever god kompetanse i planlegging, gjennomføring og analyse. Det kan ikke forventes at man skal ha 200 – 400 kompetente forskningsmiljø innen tannhelsetjenesten i Norge. Dette er nok en grunn til at man bør ha en samlende regional enhet som står ansvarlig for forskning i sitt nedslagsfelt.»

Videre uttaler *Institutt for klinisk odontologi ved det helsevitenskapelige fakultet ved Universitetet i Tromsø – Norges arktiske universitet:*

«Att inkorporera tandhälsetjänster i 'helse- og omsorgstjenesteloven' medför ett ansvar för kommunen att tillse att tandhälsetjänster skall kunna medverka i forskningsaktiviteter. Det är inte realistiskt att tro att den enskilda kommunen har vare sig personella eller ekonomiska förutsättningar för detta. Vi anser att det är viktigt att slå vakt om kvaliteten i forskningen och att regionala kompetenscentra tillsammans med universiteten ges en samordnande roll för den patientnära forskningen.»

Enkelte av høringsinstansene mener at en plikt for kommunen begrenset til bare å medvirke til forskning på tannhelsefeltet, ikke vil ha effekt. *Tannhelsetjenestens kompetansesenter Øst* uttaler blant annet:

«I følge Helse- og omsorgstjenesteloven § 8-3 skal kommunene medvirke til og tilrettelegge

for forskning for den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Det ligger ikke et lovpålagt krav om forskningsaktivitet i dagens tannhelsetjenestelov. Dette er en for svak forpliktelse for at arbeidet kan løftes og prioriteres ytterligere. Et medvirkningsansvar slik det fremkommer i Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester plikter ikke til initiering eller finansiering av forskningsprosjekter. Konsekvensene av dette er at forskning p.t ikke er en prioritert oppgave i kommunehelsetjenesten. Ved en overføring av ROKene til kommunen kan en av hovedoppgavene til kompetansesentrene bli undergravet. TkØ mener at Kommunehelsetjenesten derfor bør pålegges et tydeligere lovpålagt ansvar for forskning og fagutvikling i kommunene.»

Tannhelsetjenestens kompetansesenter Sør IKS uttaler:

«ROK'enes mandat er mer forenlig med oppgavene som utøves i spesialisthelsetjenesten enn i kommunene. Blant annet har både ROK'ene og helseforetakene et aktivt/utøvende forskningsoppdrag hvor helseforetakene allerede har en etablert forskningsinfrastruktur. Den kommunale helse- og omsorgstjenesten vil få et lovfestet pålegg om å bidra til forskning, men de skal ikke bli egne forskningsinstitusjoner. (...) Når det heller ikke planlegges en lovendring som pålegger kommuner å drive forskning på tannhelse er det vanskelig å se at vertskommunene vil prioritere midler for dette til de regionale kompetansesentrene så lenge midlene ikke er øremerket.»

10.18.3.4 Departementets vurderinger og forslag

I høringsnotat med forslag til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester av 15. oktober 2010 ble det ikke foreslått å lovregulere kommunens ansvar for forskning. Departementet påpekte imidlertid at det ville være viktig med økt medvirkning fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten i den forskningen som gjennomføres i regi av forskningsinstitusjoner. Departementet foreslo i dette høringsnotatet at samarbeid om forsknings- og utviklingsarbeid bør inngå i den lokale samarbeidsavtalen mellom kommuner og regionale helseforetak. Mange høringsinstanser ønsket en tydelig lovpålagt regulering av kommunenes ansvar for å bidra til forskning. Enkelte høringsinstanser ønsket også at kommu-

nene skulle pålegges et tilsvarende ansvar for forskning som spesialisthelsetjenesten, hvor forskning er en av fire lovpålagte hovedoppgaver.

I Prop. 91 L (2010–2011) uttrykte departementet enighet med de mange høringsinstansene som mente at en regulering av forskning i den kommunale helse- og omsorgssektoren vil bidra til å styrke forskning for den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og også gi en mer helhetlig regulering av forskning mellom forvaltningsnivåene. Departementet foreslo derfor en ny lovbestemmelse som gir kommunen et medvirkningsansvar for forskning. Departementet la til grunn at en slik lovfesting vil sikre at kommunene utviser en viss aktivitet som kan understøtte forskning i, om og for den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Det vil også være et viktig insentiv for å styrke kunnskapsbasert praksis og rekruttering. Videre pekte departementet på at kommunens medvirkning også vil være et virkemiddel for å sikre informasjon om helsetilstanden i befolkningen og de positive og negative faktorer som kan virke inn på denne. Dette vil i sin tur kunne forbedre kunnskapsnivået om og for den kommunale helse- og omsorgssektoren.

Kommunens plikter når det gjelder forskning er i dag begrenset til et medvirkningsansvar. Dette til forskjell fra spesialisthelsetjenesten, hvor forskning er en særlig oppgave som sykehusene skal ivareta. Budsjettmidler til forskning er konkretisert i oppdragsdokumentene til de regionale helseforetakene med spesifiserte krav til rapportering.

Når det gjelder spørsmålet om å pålegge kommunene et selvstendig ansvar for å sørge for forskning, det vil si å gå lenger enn et medvirkningsansvar, uttalte departementet blant annet følgende, jf. Prop. 91 L (2010–2011) punkt 23.5 side 284:

«(...) Mange høringsinstanser mener at kommunene bør få samme ansvar for forskning som spesialisthelsetjenesten, der forskning er en av fire lovpålagte oppgaver. Departementet vil i denne sammenheng vise til at mange kommuner i Norge er små, og vil derfor vanskelig kunne sette av eller skaffe til veie nødvendig kompetanse og ressurser til forskning. Dette må hensyntas i reguleringen. Departementet vil derfor ikke pålegge kommunene selv å initiere eller drive forskning som en hovedoppgave eller å bruke ressursene sine på forskning.»

Tannhelsetjenesten i de fleste fylkeskommunene deltar i dag i praksisnær forskning i varierende

grad. Ansvar for forskningsprosjektene er forankret i virksomheter med forskningskompetanse, slik som universitetene, NIOM (Nordisk Institutt for Odontologiske Materialer AS) og de regionale odontologiske kompetansesentrene. Forskningsaktivitetene som er forankret ved kompetansesentrene er under oppbygging og foregår som regel i samarbeid med andre fagmiljøer med forskningskompetanse. De regionale odontologiske kompetansesentrene opplever en økende interesse fra privat tannhelsevirksomhet om deltakelse i forskning, blant annet gjennom å gjøre pasientdata tilgjengelig for forskning. Involvering av privat sektor i forskning og kunnskapsutvikling som er organisatorisk forankret ved kompetansesentrene, vil kunne gi forskningsaktiviteten et større omfang enn det har i dag. Videre trekkes stadig flere tannklinikker inn i forskningsvirksomhet gjennom bidrag med data fra elektronisk pasientjournal (EPJ). I mange av prosjektene analyseres sammenhengen mellom tannhelse og øvrig helse. Forskningen innenfor tannhelsetjenesten finansieres langt på vei som tilskudd over Helse- og omsorgsdepartementets budsjett. I tillegg søker kompetansesentrene forskningsmidler fra andre kilder, for eksempel Norges forskningsråd og de regionale forskningsfond.

Departementet legger til grunn at medvirknings- og tilretteleggingsansvaret etter helse- og omsorgstjenesteloven § 8-3 er tilstrekkelig for å ivareta den forskningen som skjer innenfor den fylkeskommunale tannhelsetjenesten i dag. Sammen med NIOM vil de regionale odontologiske kompetansesentrene bli videreutviklet som sentrale forskningsmiljøer for praksisnær og klinisk forskning, finansiert over departementets budsjett. Forskning og fagutvikling vil være viktige virkemidler for å sikre økt kunnskapsproduksjon i den kommunale tannhelsetjenesten. Forskning forutsettes på sikt å føre til kvalitetsheving av tjenestene. Departementet legger til grunn at den statlige finansieringen av forskningen ved kompetansesentrene videreføres som en kombinasjon av basisbevilgning og konkurranseutsatt forskning til disse sentrene.

Departementet anser det ikke hensiktsmessig eller realistisk å lovfeste en plikt for enhver kommune til å bygge opp et forskningsmiljø særskilt på tannhelseområdet med tilstrekkelig infrastruktur og kompetanse til å utføre selvstendig forskningsvirksomhet med høy kvalitet. En eventuell lovfesting av et selvstendig ansvar for å sørge for forskning kan tidligst skje når kommunene har nådd en viss størrelse og har bygd opp tilstrekkelig kompetanse og robuste fagmiljøer på feltet.

Departementet foreslår derfor å videreføre medvirkningsansvaret for forskning for alle kommunale helse- og omsorgstjenester.

Departementet fastholder etter dette forslaget i høringsnotatet om at kommunenes plikt til å medvirke til og tilrettelegge for forskning for den kommunale helse- og omsorgstjenesten, utvides til å omfatte tannhelsetjenester. Dette er nytt i forhold til gjeldende rett siden fylkeskommunen ikke er pålagt dette ansvaret i dag. Innhold, omfang og organisering av medvirknings- og tilretteleggingsansvaret er imidlertid ikke spesifisert i loven. Kommunen må utvise en aktivitet for å oppfylle medvirkningsplikten, men den står fritt i spørsmålet om hvilke konkrete forskningsaktiviteter som den ønsker å bidra til. Plikten til å medvirke til forskning vil i praksis ha små konsekvenser for kommunene. De regionale odontologiske kompetansesentrene vil utgjøre en betydelig ressurs som kommunen kan benytte seg av i forsknings-sammenheng.

10.19 Finansiering og egenbetaling

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

10.19.1 Kommunens ansvar for utgifter til tannhelsetjenester

10.19.1.1 Gjeldende rett

Tannhelsetjenesteloven

Tannhelsetjenesteloven § 5-1 første ledd pålegger fylkeskommunen å dekke utgifter ved Den offentlige tannhelsetjenesten. Begrepet «Den offentlige tannhelsetjenesten» er i tannhelsetjenesteloven § 1-1 tredje ledd avgrenset til å omfatte tannhelsetjeneste som utføres på gruppene som er nevnt i loven § 1-3, enten av fylkeskommunens ansatte tannleger eller av private tannleger som har inngått avtale med fylkeskommunen.

Av tannhelsetjenesteloven § 5-1 andre ledd går det frem at pasientens utgifter til behandling som er utført i privat praksis etter avtale med fylkeskommunen, helt eller delvis skal dekkes av fylkeskommunen på samme måte som om tilbudet hadde vært gitt av fylkeskommunens ansatte tannleger. Etter tannhelsetjenesteloven § 4-1 første ledd er det en forutsetning for at pasientens utgifter til tannbehandling helt eller delvis skal kunne godtgjøres av fylkeskommunen etter § 5-1 andre

ledd, at den privatpraktiserende tannlegen har skriftlig avtale med fylkeskommunen der vedkommende vil ha sitt kontor eller hovedvirke. Utgifter til tannbehandling av voksne personer som ikke har rettigheter etter loven, forutsettes å bli dekket gjennom pasientens egenbetaling og eventuell stønad fra folketrygden.

Fylkeskommunens ansvar for dekning av pasientens skyssutgifter etter tannhelsetjenesteloven § 5-1 tredje ledd, er i sin helhet omtalt under punkt 10.19.3 om pasienttransport.

Det fremgår av § 5-1 fjerde ledd at i den utstrekning helsetjenester som omhandlet i § 1-3 gir rett til stønad etter forskrift fastsatt i medhold av folketrygdloven § 5-24 a, skal fylkeskommunen dekke utgifter til tannhelsetjenester som personer bosatt i fylket har mottatt i et annet EØS-land. Bestemmelsen er likelydende med bestemmelsen i helse- og omsorgstjenesteloven § 11-1 sjette ledd. Departementet har i forskrift 22. november 2010 nr. 1466 gitt nærmere bestemmelser om utgiftsdekningen. Av forskriften § 3 fremgår at det ytes stønad til dekning av utgifter til tannbehandling utført i andre EØS-land, når hjelpen gis til personer som omfattes av gruppene i tannhelsetjenesteloven § 1-3 første ledd bokstav a til d. Stønden utbetales til pasienten og HELFO foretar et etterfølgende oppgjør med fylkeskommunen der vedkommende er bosatt.

Staten yter rammetilskudd til delvis dekning av fylkeskommunens utgifter, jf. tannhelsetjenesteloven § 5-2. Tilskuddet fordeles gjennom inntektssystemet for kommunene og fylkeskommunene etter regler gitt av Kongen.

Helse- og omsorgstjenesteloven

Det følger av helse- og omsorgstjenesteloven § 11-1 første ledd at kommunen skal sørge for bevilgninger som er nødvendige for å yte tjenester og sette i verk tiltak kommunen har ansvaret for etter loven. Staten yter årlig rammetilskudd til delvis dekning av kommunens utgifter, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 11-5 første ledd. Tilskuddene fordeles gjennom inntektssystemet for kommunene etter regler gitt av Kongen. Til de berørte kommuner yter dessuten staten årlig et særskilt tilskudd til fengselshelsetjenesten, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-9.

Helse- og omsorgstjenesteloven § 11-1 andre ledd regulerer den økonomiske ansvarsfordelingen mellom kommuner. Bestemmelsen slår fast det finansielle ansvarsprinsipp som innebærer at kostnadene ved de tjenester og tiltak som er nevnt i første ledd, skal dekkes av den kommunen som

er ansvarlig for å yte tjenesten eller sette i verk tiltaket. Bestemmelsen bygger på oppholdsprinsippet, og ikke bostedsprinsippet. Oppholdsprinsippet er nedfelt i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 første ledd, hvor det fremgår at det er den kommunen der pasienten eller brukeren til enhver tid oppholder seg som har ansvar for å sørge for tilbud av nødvendige helse- og omsorgstjenester. Med hjemmel i § 11-1 andre ledd andre punktum er det fastsatt forskrift 16. desember 2011 nr. 1348 om kommunens dekning av utgifter til helse- og omsorgstjenester. Forskriften inneholder nærmere bestemmelser om utgiftsfordelingen mellom to eller flere kommuner der en pasient eller bruker får tjenester i forbindelse med institusjonsopphold i en annen kommune enn der vedkommende har fast bosted eller fast opphold, og om behandling av tvister mellom kommuner om utgiftsfordeling i slike tilfeller.

Av helse- og omsorgstjenesteloven § 11-1 tredje ledd følger at utgifter til privat praksis som drives etter avtale med kommunen, helt eller delvis skal dekkes av kommunen etter nærmere avtale mellom den privatpraktiserende og kommunen.

Kommunens ansvar for å dekke reiseutgifter for behandlingspersonell følger av § 11-1 fjerde og femte ledd. Det vises i sin helhet til omtalen under punkt 10.16.1.

Det fremgår av § 11-1 sjette ledd at i den utstrekning helsetjenester som omhandlet i § 3-2 gir rett til stønad etter forskrift fastsatt i medhold av folketrygdloven § 5-24 a, skal kommunen dekke utgifter til helsetjenester som personer bosatt i kommunen har mottatt i et annet EØS-land. Departementet har gitt nærmere regler om utgiftsdekningen i forskrift 22. november 2010 nr. 1466 om stønad til helsetjenester mottatt i et annet EØS-land.

10.19.1.2 Forslag i høringsnotatet

I høringsnotatet foreslo departementet å videreføre de grunnleggende prinsippene for finansiering av det offentliges ansvar for tannhelsetjenester ved overføringen av ansvaret fra fylkeskommunene til kommunene. Det betyr at det finansielle ansvarsprinsipp og prinsippet om rammefinansiering legges til grunn. Videre foreslo departementet å gi bestemmelsen i helse- og omsorgstjenesteloven § 11-5 om finansiering av fengselshelsetjenesten gjennom et særskilt statlig tilskudd, anvendelse også for tannhelsetjenester som ytes til innsatte i fengsler i kriminalomsorgen. Departementet foreslo også å videreføre

prinsippet om at det er den (fylkes-)kommune der vedkommende oppholder seg som har ansvar for å dekke utgifter til nødvendig tannhelsehjelp for bestemte grupper i befolkningen. I tillegg ble det foreslått å videreføre innholdet i bestemmelsen i tannhelsetjenesteloven § 4-1 første ledd som slår fast at utgifter til behandling hos privat tannhelsepersonell bare dekkes av (fylkes-)kommunen dersom tjenesteyteren har avtale med (fylkes-)kommunen. For øvrig foreslo departementet å videreføre bestemmelsen i tannhelsetjenesteloven § 5-1 fjerde ledd om at (fylkes-)kommunen skal dekke utgifter til tannbehandling mottatt i annet EØS-land for nærmere angitte persongrupper.

10.19.1.3 Høringsinstansenes syn

Helsedirektoratet støtter i hovedsak departementets forslag. Vedrørende finansiering av tannhelsetjenester til innsatte i fengsler i kriminalomsorgen, uttaler direktoratet:

«Når det gjelder finansiering av tannhelsetjenester til innsatte i fengsler, mener Helsedirektoratet at den praktiske gjennomføringen av fordelingen av tilskuddet til kommuner med fengsel kan bli svært utfordrende. Det finnes fengsel med høyt eller lavt sikkerhetsnivå og fengsel som har begge deler. Fengsel med høyt sikkerhetsnivå har flere langtidsdømte enn fengsel med lavt sikkerhetsnivå og således flere innsatte med rett til tannhelsetjenester. Disse innsatte vil på slutten av soningstiden overføres til fengsel med lavere sikkerhetsnivå, men fortsatt beholde sin rett til tannhelsehjelp. Dessuten vil innsatte i varetekt som forventes å sitte mer enn tre måneder, ha rett til vederlagsfrie tannhelsetjenester. En noenlunde rettferdig fordeling av tilskuddsmidlene krever at Helsedirektoratet får kunnskap om anslagsvis antall innsatte i de enkelte fengsel/kommuner med rett til tannhelsetjenester. Videre endrer kriminalomsorgen antall plasser i varetekt og sikkerhetsnivå etter behov. Siden tilskuddet tildeles på begynnelsen av året, anser Helsedirektoratet det ikke som mulig å få til en rettferdig fordeling av tilskuddet til tannhelsetjenester.

Det er ikke avklart i høringsnotatet om det skal foreslås å slå tilskuddet til tannhelsetjenester sammen med tilskuddet til kommunene som får tilskudd til helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsel. Et slikt forslag vil medføre endringer i nåværende fordelingsmodell for tilskudd til kommunene i tillegg til de utfordrin-

ger som er nevnt i avsnittet ovenfor. Alle disse forhold savnes omtalt i høringsnotatet.»

Videre ønsker Helsedirektoratet at det tydeliggjøres hvorvidt personer som omfattes av forslag til ny § 3-2 b (eksempelvis barn) kan få behandling av privatpraktiserende tannlege i et annet EØS-land og få alle utgifter til behandling refundert. Direktoratet viser til at slik praksis er i dag, og slik praksis vil være etter forslag til nytt andre punktum i helse- og omsorgstjenesteloven § 11-1 tredje ledd, må personer som omfattes av gruppene i tannhelsetjenesteloven § 1-3 behandles av en tannlege tilknyttet Den offentlige tannhelsetjenesten for at behandlingen skal gis vederlagsfritt, og pasientene kan dermed ikke velge å gå til privatpraktiserende tannlege uten å måtte betale behandlingen selv. Helsedirektoratet ønsker at det klargjøres hvorvidt denne ulikheten er tilsiktet.

Når det gjelder oppholdskommunens finansieringsansvar, uttaler *Hordaland fylkeskommune*:

«Hordaland fylkeskommune støtter at opphaldsprinsippet fortsatt skal legges til grunn, men vi vil samtidig påpeike dei ekstrakostnadene dette påfører kommuner med stort innslag av menneske med midlertidig opphold, til dømes studenter, turistar, asylmottak og rehabiliteringspasienter.»

Videre uttaler *Møre og Romsdal fylkeskommune*:

«Høringsnotatet gjer klart at det også etter 2020 skal vere opphaldsprinsippet, og ikkje bustadprinsippet, som vil gjelde for kva rettar personar har til tannhelsetenester. (...) I sum vil konsekvensen vere at mange kommunar, når dei får ansvaret for tannhelsetenester, vil få ekstraavgifter i høve finansiering av pasientar som har mellombels opphald i kommunen, t.d. kommunar med utdanningstilbod for 19- og 20-åringar som flyttar dit frå andre kommunar for å studere, kommunar som har fengselsinstitusjonar og kommunar med helseinstitusjonar som har personar på rehabiliteringsopphald frå nabokommunar. Desse utfordringane eksisterer i liten grad med dagens organisering i og med at tenesteomfanget og utgiftsdekninga er relativt lik i alle fylkeskommunar.»

KS – Kommunesektorens organisasjon støtter opphaldsprinsippet, men volumet av pasienter innenfor tannhelsefeltet gjer det mer komplisert å beregne enn vanlig. KS viser til at noen kommuner har en videregående skole og noen har en

institusjon og det er vanskelig å finne gode kostnadsnøkler. Studenter er kanskje det store volumet, hvor de aller yngste studentene har rettigheter til tannhelsehjelp fra det offentlige. KS peker på gråsoner knyttet til personer med midlertidig opphold i landet (transittmottak, asylmottak, utlendinger i fengsel, utvekslingsopphold for skoleelever, ferierende), midlertidig opphold i kommunen (på gjennomreise mv.), midlertidig tilknytning til sykepleie i hjemmet (kortvarig sykdom eller rehabilitering), midlertidig tilknytning til en helseinstitusjon (somatiske sykehus, rehabilitering) og midlertidig tilknytning til et fengsel (utlendinger). KS viser til dersom opphold i kommunen skal kunne utløse rett til nødvendig tannbehandling, kan det bli en økonomisk utfordring for kommuner som blir oppsøkt av personer med slike rettigheter.

Den norske tannlegeforening (NTF) understreker betydningen av at det finansielle ansvarsprinsippet opprettholdes dersom tannhelsetjenesten overføres til kommunene. NTF mener at departementet burde ha klargjort nye kostnadsnøkler og at utfordringene med fordeling av fylkeskommunale rammetilskudd til tannhelsetjenester på kommunalt nivå underdrives. NTF er svært kritisk til at dette arbeidet utsettes til senere i prosessen. NTF påpeker videre at departementets lovforslag til finansiering av privat praksis i § 11-1 i høringsnotatet vil innebære at også privat tannhelsetjeneste omfattes av den samme bestemmelsen om driftstilskudd som øvrige private helse- og omsorgstjenester. Etter NTFs vurdering anses dette å være en utilsiktet lovendring, som følge av inkorporering av tannhelsetjenesten i helse- og omsorgstjenesteloven. NTF mener at det materielle innholdet i forslaget til § 11-1 tredje ledd fremstår som uklart, idet avtaler om driftstilskudd og tjenestekjøp er helt forskjellige typer avtaler.

10.19.1.4 Departementets vurderinger og forslag Grunnleggende prinsipper for finansiering

I høringsnotatet foreslo departementet å videreføre de grunnleggende prinsippene for finansiering av det offentliges ansvar for tannhelsetjenester ved overføringen av ansvaret fra fylkeskommunene til kommunene. Det betyr at det finansielle ansvarsprinsippet og prinsippet om rammefinansiering legges til grunn. Finansieringen vil fortsatt bestå av rammetilskudd fra staten, kommunenes egne skatteinntekter og pasientens betaling av vederlag/egenbetaling i form av mel- lomlegg. Den delen av det fylkeskommunale ram-

metilskuddet som i dag går til tannhelsetjenester (om lag 4,6 prosent) vil bli trukket ut fra rammetilskuddet og fordelt på kommunene etter nye kostnadsnøkler. Hvordan fordelingen skal skje omtales ikke nærmere i denne lovproposisjonen, men vil bli ivaretatt i de ordinære budsjettprosessene i forbindelse med planleggingen av oppgaveoverføringen. I en overgangsperiode vil det bli gjort unntak fra det finansielle ansvarsprinsipp og prinsippet om rammefinansiering til drift av odontologiske spesialisttjenester, inkludert de regionale odontologiske kompetansesentrene. Se nærmere om dette under punkt 10.19.5.

Oppholdskommunens finansieringsansvar

I likhet med helse- og omsorgstjenesteloven, bygger tannhelsetjenesteloven på oppholdsprinsippet og ikke bostedsprinsippet. Det vil bety at det er den kommunen der vedkommende til enhver tid oppholder seg som har ansvar for å sørge for og å dekke utgiftene til nødvendig tannhelsehjelp, herunder akutt tannhelsehjelp, til bestemte grupper i befolkningen. Det kan være aktuelt for eksempel i forbindelse med gjennomreise, ferie, pendling, studier eller institusjonsopphold.

Forskriften til helse- og omsorgstjenesteloven § 11-1 andre ledd som omhandler utgiftsfordeling mellom oppholdskommunen og bostedskommunen, er begrenset til å gjelde refusjon for kommunale helse- og omsorgstjenester som ytes i forbindelse med opphold i institusjon. Forskriften slår fast at oppholdskommunen kan kreve refusjon av den kommunen som var oppholdskommune forut for inntak i institusjonen, for så vidt gjelder utgifter til plass i visse institusjoner, personlig assistanse mv. Forskriften omfatter ikke andre helse- og omsorgstjenester som ytes utenfor institusjon, som for eksempel utgifter til allmennelegetjenester, herunder kommunal legevakt, for skiturister i hyttekommuner. Forskriften § 2 omfatter blant annet utgifter til plass i institusjon med heldøgns helse- og omsorgstjenester for rusmiddelavhengige. Bestemmelsen må forstås slik at tilleggsgiftene i forbindelse med institusjonsoppholdet, for eksempel til tannbehandling, ikke kan kreves refundert fra hjemkommunen. Videre er det en stor andel personer med rusavhengighet fra andre fylker som mottar tverrfaglig spesialisert rusbehandling i institusjoner som har avtale med regionale helseforetak. Disse har rettigheter til tannhelsehjelp under institusjonsoppholdet. Dette kan være særlig kostnadskrevende behandling som påfører oppholdskommunen merutgifter.

Det finnes ikke hjemmel i tannhelsetjenesteloven for å gi tilsvarende forskrift som pålegger pasientens bostedskommune å refundere utgifter til tannbehandling gitt under opphold i en annen kommune. Departementet legger til grunn at siden 2012 har tilskuddet til tannbehandling for rusavhengige personer blitt fordelt etter kostnadsnøkkelen i utgiftsutjevningen, og at beløpet utgjør en liten del av de samlede utgiftene for fylkeskommunene. Det vises videre til at departementet den 25. januar 2017 har sendt på høring forslag om å oppheve hjemmelen i § 11-1 andre ledd andre punktum og forskriften gitt i medhold av denne. Forslaget tar sikte på å gjennomføre oppholdsprinsippet fullt ut for kommunale helse- og omsorgstjenester, samtidig som en oppheving av forskriften vil medføre en forenkling av regelverket og dermed gi klarere rammer for kommunens økonomiske handlingsrom.

Departementet opprettholder på denne bakgrunn forslaget fra høringsnotatet om at det ikke anses aktuelt å foreslå innføring av en tilsvarende oppgjørsordning mellom kommuner for tannhelsetjenester. Som i dag vil det være opp til den enkelte kommune hvorvidt den vil søke å inngå avtale med pasientens hjemkommune om dekning av utgifter til tannhelsehjelp. Dette vil for eksempel kunne være aktuelt for kommuner hvor det ligger utdanningsinstitusjoner. Disse kommunene vil med oppgaveoverføringen kunne få ekstrautgifter til tannbehandling av 19- og 20-åringer som flytter dit fra andre kommuner for å studere.

Kommunens ansvar for finansiering av fengselshelse-tjenesten

Bestemmelsen i helse- og omsorgstjenesteloven § 11-5 første ledd tredje punktum som lovfester en plikt for staten til å yte årlige tilskudd til kommuner hvor det ligger fengsler og hvor det følgerlig er krav om fengselshelsetjeneste, er ny i forhold til tannhelsetjenesteloven. Samtidig kodifiserer og viderefører bestemmelsen det som har vært lagt til grunn når det gjelder fylkeskommunens ansvar for tannhelsetjenester til innsatte i fengsler i kriminalomsorgen. Etter dagens ordning mottar fylkeskommunene et særskilt årlig øremerket tilskudd for å dekke utgifter til tannhelsetjenester til innsatte i fengsler. Departementet understreker at denne finansieringsordningen vil bestå også etter overføringen av ansvaret til kommunene. Hvorvidt kostnadene til tannhelsetjenester og øvrige kommunale helse- og omsorgstjenester fremdeles skal dekkes gjennom separate tilskudd eller et fel-

les tilskudd, vil departementet komme nærmere tilbake til i de ordinære budsjettprosessene.

Dekning av utgifter til tannbehandling utført i privat praksis

Kommunens forhold til privat tannhelsevirksomhet er nærmere beskrevet og drøftet under punkt 10.11.

Når det gjelder tannhelsetjenestelovens krav om avtale med privatpraktiserende tannlege for godtgjøring av pasientens behandlingsutgifter, ble de tilsvarende bestemmelsene i kommunehelsetjenesteloven ikke videreført i helse- og omsorgstjenesteloven. I Prop. 91 L (2010–2011) punkt 14.4.3.2 side 164 uttaler departementet følgende om dette:

«Uavhengig av om det er et krav i loven eller ikke, vil en kommune måtte inngå avtale med en selvstendig næringsdrivende eller et selskap dersom kommunen ønsker at disse skal yte helse- og omsorgstjenester for kommunen. Det er derfor ikke nødvendig med en lovregulering av at det skal inngås avtale, og en videreføring vil ikke bringe noe større klarhet i forventningene til de private tjenesteyterne. Folketrygdloven kapittel 5 regulerer hvilke tjenesteytere som kan kreve refusjon. Også av denne grunn er et krav om avtale i den nye loven overflødig. På denne bakgrunn foreslår departementet at kommunehelsetjenesteloven § 4-1 første og annet ledd med krav til avtale for at kommunene skal gi private tjenesteytere utgiftsdekning ikke videreføres. (...)»

Departementet understreker at til forskjell fra kommunale helsetjenester som for eksempel ytes av fastleger og private fysioterapeuter, finansieres fylkeskommunale tannhelsetjenester i liten grad av refusjoner fra folketrygden. Folketrygdloven §§ 5-6 og 5-6 a oppstiller heller ikke krav om at fylkeskommunen må ha inngått avtale om driftstilskudd med private tannpleiere eller tannleger for at pasienten skal ha rett til stønad til dekning av utgifter til tannhelsehjelp. Mens helse- og omsorgstjenesteloven § 11-1 tredje ledd omhandler kommunens dekning av «utgifter til privat praksis som drives etter avtale med kommunen», gjelder tannhelsetjenesteloven §§ 4-1 og 5-1 «pasientens utgifter til behandling som er utført i privat praksis».

Denne forskjellen i uttrykksmåte er tilsiktet og har sammenheng med at avtaler etter helse- og omsorgstjenesteloven i hovedsak dreier seg om at

kommunen yter *driftstilskudd* til privat helsevirksomhet basert på tildeling av avtalehjemler. Pasienten har i disse tilfellene vanligvis rett til stønad til dekning av utgifter til helsetjenester fra folketrygden. Det vil i praksis si at fastlegen og fysioterapeuten får utbetalt refusjonen basert på avtale om direkte oppgjør med HELFO. Fylkeskommunens avtaler med private tannleger gjelder i hovedsak avtaler om *tjenestekjøp*, og hvor pasienten som regel ikke har rett til stønad fra folketrygden til tannbehandlingen. Dette kommer til uttrykk i tannhelsetjenesteloven § 4-2, som gjelder tilfeller der fylkeskommunen ønsker å inngå «avtale med privatpraktiserende tannlege om behandling av prioriterte grupper (...)» Etter departementets vurdering er dette en forskjell av reell betydning som bør videreføres og gjenspeiles i helse- og omsorgstjenesteloven ved overføringen av ansvaret for tannhelsetjenester til kommunene.

Departementet opprettholder på denne bakgrunn forslaget fra høringsnotatet om å ta inn en bestemmelse i helse- og omsorgstjenesteloven § 11-1 tredje ledd som presiserer at den private tjenesteyteren må ha avtale med kommunen dersom kommunen skal dekke utgiftene til tannbehandlingen. Etter departementets vurdering passer bestemmelsen best i lovens kapittel 11 og § 11-1 som er hovedbestemmelsen om finansiering.

Kommunens ansvar for å dekke behandlingsutgifter i andre EØS-land

Helse- og omsorgstjenesteloven § 11-1 sjette ledd tilsvarer bestemmelsen i tannhelsetjenesteloven § 5-1 fjerde ledd. Departementet opprettholder forslaget i høringsnotatet om å videreføre denne bestemmelsen. Tannhelsetjenester vil omfattes av helse- og omsorgstjenesteloven § 11-1 sjette ledd gjennom henvisningen til loven § 3-2. Det betyr at bostedskommunen overtar fylkeskommunens ansvar for å dekke utgifter til tannbehandling for bestemte grupper (barn og unge, personer med psykisk utviklingshemming osv.) mottatt i annet EØS-land. Oppgaveoverføringen innebærer at HELFO utbetaler refusjonsbeløpet til pasienten og deretter foretar oppgjør med kommunen, i stedet for med fylkeskommunen.

Forslaget om å ta inn en bestemmelse i helse- og omsorgstjenesteloven § 11-1 tredje ledd som viderefører prinsippet om at kommunen bare dekker utgifter til tannhelsetjenester hos private tjenesteytere i den utstrekning de har avtale med kommunen, er begrenset til å omfatte tjenester utført i Norge. Se nærmere omtale av det geo-

grafiske virkeområdet for tannhelsetjenesteloven og helse- og omsorgstjenesteloven under punkt 10.6.2. Departementet viser til at dette også følger av forskriften til folketrygdloven § 5-24 a. Av forskriften § 6 fremgår at det ikke er et vilkår at helsehjelp i andre EØS-land er utført av helsepersonell som er tilknyttet den offentlige helsetjenesten, selv om dette er et vilkår for tilsvarende helsehjelp på det offentlige bekostning i Norge. Det betyr at kommunen må dekke utgifter også i tilfeller der pasienter innenfor de bestemte persongruppene velger å benytte privatpraktiserende tannhelsepersonell i andre EØS-land som ikke er tilknyttet den offentlige helsetjenesten i behandlingslandet. Dersom de samme persongruppene lar seg behandle i Norge, må den private tjenesteyteren ha avtale med kommunen for at den skal være pliktig til å dekke utgiftene. Denne forskjellen er ikke tilfeldig. Det vises til departementets drøftinger i Ot.prp. nr. 92 (2008–2009) *Om lov om endringer i folketrygdloven m.m. (etablering av en ordning for refusjon av pasienters utgifter til helsehjelp i andre EØS-land)* punkt 12.2 side 47, hvor det konkluderes som følger:

«Departementet har på denne bakgrunn kommet til at et krav om offentlig tilknytning i forbindelse med refusjon av utgifter til helsehjelp i andre EØS-land, antagelig vil være i strid med EØS-retten, også i tilpasset form som antydnet i høringsbrevet, og at et slikt krav derfor ikke bør gjøres gjeldende.»

I tilfeller der ordningen med europeisk helsetrygd kort benyttes i forbindelse med tannbehandling som er nødvendig under midlertidig opphold i annet EØS-land, vil dekningen vanligvis være begrenset til behandling hos tjenesteytere som har offentlig tilknytning.

10.19.2 Vederlag for tannhelsetjenester

10.19.2.1 Gjeldende rett

Helse- og omsorgstjenesteloven

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

er ikke forpliktet til å kreve egenbetaling av pasient eller bruker selv om det er hjemmel for slik innkreving.

Det følger av § 11-2 andre ledd at departementet i forskrift kan gi nærmere bestemmelser om vederlag for helse- og omsorgstjenester og stille krav om at det utstedes spesifisert regning til pasienten. Slik forskrift er fastsatt, jf. forskrift 16. desember 2011 nr. 1349 om egenandel for kommunale helse- og omsorgstjenester. Forskriften gjelder ikke for egenandeler ved helsehjelp fra privatpraktiserende fastleger, fysioterapeuter og jordmødre som har avtale med kommunen. Her gjelder de egenandeler og skjermingsordninger som er fastsatt i forskrifter til folketrygdloven §§ 5-3, 5-4, 5-8 og 5-12.

Tannhelsetjenesteloven

Tannhelsetjenesteloven § 2-2 regulerer adgangen til å kreve vederlag for hjelp i Den offentlige tannhelsetjenesten. Bestemmelsen gjelder både når fylkeskommunen selv yter tannhelsehjelpen og når behandlingen utføres av privat tannlege etter avtale med fylkeskommunen. Det følger av § 2-2 første ledd at mottakeren av hjelp i Den offentlige tannhelsetjenesten skal betale vederlag når dette følger av forskrift fastsatt av departementet eller fylkeskommunen. Fylkeskommunen fastsetter i praksis egenbetalingen for personer som den har vedtatt å gi et tannhelsetilbud til etter tannhelsetjenesteloven § 1-3 første ledd bokstav e.

Det fremgår eksplisitt av tannhelsetjenesteloven § 2-2 andre ledd at det ikke kan kreves vederlag av grupper som nevnt i tannhelsetjenesteloven § 1-3 første ledd bokstav a, b og c. Det betyr at barn og unge opptil 18 år, personer med psykisk utviklingshemming og grupper av eldre, langtidsyke og uføre i institusjon og hjemmesykepleie har rett til gratis tannhelsehjelp fra fylkeskommunen. Det er imidlertid gjort et generelt unntak for kjeveortopedisk behandling (tannregulering). Mesteparten av kjeveortopedisk behandling utføres av privatpraktiserende spesialister i kjeveortopedi uten avtale med fylkeskommunen og det ytes stønad fra folketrygden til dekning av utgifter til behandlingen. Kostnader utover folketrygdens refusjonsbeløp må som regel dekkes av den enkelte pasient eller dennes pårørende. Henvisningen til grupper nevnt i bokstav a, b og c innebærer at 19- og 20-åringer og andre voksne uten rett til nødvendig tannhelsehjelp ikke omfattes av det lovfestede fritaket for betaling av vederlag. Se nærmere om dette nedenfor.

Det følger av tannhelsetjenesteloven § 2-2 fjerde ledd at departementet fastsetter egenandeler og takster. Takster for tannbehandling er fastsatt med hjemmel i folketrygdloven § 5-6 andre ledd og § 5-6 a første ledd og tannhelsetjenesteloven § 2-2 andre ledd, og er inntatt i Rundskriv I-4/2016 *Regelverk og takster vedrørende stønad til dekning av utgifter til tannbehandling for 2017*.

Forskrift om vederlag i den offentlige tannhelsetjenesten

Forskrift 24. mai 1984 nr. 1268 om vederlag for tannhelsetjenester i den offentlige tannhelsetjenesten gir utfyllende regler om adgangen til å kreve vederlag for tannhelsetjenester i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten.

Det følger av forskriften § 1 at personer som ikke går under tannhelsetjenesteloven § 1-3 første ledd bokstav a til e, skal betale fullt vederlag etter departementets fastsatte takster inkludert eventuelle utgifter til tanntekniske arbeider. Voksne som ikke omfattes av noen av disse gruppene og som tilbys tannbehandling av fylkeskommunen, må dermed dekke utgiftene selv.

Forskriften § 2 presiserer retten til vederlagsfri tannbehandling som følger av tannhelsetjenesteloven § 2-2 andre ledd. Det fremgår av § 2 første ledd at når grupper av eldre, langtidssyke og uføre i institusjon og hjemmesykepleie har hatt institusjonsopphold eller pleie av hjemmesykepleien i sammenhengende 3 måneder eller mer, skal disse gis vederlagsfrie tannhelsetjenester, inkludert eventuelle utgifter til tanntekniske arbeider, så lenge oppholdet eller pleien vedvarer. Departementet har i merknader til forskriften presisert at for at kravet til sammenhengende pleie av hjemmesykepleien skal være tilfredsstilt, må pleien ha skjedd minst en gang pr. uke over tre måneder eller mer.

Dersom institusjonsoppholdet eller omsorgen ikke forventes å vare over 3 måneder, kan fylkeskommunen kreve vederlag for tannhelsetjenester som ytes i denne perioden, jf. forskriften § 2 andre ledd. Et unntak fra denne regelen følger av forskriften § 2 tredje ledd, hvor det fremgår at tannbehandling som har sammenheng med eller påvirker den sykdom pasienten er innlagt for eller får pleie for, skal ytes vederlagsfritt selv om institusjonsoppholdet eller pleien ikke har vart i 3 måneder.

Det vises til departementets vurdering av hva som ligger i vilkårene «grupper av eldre, langtidssyke og uføre», «institusjon» og «hjemmesykepleie» under punkt 10.9.5.

Ungdom som fyller 19 eller 20 år i kalenderåret omfattes av tannhelsetjenesteloven § 1-3 første ledd bokstav d, og har dermed ikke rett til gratis tannbehandling etter tannhelsetjenesteloven § 2-2 andre ledd. De har likevel rett til tannbehandling mot redusert vederlag. Det fremgår av forskriften § 3 at de ikke skal betale større vederlag enn 25 prosent av departementets fastsatte takster inkludert eventuelle utgifter til tanntekniske arbeider. For behandling som folketrygden gir hel eller delvis refusjon for, kan det kreves vederlag som under § 1.

Når det gjelder andre grupper som fylkeskommunen har vedtatt å prioritere etter tannhelsetjenesteloven § 1-3 første ledd bokstav e, følger det av forskriften § 4 at fylkeskommunen fastsetter vederlagets størrelse som andel av departementets fastsatte takster. Denne bestemmelsen praktiseres imidlertid slik at fylkeskommunen står fritt til å fastsette størrelsen på vederlaget.

Av forskriften § 5 følger det at for kjeveortopedisk behandling og utgifter til kjeveortopedisk apparatur mv., kan det kreves vederlag som under § 1 (fullt vederlag) av alle grupper av befolkningen.

Vederlag for tannhelsetjenester i henhold til Stortingets budsjettvedtak og departementets retningslinjer

Det vises til omtalen av tannhelsetjenester til personer med rusavhengighet og innsatte i fengsler i kriminalomsorgen under punkt 10.9.8 og 10.9.9.

I Kommunal- og regionaldepartementets Rundskriv H-16/05 er det presisert at pasienter i helseinstitusjoner som er finansiert direkte over offentlig budsjett (kommunalt, fylkeskommunalt eller statlig), har rett til vederlagsfrie tannhelsetjenester forutsatt at oppholdet i institusjonen har en varighet på minst tre måneder. Helse- og omsorgsdepartementet forutsetter i Rundskriv I-12/2005 om økte midler til tannbehandling for rusmiddelmissbrukere, at retten til vederlagsfrie tannhelsetjenester ved institusjonsopphold på minst tre måneder følger direkte av forskriften.

I den grad personer med rusavhengighet omfattes av bestemmelsen i tannhelsetjenesteloven § 1-3 første ledd bokstav c, vil de ha rettigheter til vederlagsfri tannbehandling. Forutsetningen er at varigheten på institusjonsoppholdet eller omfanget av hjemmesykepleien oppfyller kravene i forskriften § 2. Rusreformen i 2004 innebar at rusavhengighet ble ansett som en sykdom og rusbehandling ble ansett som helsehjelp. Dersom pasienten er innlagt i helseinstitusjon for rusbehandling og i den forbindelse har behov for tann-

behandling, vil pasienten likevel ha rett til gratis tannhelsehjelp uavhengig av oppholdets lengde, jf. forskriften § 2 tredje ledd.

I henhold til Stortingets budsjettvedtak, som innholdsmessig er presisert i departementets rundskriv, er fylkeskommunen gjennom rammefinansiering gitt i oppgave å yte vederlagsfrie tannhelsetjenester til mennesker med rusavhengighet utenfor helseinstitusjon og ved tilskuddsmidler til innsatte i fengsel. I Helse- og omsorgsdepartementets Rundskriv I-2/2006 fremgår det at tannhelsetjenester som ytes innenfor det nye tilbudet til rusavhengige utenfor institusjon som mottar visse sosialtjenester fra kommunen, skal være vederlagsfrie og at prinsippene i forskriften § 2 skal legges til grunn så langt det er mulig. I Helse- og omsorgsdepartementets Rundskriv I-4/2008 er det presisert at det skal gis gratis tannbehandling til innsatte i fengsel.

10.19.2.2 Forslag i høringsnotatet

I høringsnotatet foreslo departementet at adgangen til å kreve betaling av vederlag for offentlige tannhelsetjenester i større grad bør reguleres i forskrift enn hva som er tilfelle i dag. Forslaget innebar at hovedprinsippene i tannhelsetjenesteloven om hvem som har rett til vederlagsfri (gratis) tannhelsehjelp, videreføres uendret i forskrift.

10.19.2.3 Høringsinstansenes syn

Helsedirektoratet støtter departementets forslag, men det forutsettes at forskrift om vederlag for tannhelsetjenester revideres, slik høringsnotatet legger opp til. Helsedirektoratet legger også til grunn at det i forslaget til en slik forskrift redegjøres tydeligere for finansiering av tannhelsetjenester til pasienter som får rett på vederlagsfrie tannhelsetjenester, herunder til innsatte i fengsel og pasienter i legemiddelassistert rehabilitering (LAR).

Flere høringsinstanser er bekymret for om rettighetene til de som får gratis tannbehandling i dag vil bli videreført ved overføringen av ansvaret til kommunene. Enkelte er kritiske til departementets forslag om å i sin helhet regulere kommunens adgang til å kreve vederlag for tannhelsetjenester i forskrift, i stedet for på lovs nivå. De mener at regulering i forskrift innebærer at for mye makt og myndighet legges til departementet uten Stortingets medvirkning.

Den norske tannlegeforening (NTF) uttaler:

«Høringsnotatet skaper usikkerhet rundt hvilke grupper som skal motta vederlagsfri tannbehandling i fremtiden. Departementet foreslår at lovbestemmelsen om *gratis* tannbehandling til visse prioriterte grupper (barn og unge 0–18 år, psykisk utviklingshemmede, pasienter i hjemmesykepleie og/eller institusjon) fjernes i det nye lovforslaget. Dette til tross for at Stortinget uttrykkelig ønsket å lovhjemle prinsippet om at tannbehandling til disse gruppene skulle være gratis da forslaget til ny tannhelsetjenestelov ble behandlet i 1983. Stortinget anså den gang spørsmålet om vederlagsfrihet for tannhelsetjenester som så grunnleggende at det burde fremgå direkte av lov. Av høringsnotatet fremgår at departementet ikke lenger anser lovfesting av denne type forhold som «nødvendig eller hensiktsmessig». NTF er kritisk både til forslaget om at dette skal reguleres i vederlagsforskriften, og til at innholdet i bestemmelsene skal fastsettes først etter at lovendringene er vedtatt. Et vedtak om dette medfører at Stortinget delegerer myndighet til å beslutte hvilke grupper som skal få gratis tannbehandling, til den til enhver tid sittende regjering.

(...)

Departementet understreker at det må skilles mellom retten til tannhelsehjelp og retten til helt eller delvis vederlagsfri tannhelsehjelp (s. 141). NTF mener at det må lovfestes vederlagsfri behandling til de gruppene som i dag har det. Dette er en så grunnleggende rettighet at det må være hjemlet i lov. Innholdet i tannhelsetjenesteloven § 2-2 andre ledd må videreføres. I ny gruppeinndeling omhandles kun retten til å motta helsehjelp, og ikke spørsmålet om tjenesten skal være vederlagsfri. NTF mener dette er uheldig og at spørsmålet burde vært avklart på nåværende tidspunkt.

(...)

NTF mener at departementet må fremlegge forslag til vederlagsforskrift samtidig med lovforslaget, slik at høringsinstansene og Stortinget har et reelt grunnlag for å ta stilling til departementets fremtidige planer for den samlede tannhelsetjenesten.»

Norsk Tannpleierforening viser til at det i forarbeidene til tannhelsetjenesteloven fremgår at systematisk fri behandling av barn skal være en hjørnestein i norsk tannhelsepolitikk, mens det i høringsnotatet fremgår at departementet ikke kan se at det lenger er nødvendig eller hensiktsmessig med lovfesting av denne type forhold. Tannpleier-

foreningen påpeker at selv om flyttingen av bestemmelsene fra lov til forskrift i seg selv ikke innebærer noen innsnevring av pasientenes rettigheter til helt eller delvis vederlagsfri tannhelsehjelp, gir det grunn til bekymring dersom det er meningen at det skal være opp til kommunene å fastsette regler for dette i fremtiden.

Nord-Trøndelag fylkeskommune og Sør-Trøndelag fylkeskommune (Arbeidsutvalget for fellesnemnda for Trøndelag fylkeskommune) merker seg at lovforslaget omtaler hvem som skal ha rett til tannhelsetjenester, men ikke hvilke grupper det vil bli anledning til å kreve vederlag fra. Det er derfor usikkert om noen som nå har rett til gratis tannhelsetjenester, mister dette.

Fagforbundet registrerer at bestemmelsen om gratis tannbehandling (for visse grupper) tas ut av loven og skal reguleres i en egen vederlagsforskrift. Det betyr at enkelte pasientgruppers rettigheter kan begrenses uten at det går via Stortinget.

Norsk kjeveortopedisk forening (NKF) uttaler:

«Barn og unge har rett til vederlagsfrie tjenester i DOT. I tannhelsetjenesteloven § 2-2 er det imidlertid gjort unntak for kjeveortopedisk behandling. Dette innebærer at kjeveortopedien kan ta vederlag av pasienten utover folketrygdens refusjonsbeløp (egenbetaling). Departementet foreslår at hjemmelen ikke videreføres «i tråd med moderne lovgivningsteknikk bør detaljregulering av spørsmål knyttet til betaling av egenandeler skje i forskrift fremfor i lov».

NKF er kritisk til dette. Endringen flytter makt fra Stortinget til departementet. Dette fratrukker politikerne styring over feltet og gir, slik NKF ser det, departementet for store fullmakter til selv å fastsette viktige prinsipper i finansieringsordningen og organiseringen av kjeveortopediske tjenester. NKF mener at tannhelsetjenesteloven § 2-2 andre ledd må videreføres.»

Norsk spesialistforening i pedodonti (NSP) er bekymret for at man i høringsnotatet ønsker å fjerne lovhjemler som senere skal erstattes med forskrifter. NFP ønsker at det fremdeles skal stå eksplisitt i loven at tannhelsetjenester til barn og unge må beholdes i offentlig regi og at de fortsatt må være gratis.

Norsk Forbund for Utviklingshemmede uttaler:

«Slik regelverket er i dag har mennesker med utviklingshemning rett til vederlagsfri tannhelsetjeneste gjennom hele sitt voksenliv. Dette er

regulert i loven. Departementet ønsker å flytte reglene om vederlag til forskrift. Dette for å harmonisere regelverket i tråd med helse- og omsorgstjenesten. I utgangspunktet følger NFU departementet i denne tankegangen, men mener at argumentene for å beholde det i lovs form er sterke. Som departementet viser til ble det i Innst. O. nr. 86 (1982–1983) sagt at: «Helt siden offentlig tannpleie ble innført, har prinsippet om systematisk fri behandling av barn vært en hjørnestein i norsk tannhelsepolitikk. Flertallet er derfor av den oppfatning at barn og ungdom fra 0–18 år bør ha fri tannbehandling. Flertallet er også av den oppfatning at de psykisk utviklingshemmede og bestemte grupper av eldre, uføre og langtidspasienter må sikres fri tannbehandling». NFU mener at dette fortsatt vil være viktig og riktig. At man ønsker å regulere vederlagsbestemmelsene i forskrift må ikke nødvendigvis føre til problemer, men ved regulering i lov gir det en økt styrke i reglene. NFU har bred erfaring i forhold til kommunens kompetanse på lover og regler. Det er meget sjelden man finner ansatte i kommunene som ikke har oversikt over hvilke lover som finnes, men det er ikke sjelden vi opplever at de ikke har oversikt over alle forskrifter som gjelder på feltet. Dette innebærer at den enkelte selv må ha oversikt over og vite om alle regler og muligheter som finnes. Vi mener dette innebærer en svekkelse av en rettighet som personer med utviklingshemning har pr i dag.»

10.19.2.4 Departementets vurderinger og forslag

Ved regulering av enkeltpersoners rettigheter til tannhelsehjelp fra kommunen, må det sondres mellom rett til tannhelsehjelp og rett til å få utført tannhelsehjelpen gratis eller mot redusert vederlag. Retten til et regelmessig og oppsøkende tannhelsetilbud og nødvendig tannhelsehjelp, er omtalt i punkt 10.9 og punkt 10.21. At man har rett til nødvendig tannhelsehjelp fra det offentlige, er ikke ensbetydende med at man har krav på gratis hjelp. Når det gjelder retten til vederlagsfri tannbehandling for eldre, langtidssyke og uføre i institusjon, fremgår det for eksempel av forskriften til tannhelsetjenesteloven § 2-2 at dersom institusjonsoppholdet ikke forventes å vare over tre måneder, kan fylkeskommunen kreve vederlag for tannhelsetjenester som ytes i denne perioden. Selve retten til nødvendig tannhelsehjelp gjelder imidlertid uavhengig av oppholdets lengde.

I forslaget til tannhelsetjenestelov i Ot.prp. nr. 49 (1982–83), var det forutsatt at vilkår med hen-

syn til egenandeler og takster skulle fastsettes av departementet i forskrift eller i godkjent plan. Det var i lovproposisjonen ikke antydning noe om hvilke grupper som eventuelt burde få rett til gratis tannhelsehjelp. Prinsippet om at tannbehandling til barn, ungdom og visse andre grupper skulle være gratis, ble tatt inn i lovforslaget ved Stortingets behandling av Ot.prp. nr. 49 (1982–83), jf. Innst. O. nr. 86 (1982–83) side 6, hvor det ble fremhevet at:

«Helt siden offentlig tannpleie ble innført, har prinsippet om systematisk fri behandling av barn vært en hjørnestein i norsk tannhelsepolitikk. Flertallet er derfor av den oppfatning at barn og ungdom fra 0–18 år bør ha fri tannbehandling. Flertallet er også av den oppfatning av de psykisk utviklingshemmede og bestemte grupper av eldre, uføre og langtidspasienter må sikres fri tannbehandling. På grunn av det system en har i dag for spesialisttjenester, for eksempel tannregulering, bør det i lovteksten gjøres unntak for mulig vederlag for slik behandling.»

Hovedregelen om at barn og unge 0–18 år, personer med psykisk utviklingshemming og grupper av eldre, langtidssyke og uføre i institusjon og hjemmesykepleie har rett til gratis tannbehandling fra fylkeskommunen, er på denne bakgrunn lovfestet. Det samme gjelder unntaket for kjeveortopedisk behandling. Ved regulering av kommunens ansvar for tannhelsetjenester i helse- og omsorgstjenesteloven, er spørsmålet om disse reglene fortsatt bør være fastsatt på lovs nivå eller om de i stedet bør fremgå av forskrift.

Utgangspunktet er at hvis kommunen skal kunne kreve vederlag av pasienter og brukere for tannhelsetjenester og andre helse- og omsorgstjenester, må den ha hjemmel i lov. Det betyr ikke nødvendigvis at regler om dette må fremgå av selve loven, men at det kan være tilstrekkelig at de fremgår av forskrift som er gitt med hjemmel i loven.

Departementet viser til at adgangen til å kreve egenandeler for kommunale helse- og omsorgstjenester i sin helhet er regulert i forskrifter gitt med hjemmel i helse- og omsorgstjenesteloven og folketrygdloven. Dette gjelder også regler om fritak fra betaling av egenandeler for behandling som, i likhet med tannhelsehjelp, kan ha stor betydning for den enkelte. Det er blant annet forskriftsfestet at kommunen ikke kan kreve egenandel for legehjelp og fysioterapi til barn og unge under 16 år, ved kontrollundersøkelser under svangerskap og

ved behandling av sykdom i forbindelse med svangerskap, ved yrkesskade og ved undersøkelse og behandling for allmenfarlige smittsomme sykdommer. Videre er det i forskrift gitt regler om når kommunen kan, og ikke kan, kreve egenandel for helse- og omsorgstjenester som ytes i institusjon, herunder sykehjem, og om beregning av størrelsen på egenandelen. Også adgangen til å kreve egenandeler for spesialisthelsetjenester er fastsatt i forskrifter til spesialisthelsetjenesteloven og folketrygdloven. Blant annet er barn og unge under 18 år fritatt fra å betale egenandel for behandling hos psykologspesialist og spesialist i psykiatri som har avtale med regionalt helseforetak eller er ansatt ved offentlig poliklinikk. For øvrig er behandling i forbindelse med innleggelse i sykehus og andre institusjoner innenfor spesialisthelsetjenesten i hovedsak gratis for de fleste pasienter. Dette viktige prinsippet er heller ikke direkte lovfestet, men følger av at hjemmelen i spesialisthelsetjenesteloven § 5-5 nr. 1 er begrenset til å gi forskrift om pasientbetaling for poliklinisk helsehjelp.

I tråd med moderne lovgivningsteknikk bør detaljregulering av kommunens adgang til å kreve betaling av egenandeler og fastsettelsen av størrelsen på disse, fortrinnsvis skje i forskrift fremfor i lov. Etter departementets vurdering taler hensynet til harmonisering for at slike spørsmål i størst mulig grad bør reguleres på forskrifts nivå på samme måte som for andre kommunale helse- og omsorgstjenester. Departementet har merket seg innvendingene fra høringsinstansene, men kan ikke se at det fortsatt er nødvendig å lovfeste hovedregelen om vederlagsfri tannbehandling for bestemte persongrupper.

Uavhengig av om retten til hel eller delvis vederlagsfri tannhelsehjelp reguleres på lovs- eller forskriftsnivå, må det i tillegg fastsettes utfyllende regler om vederlag (størrelse mv.) i forskrift til helse- og omsorgstjenesteloven § 11-2, på samme måte som det er gjort i dag både for tannhelsetjenester og andre helse- og omsorgstjenester. Etter at lovforslagene i denne proposisjonen er vedtatt av Stortinget, vil departementet sende på alminnelig høring et forslag til ny forskrift om vederlag for kommunale tannhelsetjenester som erstatning for dagens forskrift.

Departementet vil i utkastet til ny forskrift foreta en opprydding i forskriftsstrukturen og en forenkling og klargjøring av reglene. Forutsatt at Stortinget vedtar departementets forslag om å lovfeste rett til nødvendig tannhelsehjelp for personer med rusavhengighet og innsatte i fengsler i kriminalomsorgen, må det også forskriftsfestes at

disse har krav på vederlagsfri behandling i tråd med gjeldende praksis. For øvrig tas det ikke sikte på vesentlige innholdsmessige endringer av forskriften i forhold til gjeldende rett.

Departementet understreker at de pasientene som har krav på helt eller delvis vederlagsfri tannhelsehjelp i dag, fortsatt skal ha sine rettigheter i behold overfor kommunen. Flytting av den eksisterende bestemmelsen i tannhelsetjenesteloven § 2-2 andre ledd fra lov til forskrift vil på denne bakgrunn ikke i seg selv innebære noen innsnevring av pasienters rettigheter. Dette er i tråd med Stortingets forutsetninger ved behandlingen av Oppgavemeldingen.

Departementet presiserer at eventuelle fremtidige forslag til endringer i reglene for betaling av vederlag må sendes på alminnelig høring før de eventuelt blir fastsatt. Eventuelle endringer i forskriften som medfører at kommunens adgang til å kreve vederlag av pasienter utvides, vil ha økonomiske konsekvenser. Det kan eventuelt innebære en ren merinntekt for kommunen. Samtidig kan kravet til at endringene skal være provenynøytrale ha en budsjettmessig konsekvens for staten ved at det må foretas inndekning over andre budsjettposter. Uansett vil endringer i vederlagsreglene bli forelagt Stortinget gjennom de ordinære budsjettprosessene. Stortinget vil på den måten bli involvert i beslutninger om egenandeler for kommunale tannhelsetjenester og vil i siste instans vedta eventuelle endringer som en del av det samlede budsjettvedtaket.

På bakgrunn av vurderingene over opprettholder departementet forslaget om å videreføre innholdet i den lovfestede retten til vederlagsfri tannhelsehjelp for barn og unge 0–18 år, personer med psykisk utviklingshemming mfl., men da på forskrifts nivå. Forslaget medfører ikke behov for endringer i helse- og omsorgstjenesteloven.

10.19.3 Pasienttransport til og fra den kommunale tannhelsetjenesten

Under dette punktet gis det en samlet omtale av det offentliges ansvar for å sørge for transport av pasienter til undersøkelse og behandling, samt ansvaret for å finansiere transporten.

10.19.3.1 Gjeldende rett

Spesialisthelsetjenesteloven og pasient- og brukerrettighetsloven

Det er staten ved de regionale helseforetakene som er tillagt ansvaret for å sørge for tilbud om

transport av pasienter til undersøkelse og behandling i helse- og omsorgstjenesten, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a første ledd nr. 6. Dette gjelder både transport til spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Også den fylkeskommunale tannhelsetjenesten faller inn under begrepet «helse- og omsorgstjenesten», slik dette er definert i pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3 bokstav d. Før bestemmelsen i spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a første ledd nr. 6 ble endret i forbindelse med ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester fra 1. januar 2012, stod det «kommune- og spesialisthelsetjenesten». Den endrede begrepsbruken innebærer imidlertid ikke at de regionale helseforetakenes ansvar for å sørge for pasienttransport er utvidet til å omfatte fylkeskommunale tannhelsetjenester.

Transportansvaret ivaretas i praksis gjennom selskapet Pasientreiser ANS som er eid i fellesskap av de fire regionale helseforetakene. Pasientreiser ANS samarbeider med 18 pasientreisekontorer i landet som er lokalisert ved sine respektive helseforetak. Pasientreisekontorene har ansvar for reiseplanlegging, gjennomføring av reiser med rekvisisjon og saksbehandling av reiseregninger.

Det er også de regionale helseforetakene som har finansieringsansvaret for pasienttransport til spesialisthelsetjenester og kommunale helse- og omsorgstjenester. Finansieringsansvaret kommer til uttrykk i pasient- og brukerrettighetsloven § 2-6 som gir pasienten og eventuell ledsager rett til dekning av nødvendige utgifter ved reise i forbindelse med helsetjeneste som omfattes av spesialisthelsetjenesteloven og som dekkes av et helseforetak. Det samme gjelder ved reise til helsetjenester som omfattes av folketrygdloven kapittel 5 og helsetjenester som ytes ved familievernkontor og helsestasjon. Henvisningen til folketrygdloven kapittel 5 omfatter blant annet kommunale helsetjenester som allmennlegehjelp (fastlege), fysioterapi og jordmorhjelp samt andre helsetjenester som folketrygden er stønadspiktig for, som for eksempel tannlegehjelp. Det betyr at pasientens reiseutgifter til privatpraktiserende tannlege eller tannpleier som yter refusjonsberettiget tannbehandling etter folketrygdloven §§ 5-6 og 5-6 a, dekkes av det regionale helseforetaket i pasientens bostedsregion. Departementet kan i forskrift bestemme at retten til dekning av nødvendige utgifter (fra de regionale helseforetakene) også skal gjelde når pasienten må reise til og fra en annen helsetjeneste som omfattes av helse- og omsorgstjenesteloven. Det er gitt nærmere regler i forskrift 25. juni 2015 nr. 793 om pasienters, led-

sageres og pårørendes rett til dekning av utgifter ved reise til helsetjenester (pasientreiseforskriften). Forskriften trådte i kraft 1. oktober 2016 og erstattet forskrift 4. juli 2008 nr. 788 (syketransportforskriften).

Helse- og omsorgstjenesteloven

Helse- og omsorgstjenesteloven har ingen bestemmelser som pålegger kommunen ansvar for å sørge for pasienttransport i forbindelse med tjenester som er omfattet av loven, eller for å finansiere slike pasientreiser.

Tannhelsetjenesteloven

Pasientens reise til og fra fylkeskommunale tannhelsetilbud dekkes ikke av de regionale helseforetakenes sørge for ansvar og finansieringsansvar. Tannhelsetjenesteloven har heller ingen bestemmelser som pålegger fylkeskommunen å sørge for pasienttransport i tilknytning til tannbehandling som utføres i regi av eller på vegne av fylkeskommunen. Det følger likevel av tannhelsetjenesteloven § 5-1 tredje ledd at fylkeskommunen skal dekke skyssutgifter for pasienter som omfattes av gruppene i § 1-3 og som søker tannhelsehjelp i Den offentlige tannhelsetjenesten. Hvor stor del av skyssutgiftene som dekkes, bestemmes derimot av den enkelte fylkeskommune. Slike bestemmelser må fastsettes i forskrift, jf. punkt 10.7.2 om forvaltningslovens anvendelse. Fylkeskommunens ansvar for dekning av reiseutgifter omfatter også tilfeller der pasienter innenfor de bestemte persongruppene mottar tannhelsehjelp hos privat tannlege som har avtale med fylkeskommunen.

Departementet har innhentet opplysninger fra fylkeskommunene om praktiseringen av bestemmelsen i tannhelsetjenesteloven § 5-1 tredje ledd. Enkelte fylkeskommuner dekker ikke skyssutgifter ved reise til og fra tannklinikk. Dette begrunnes med at reiseutgiftene er lave, ettersom avstandene til tannklinikk er kort. Mange fylkeskommuner stiller krav om at skyssutgifter kun dekkes til nærmeste tannklinikk/behandlingssted, og at transporten må skje på billigste måte. Flere fylkeskommuner dekker reiseutgifter over et visst beløp. Alternativet er kilometergodtgjørelse i de tilfeller der det ikke er relevant å benytte kollektivtransport. De fleste fylkeskommuner dekker ikke reiseutgifter for 19- og 20-åringer i forbindelse med undersøkelse og behandling. Eksempler på slike lokalt fastsatte forskrifter som er kunngjort i Norsk Lovtidend, er forskrift 22. november 2008 nr. 1683 fra Vest-Agder fylkeskom-

mune og forskrift 6. desember 2016 nr. 1690 fra Sogn og Fjordane fylkeskommune.

10.19.3.2 Forslag i høringsnotatet

Departementet foreslo i høringsnotatet å videreføre dagens bestemmelser i tannhelsetjenesteloven § 5-1 tredje ledd om fylkeskommunens finansieringsansvar for pasienttransport på kommunalt nivå. Det innebar forslag om å ta inn en egen hjemmel i helse- og omsorgstjenesteloven § 11-1 som pålegger kommunen å gi forskrift om dekning av reiseutgifter for pasienter innenfor bestemte persongrupper som har rett til et tannhelsetilbud fra kommunen. Under henvisning til at statens ansvar for pasienttransport til og fra kommunale helse- og omsorgstjenester var under vurdering, ble det ikke foreslått å pålegge hverken de regionale helseforetakene eller kommunene ansvar for å sørge for selve transporten av pasienter til kommunale tannhelsetjenester.

10.19.3.3 Høringsinstansenes syn

Vestre Viken HF er helt enig i at ansvaret for pasienttransport for tannhelsetjenesten tillegges kommunene.

Helsedirektoratet skriver følgende:

«I oppgavemeldingens omtale av finansieringsansvaret for pasienttransport fremgår det at det tas sikte på ikraftsettelse av forenklinger og andre endringer i pasientreiseordningen i 2016. Ut fra dette er det forståelig at departementet ønsker å avvente beslutninger om endringer. Dersom ansvar for pasienttransport ved kommunale tjenester overføres fra helseforetak til kommunene, slik oppgavemeldingen foreslår, ser Helsedirektoratet ingen grunn til å lage en midlertidig ordning med ny lovregulering for at slik pasienttransport skal finansieres av kommunen. Helsedirektoratet vil også påpeke at man bør sørge for at egenandeler i kommunenes egne forskrifter om dekning av reiseutgifter ikke blir så høye at pasientreiser i praksis ikke dekkes.»

De fleste høringsinstansene som har uttalt seg om dette temaet, er uenige i forslaget i høringsnotatet når det gjelder plasseringen av ansvaret for pasientreiser i forbindelse med kommunal tannhelsetjeneste på kommunalt nivå, samt at kommunene selv må fastsette forskrifter om dekning av reiseutgifter slik fylkeskommunene gjør i dag.

Fredrikstad kommune uttaler i den forbindelse:

«Pasienttransport er et ansvar for de regionale helseforetakene, og kommunen er uenig i at det skal være en særordning for transport til tannhelsetjenester. Pasienter og ansatte er kjent med hvor de skal henvende seg for bestilling og refusjon av reisekostnader. At hver enkelt kommune selv skal fastsette hvor stor andel av reiseutgiftene som skal dekkes er uheldig for lik tilgang til helsetjenester til alle rede sårbare grupper. Fredrikstad kommune anbefaler at transport til tannhelsetjenester for personer som ikke kan komme seg til behandling ved egen hjelp inngår i den eksisterende ordningen for pasienttransport og egenandelstak 1. Dette harmonerer med at tannhelsetjenesten integreres i den øvrige helsetjenesten.»

Også *Rælingen kommune* mener det ville vært mer naturlig å samordne pasientreiser knyttet til kommunale tannhelsetjenester med den eksisterende pasientreiseordningen, enn å overføre ansvaret fra fylkeskommunene til kommunene.

KS – Kommunesektorens organisasjon uttaler:

«Departementet foreslår at kommunene selv skal lage forskrifter til dekning av skyssutgifter. Skyssutgiftene vil variere stort fra sentrale strøk til deler av landet hvor det er store reiseavstander. Siden kommunene selv lager forskriftene, vil kommunene enkelte steder i landet risikere å betale store reisekostnader når innbyggere skal til spesialist eller annen sentralisert tannhelsetjeneste. Det kan føre til at tjenestene ikke blir tilgjengelige for enkelte pasienter. (Alternativt, hvis kommunene lager et reglement som legger egenandelstaket skyhøyt, vil disse utgiftene falle på pasientene). Hvis det skal lages forskrifter anbefaler KS at kommunene lager forskrifter innenfor egne kommunegrenser. I de tilfellene hvor pasientene må reise ut av kommunen for å få tilgang til nødvendige tannhelsetjenester foreslår KS at pasientene får dekket reisekostnadene etter syketransportforskriften eller pasientreisevorskriften, for å unngå skjevprioriteringer for kommuner med lange reiseavstander.»

Hedmark fylkeskommune har avgitt likelydende høringsuttalelse som KS på dette punktet, og påpeker i tillegg at reisedekning etter syketransportforskriften eller pasientreiseforskriften også vil fjerne en av barrierene for den kommunale tannhelsetjenesten i griseendte strøk til å sørge for at pasientene ikke blir underbehandlet når det gjelder spesialisttjenester.

Akershus fylkeskommune viser til at skyssutgiftene vil variere fra kommune til kommune. Det kan føre til at det blir ulik grad av dekning og egenbetaling i de ulike kommunene, avhengig av hvilke kriterier kommunene vektlegger.

Bjerkreim kommune påpeker at forskriftene som utarbeides bør være tydelige og enkle slik at disse kan etterleves og overvåkes både av fagpersonell og av kommunen forøvrig.

Den norske tannlegeforening (NTF) viser til at skyssutgiftene vil variere stort fra sentrale deler av landet til mer spredtbygde strøk. NTF påpeker at for noen kommuner vil dette kunne medføre store økonomiske konsekvenser, eventuelt kan pasientene få store utgifter hvis kommunene ikke betaler. Dette kan føre til at pasientene ikke kan motta den behandling de har krav på.

Norsk Forbund for Utviklingshemmede uttaler:

«Departementet mener at kommunen skal ha ansvaret for pasienttransport til og fra den kommunale tannhelsetjenesten. Dette skal de gjøre ved kommunale forskrifter. Dette vil nødvendigvis innebære store kommunale forskjeller. Det vil si forskjellsbehandling i forhold til hvilken kommune du bor i. Slik NFU leser forslaget legges det ikke frem noen kriterier som kommunen må legge til grunn ved utarbeidelsen av forskriften. Slik det er i dag er det de regionale helseforetakene som har ansvaret for pasienttransport ved kommunale helse- og omsorgstjenester. I følge departementets notat vil det eventuelt komme en overføring av dette ansvaret til kommunen. Men dette er ikke bestemt. Skal man følge departementets argumentasjon om at tannhelsen skal følge helse- og omsorgstjenesten så bør man gjøre det i forhold til transport også. Det er uten tvil rom for en større forskjellsbehandling når 427 kommuner skal lage forskriften enn når dette blir gjort av 4 helseforetak. Dette ansvaret bør derfor ligge hos helseforetakene, slik det gjør for helse- og omsorgstjenestene.»

10.19.3.4 Departementets vurderinger og forslag

Pasienttransport til den fylkeskommunale tannhelsetjenesten skiller seg på flere måter ut fra pasienttransport i forbindelse med kommunale helse- og omsorgstjenester og statlige spesialisthelsetjenester. Hverken staten ved de regionale helseforetakene eller fylkeskommunen har ansvar for å sørge for selve transporten i forbindelse med fylkeskommunens eget tannhelsetilbud. Heller ikke finansieringsansvaret for slik transport er

lagt til de regionale helseforetakene, men til fylkeskommunen selv. Siden staten ved de regionale helseforetakene både har ansvar for å sørge for transport til og fra kommunale helse- og omsorgstjenester samt finansieringen av transporten, finnes det ingen bestemmelser i helse- og omsorgstjenesteloven som pålegger kommunen noe ansvar for pasienttransport.

I Oppgavemeldingen (Meld. St. 14 (2014–2015)) er det gitt en omtale av oppgaver og områder som vurderes i egne prosesser. Dette er prosesser som berører ansvarsdelingen mellom forvaltningsnivåene, men som ikke nødvendigvis følger kommunereformens tidsløp. Under omtalen av finansieringsansvaret for pasienttransport heter det, jf. punkt 4.4.2 side 28 i meldingen:

«Ut fra prinsippet om at den som utløser en kostnad i størst mulig grad bør ha finansieringsansvaret, bør det vurderes om man skal overføre deler av ansvaret for pasienttransporten til kommunene. Pasienttransport for primærhelsetjenesten vil bli vurdert overført til kommunene når forenklingen av pasienttransporten er gjennomført.»

I tråd med at Stortinget 19. juni 2015 vedtok forslagene i Prop. 77 L (2014–2015) *Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven (dekning av utgifter til pasientreiser)*, skal det gjennomføres en forenkling av ordningen for pasientreiser. Forenklingen går i hovedsak ut på at flere søknader fra pasienter om reiserefusjon skal behandles elektronisk, det stilles færre krav til dokumentasjon og at utgifter som hovedregel skal refunderes etter en standardsats per kilometer. Dette skal bidra til en enklere løsning for brukerne og mer effektiv saksbehandling. Innføringen av standardsats og elektronisk innsending av krav innebærer en stor omstilling for pasientreisekontorene. Dette er en forenklingsreform som må gjennomføres og være på plass før man vurderer endringer i finansieringsansvaret. Ny forskrift om pasientreiser trådte i kraft 1. oktober 2016. Innføringen av den forenklede ordningen startet i oktober 2016 og skal etter planen være ferdig i løpet av første halvår 2017. Departementet vil på denne bakgrunn vurdere en eventuell ansvarsoverføring til kommunene etter at forenklingen av pasientreiseordningen er gjennomført. En slik vurdering må inkludere analyse av konsekvenser for pasienter/brukere, kommunene, regionale helseforetak, HELFO/frikortordningen og eventuelt andre rele-

vante aktører. En eventuell ansvarsoverføring bør også ses i sammenheng med andre behov for endringer i ordningen for pasientreiser.

På denne bakgrunn finner ikke departementet grunn til å foreslå at ansvaret for pasienttransport til og fra kommunale tannhelsetjenester bør forankres hos staten ved de regionale helseforetakene, slik det er gjort for andre kommunale helse- og omsorgstjenester. Å skulle pålegge de regionale helseforetakene ansvar for å samordne og finansiere transport til og fra kommunale tannhelsetjenester, vil sementere dagens ansvarsforankring som regjeringen har varslet at den vil vurdere på nytt i lys av arbeidet med å forenkle den eksisterende pasientreiseordningen.

Departementet opprettholder i stedet forslaget fra høringsnotatet om å videreføre gjeldende rett, slik at kommunen får en tilsvarende plikt til å finansiere transport til kommunale tannhelsetilbud for pasienter innenfor bestemte persongrupper som har rettigheter til nødvendig tannhelsehjelp fra kommunen. Dette nødvendiggjør lovendringer. Departementet foreslår derfor at det tas inn en bestemmelse i helse- og omsorgstjenesteloven § 11-1 med lignende innhold som i tannhelsetjenesteloven § 5-1 tredje ledd. Videre anser departementet det som mest hensiktsmessig at det er den enkelte kommune selv som gis myndighet til å fastsette lokale forskrifter om beregning av utgiftsdekning mv. basert på lokale forhold, på samme måte som fylkeskommunen gjør i dag. Forskrifter som på tidspunktet for oppgaveoverføringen er fastsatt av fylkeskommunen, vil ikke være bindende for kommunene. Departementet vil bemerke at pasientreiseforskriften ikke kan anvendes for kommunale tannhelsetjenester siden forskriften forutsetter at både sørge for ansvaret og finansieringsansvaret er forankret hos staten ved de regionale helseforetakene.

Forslaget om at kommunen skal ha finansieringsansvaret for pasienttransport i forbindelse med reise til og fra kommunale tannhelsetjenester er en videreføring av gjeldende rett og det ansvaret som i dag påhviler fylkeskommunen etter tannhelsetjenesteloven. Forslaget innebærer ikke at kommunen pålegges plikt til å sørge for pasienttransport når det gjelder tannhelsetjenester som den har ansvar for å tilby. Kommunen får med andre ord ikke et planleggings- og samordningsansvar knyttet til den praktiske utføringen av slik transport, slik de regionale helseforetakene i dag er pålagt gjennom Pasientreiser ANS når det gjelder andre kommunale helse- og omsorgstjenester.

10.19.4 Plikt til å utarbeide atskilte regnskaper mv. for tannhelsetjenester

10.19.4.1 Gjeldende rett

Tannhelsetjenesteloven § 5-3 omhandler plikt til å utarbeide atskilte regnskaper mv. Bestemmelsen er utformet som en fullmaktsbestemmelse som gir departementet myndighet til å gi forskrift om føring av atskilte regnskaper, stille krav til fordeling av inntekter og utgifter, regulering av over-skudd, kontrollsystemer, informasjon og andre krav som er nødvendige for å unngå krysssubsidiering mellom tannhelsetjenester som fylkeskommunen tilbyr personer med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven og voksne der det ikke foreligger annet tilstrekkelig tilbud, og tjenester som tilbys i konkurranse med private tjenesteytere (økonomisk aktivitet). Det er gitt nærmere regler i forskrift 19. desember 2014 nr. 1820 om krav til føring av atskilte regnskaper mv.

Disse reglene trådte i kraft 1. januar 2015. Formålet er å pålegge fylkeskommunen plikt til å iverksette tiltak for å unngå ulovlig statsstøtte i form av krysssubsidiering. Med «krysssubsidiering» menes tilfeller der fylkeskommunen anvender offentlige midler til å subsidiere tannhelsetjenester som ytes til pasienter mot betaling, slik at fylkeskommunen oppnår en konkurransemessig fordel i forhold til private tjenesteytere. Offentlig støtte i form av rammetilskudd fra staten gis for at fylkeskommunen skal løse sine lovpålagte oppgaver. I prinsippet skal fylkeskommunen ikke anvende disse midlene til å subsidiere tjenester som ikke er lovpålagte. Dette gjelder i områder der det er private tjenesteytere og dermed et marked for tannhelsetjenester. Subsidieringen kan medføre at fylkeskommunen kan tilby tjenester til voksne til en lavere pris enn hva private har mulighet til.

Bestemmelsen i tannhelsetjenesteloven § 5-3 må ses i sammenheng med bestemmelsen i § 1-3 tredje ledd andre punktum, som gir hjemmel for at departementet kan gi forskrift om at fylkeskommunen skal sørge for å tilby tannhelsetjenester til voksne pasienter mot betaling i områder av fylket der det ikke foreligger annet tilstrekkelig tilbud. Departementet kan også fastsette forskrift om pliktens varighet og geografiske omfang. Nærmere bestemmelser er fastsatt i forskriften om krav til føring av atskilte regnskaper mv. I områder av fylket hvor det ikke finnes private tjenesteytere eller er veldig få, vil fylkeskommunen kunne yte subsidierte tannhelsetjenester til voksne. Forutsetningen er at kravene som følger av EØS-

reglene om tjenester av allmenn økonomisk interesse (SGEI) er oppfylt.

Lovendringene og forskriften som nevnt over har sin bakgrunn i en avgjørelse fra EFTA Surveillance Authority (ESA) av 12. mars 2014 (113-14-COL), hvor ESA la til grunn at finansiering av tannhelsetjenester til voksne uten rettigheter etter tannhelsetjenesteloven er i strid med EØS-avtalens forbud mot offentlig støtte. Lovendringene er nærmere omtalt i Prop. 16 L (2014–2015) *Endringer i tannhelsetjenesteloven (tiltak for å unngå krysssubsidiering)*.

10.19.4.2 Forslag i høringsnotatet

I høringsnotatet foreslo departementet å videreføre gjeldende regler knyttet til føring av separate regnskaper i forbindelse med overføring av ansvaret for tannhelsetjenester fra fylkeskommunene til kommunene. Det ble foreslått å ta forskriftshjemmelen i tannhelsetjenesteloven § 5-3 inn i en ny bestemmelse i helse- og omsorgstjenesteloven § 11-6.

10.19.4.3 Høringsinstansenes syn

Helsedirektoratet er enig med departementet i at reglene bør videreføres. *Den norske tannlegeforening (NTF)* støtter forslaget om å videreføre fullmaktsbestemmelsen i helse- og omsorgstjenesteloven, men mener forskriften må endres for å ta høyde for at kjeveortopediske tjenester til barn og unge må anses som tjenester av økonomisk art og dermed vil omfattes av EØS-avtalens forbud mot offentlig støtte. Videre ber NTF om at det må foretas endringer i forskriften for å tydeliggjøre at kravet til atskilte regnskaper også gjelder for de ulike deler av virksomheten ved de regionale odontologiske kompetansesentrene.

10.19.4.4 Departementets vurderinger og forslag

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

Gjeldende regler om krav til atskilte regnskaper er utformet med tanke på fylkene som geografisk relativt store enheter, med forskjellige distrikter innenfor det enkelte fylke med ulik befolkningstetthet og varierende markedsgrunnlag for etablering av private tannhelsetjenester. Departementet legger derfor til grunn at overføring av ansvaret for tannhelsetjenester til mindre forvaltningsenheter trolig kan redusere mulig risiko for kryssubsidiering særlig i små kommuner, siden pliktsubjektet (støttegiver) da vil være den enkelte kommune. Det vises til at det i mange små kommuner ikke er noe marked for private tjenesteytere. Departementet legger derfor til grunn at reglene i praksis kan få mindre betydning for en del utkantkommuner. Reglene vil fortsatt ha særlig betydning for større kommuner som både kan ha sentrum og periferi.

Som følge av oppgaveoverføringen må det foretas enkelte tekniske justeringer i forskriften som regulerer krav til separate regnskaper mv. Departementet vil i den forbindelse se nærmere på om det er behov for å foreta andre endringer i forskriften, for eksempel for å presisere at kravet til separat regnskapsføring også omfatter virksomheten ved de regionale odontologiske kompetansesentrene. Et utkast til ny forskrift vil bli sendt på alminnelig høring når lovforslagene i denne proposisjonen er vedtatt av Stortinget.

Departementet tar forøvrig sikte på å gjennomføre en evaluering av de aktuelle lov- og forskriftsbestemmelsene i løpet av 2018, med henblikk på å vurdere eventuelle utilsiktede konsekvenser av regelverket. Dette er i tråd med lovnadene i Prop. 16 L (2014–2015) punkt 7 side 25.

10.19.5 Særlig om finansiering av spesialisttannhelsetjenester

Dette punktet må sees i sammenheng med punkt 10.3.3 som gir en beskrivelse av utviklingstrekk, herunder knyttet til personell, organisering, klinikkstruktur og de regionale odontologiske kompetansesentrene. Videre er det gitt en omtale og vurdering av ansvaret for tilgjengelige spesialisttannhelsetjenester under punkt 10.8.5.

Det vises til omtalen av Oppgavemeldingen og Stortingets behandling av denne under punkt 10.2. I Oppgavemeldingen ble det foreslått at også ansvaret for spesialisttannhelsetjenester, inkludert de regionale odontologiske kompetansesentrene, overføres til kommunen. Begrunnelsen for forslaget er at tannlegespesialister i hovedsak samarbeider med allmenntannleger når det gjel-

der diagnostikk, behandling, råd og veiledning samt hospitering. Kompetansesentrene driver opplæring, fagutvikling, etter- og videreutdanning og praksisnær forskning i hovedsak i samarbeid med klinikker og spesialistmiljøer innen tannhelsetjenesten.

Flertallet i kommunal- og forvaltningskomiteen har i Innst. 333 S (2014–2015) blant annet følgende merknad til forslaget:

«Regjeringen må vurdere tiltak som legger til rette for å videreføre kompetansemiljøene i regionale kompetansesentre og i spesialisthelsetjenesten.»

Regionale kompetansesentre og offentlige spesialistklinikker vil bli viktige miljøer for fagstøtte til den kommunale tannhelsetjenesten. En forutsetning for å videreutvikle spesialist-/kompetansemiljøene er at disse får henvist tilstrekkelig antall pasienter. Ressurser og flerfaglighet av spesialister er en forutsetning for rådgivning og veiledning, for muligheten for allmenntannleger til å hospitere, for kunnskapsutvikling/forskning og for deltakelse i praksisdelen av spesialistutdanningen av tannleger. Praksisdelen er avhengig av tilstrekkelig antall henviste pasienter med en type sykdom mv. i munn, kjeve og tenner som egner seg i spesialistutdanningen. Så lenge allmenntannhelsetjenester og odontologiske spesialisttjenester organiseres og finansieres av samme arbeidsgiver, kan kommunen styre bruken av kompetansesentrene/spesialistmiljøene og spesialistenes samarbeid med allmenntannlegene. Det gis i dag tilskudd over statsbudsjettet til kompetansesentrenes virksomhet knyttet til rådgivning/veiledning, hospitering, etterutdanning, spesialistutdanning og forskning.

Utgangspunktet er at generalistkommuneprinsippet legges til grunn for forslagene i dette høringsnotatet. Det innebærer at hver enkelt kommune får lovpålagt ansvar for å sørge for både allmenntannhelsetjenester og spesialisttannhelsetjenester. Videre legges det finansielle ansvarsprinsipp til grunn. Det betyr at kommunen som følge av sørge for ansvaret for disse tjenestene også har ansvaret for å finansiere tjenestene. I tillegg legges prinsippet om økonomisk rammestyring til grunn, hvilket innebærer at midler for å oppfylle ansvaret fordeles gjennom rammetilskuddet til den enkelte kommune. I forbindelse med virksomhetsoverdragelsen legges det til grunn at eierforhold og drift av fylkeskommunale tannklinikker med spesialister og de regionale odontologiske kompetansesentrene, som et utgangspunkt

forankres hos den kommune der klinikken/kompetansesenteret er etablert. Det forutsettes at spesialistfunksjonene ved disse klinikkene/sentrene ivaretas i samarbeid med kommuner som ikke har egne spesialistklinikker/øvrige kommuner som geografisk i en fylkeskommunal modell har tilhørt kompetansesenterets eller spesialistklinikkenes dekningsområde.

I høringsnotatet ble spørsmålet om særskilt finansiering av odontologiske spesialisttjenester belyst. Et sentralt spørsmål i den sammenheng er om rammefinansiering av odontologiske spesialisttjenester bidrar til å sikre videreutvikling av kompetansesentrene/spesialistmiljøene slik at disse får tilstrekkelig pasientgrunnlag. Et alternativ med særskilt statlig tilskudd direkte til kommuner som drifter kompetansesentre/klinikker med tannlegespesialister ble kort omtalt. Et slikt alternativ vil gi insentiver for vertskommunene til å videreutvikle de odontologiske spesialisttjenester og tilby slike tjenester til kommuner med klinikker som i den fylkeskommunale modellen har samarbeidet med spesialistklinikken/kompetansesenteret, eller som ikke har tilgang på spesialister i egen kommune. Et særskilt tilskudd vil innebære at det må gjøres et uttrekk av rammetilskuddet til kommunene og overført som tilskudd til spesialistvirksomhet ved kompetansesentrene.

I høringsnotatet ble det varslet at departementet vil sette i gang et arbeid for å utrede hvordan fagmiljøene knyttet til odontologiske spesialisttjenester, inkludert de regionale odontologiske kompetansesentrene, kan ivaretas ved overføring til kommunen, etter at Stortinget har behandlet forslagene til lovendringer i denne proposisjonen.

Mange av høringsinstansene har uttrykt bekymring for overføring av ansvaret for odontologiske spesialisttjenester til kommunene. De frykter at virksomheten ved de regionale odontologiske kompetansesentre kan bli gjenstand for vertskommunens lokale prioriteringer, uavhengig av hva som er gode løsninger for hele regionen. Det vil også måtte bli et omfattende interkommunalt samarbeid med kjøp av spesialisttjenester når omfanget av kommunesammenslåing blir begrenset. Mange høringsinstanser som i utgangspunktet er positive til å overføre ansvaret for tannhelsetjenester til kommunene, ønsker ikke at kommunene overtar ansvaret for odontologiske spesialisttjenester. Og mange høringsinstanser mener at spesialistdelen bør overføres til de regionale helseforetakene.

Departementet viser til vurderingene i punkt 10.8.5.2 når det gjelder kommunens ansvar for spesialisttjenester. En videreføring og videreutvik-

ling av oppgavene av spesialistvirksomheten ved de regionale odontologiske kompetansesentre og ved andre fylkeskommunale klinikker vil være avgjørende forutsetning for faglig videreutvikling av tannhelsetjenester under et kommunalt ansvar. Kompetansesentrene/spesialistmiljøene utgjør den viktigste fagstøtten til de offentlige tannklinikkenes. Det anses derfor som nødvendig med særskilte virkemidler for å sikre videreutvikling av disse spesialistmiljøene. Det foreslås derfor at staten i en overgangsperiode etter ansvarsoverføringen organiserer en særskilt finansiering av odontologiske spesialisttjenester til persongrupper med rett til nødvendig tannhelsehjelp, gjennom uttrekk fra kommunerammen. Kommuner som benytter seg av de aktuelle spesialisttjenestene vil dermed ikke måtte betale for å henvise pasienter for utredning, diagnostikk og behandling, og for fagstøtte fra spesialistene. Kommuner som ønsker å kjøpe tjenester av private tannlegespesialister, forutsettes å fortsatt kunne gjøre det. Departementet vil starte et arbeid med å utrede en særskilt finansiering av de odontologiske spesialisttjenestene. Siktemålet er at slik finansiering skal være på plass ved overføringstidspunktet, og skal gjelde i en overgangsperiode.

Når det gjelder spørsmålet om eventuell hjemmel for å pålegge kommunesamarbeid om organisering av odontologiske spesialisttjenester, vises det til omtale av dette under punkt 10.12.1.

Departementet legger til grunn at finansiering av praksisnær forskning og deltagelse i spesialistutdanning av tannleger ved de regionale odontologiske kompetansesentre videreføres som særskilte tilskudd til kompetansesentrene over statsbudsjettet.

10.20 Forskjellige bestemmelser

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

10.20.1 Taushetsplikt

10.20.1.1 Gjeldende rett

Tannhelsetjenesteloven

Tannhelsetjenesteloven inneholder ingen bestemmelser om taushetsplikt. Forvaltningsloven gjelder i utgangspunktet for fylkeskommunens virksomhet etter tannhelsetjenesteloven, jf. punkt 10.7.2. Taushetspliktreglene i forvaltningsloven

§§ 13 følgende gjelder derfor uavkortet for enhver som yter tjenester eller arbeid for fylkeskommunen som forvaltningsorgan. Den forvaltningsmessige taushetsplikten gjelder ikke for private tjenesteytere som utfører tannhelsetjenester på vegne av fylkeskommunen etter avtale. Dette fordi private tannklinikker ikke kan regnes som «forvaltningsorgan» i forvaltningslovens forstand. I likhet med personell ansatt i kommuneadministrasjonen som ikke yter helse- og omsorgstjenester, omfattes ikke administrativt personell i fylkeskommunen av taushetsreglene i helsepersonelloven.

Da tannhelsetjenesteloven ble vedtatt i 1983, inneholdt loven en bestemmelse i § 6-4 om taushetsplikt for personer tilknyttet den fylkeskommunale tannhelsetjenesten. Bestemmelsen ble opphevet i 1986. Bakgrunnen for endringen var de nye bestemmelsene om taushetsplikt som ble tatt inn i forvaltningsloven i 1977, jf. Ot.prp. nr. 2 (1985–86) *Om lov om endringer i særlovgivningen om taushetsplikt (tilpassing til forvaltningsloven)*. Begrunnelsen for opphevingen var at de persongruppene som var dekket av taushetsplikt etter bestemmelsen i praksis også ville være dekket av bestemmelsene om yrkesmessig taushetsplikt for helsepersonell og av forvaltningsloven, og at bestemmelsen i tannhelsetjenesteloven derfor ikke lenger var nødvendig.

Helse- og omsorgstjenesteloven

Bestemmelsen i helse- og omsorgstjenesteloven § 12-1 første ledd slår fast at taushetspliktreglene i forvaltningsloven §§ 13 til 13 e kommer til anvendelse for «enhver som utfører tjeneste eller arbeid etter denne loven». Taushetsplikten etter forvaltningsloven gjelder enhver som utfører tjeneste eller arbeid for et forvaltningsorgan, uavhengig av utdanning og arbeidsoppgaver. I tillegg gjelder taushetspliktreglene i helsepersonelloven kapittel 5 direkte for autorisert helsepersonell og annet personell som yter helsehjelp. Videre følger det av helse- og omsorgstjenesteloven § 2-1 at helsepersonellovens regler om taushetsplikt gjelder tilsvarende for alt personell som yter helse- og omsorgstjenester etter denne loven. Bestemmelsen har betydning for personell som yter omsorgstjenester (tidligere sosiale tjenester etter sosialtjenesteloven av 1991), det vil si tjenester som ikke regnes som «helsehjelp» etter helsepersonelloven.

Dette betyr at det er et tosporet system for lovfestet taushetsplikt for offentlig ansatt personell i den kommunale helse- og omsorgstjenesten; en yrkesmessig (profesjonsbestemt) taushetsplikt

etter helsepersonelloven og en forvaltningsmessig taushetsplikt etter forvaltningsloven. Personellet vil i mange tilfeller være underlagt begge reglesett. Som hovedregel skal den yrkesmessige taushetsplikten etter helsepersonelloven følges i slike situasjoner. I og med at de fleste ansatte i kommunens helse- og omsorgstjeneste vil være omfattet av helsepersonellovens taushetspliktsbestemmelser via henvisningen i helse- og omsorgstjenesteloven § 2-1, har skillet mellom forvaltningsmessig og yrkesbestemt taushetsplikt mindre betydning enn tidligere.

Forvaltningslovens taushetsregler vil likevel ha selvstendig betydning for ansatte som ikke er omfattet av helsepersonellovens taushetspliktregler. Dette kan være aktuelt for personell som ikke yter helse- og omsorgstjenester, men som utfører administrative oppgaver i kommunen som innebærer behandling av personopplysninger. Et eksempel på dette kan være saksbehandlere som arbeider ved kommunens bestiller-/utførerkontor. Bestemmelsene om taushetsplikt i helse- og omsorgstjenesteloven § 12-1 har derfor først og fremst selvstendig betydning for ansatte som ikke har taushetsplikt etter helsepersonelloven.

Bestemmelsen i helse- og omsorgstjenesteloven § 12-1 andre ledd innebærer en innstramming i forhold til taushetsplikten etter forvaltningsloven § 13. Det betyr at også opplysninger om fødested, fødselsdato, personnummer, statsborgerforhold, sivilstand, yrke, bopel og arbeidssted er underlagt taushetsplikt. Opplysning om oppholdssted kan likevel gis når det er klart at det ikke vil skade tilliten til helse- og omsorgstjenesten å gi slik opplysning.

Spesialisthelsetjenesteloven § 6-1 inneholder regler om taushetsplikt som i hovedsak tilsvarende reglene i helse- og omsorgstjenesteloven § 12-1.

10.20.1.2 Forslag i høringsnotatet

I høringsnotatet foreslo departementet å la bestemmelsene om taushetsplikt i helse- og omsorgstjenesteloven § 12-1 få anvendelse også for enhver som utfører tannhelsehjelp eller tannhelseadministrativt arbeid etter loven. Forslaget innebar en innskjerping av den forvaltningsmessige taushetsplikten for personell ansatt i kommunens tannhelsetjeneste i forhold til hva som gjelder for fylkeskommunens ansatte i dag. Forslaget ville få særlig betydning for ansatte som utfører rent administrative oppgaver. De ville bli pålagt en strengere taushetsplikt enn hva de har i dag etter forvaltningsloven.

10.20.1.3 Høringsinstansenes syn

Det er svært få høringsinstanser som har kommentert forslaget. *Fellesorganisasjonen FO* er positiv til forslaget i høringsnotatet om å la bestemmelsene om taushetsplikt i helse- og omsorgstjenesteloven få anvendelse for personell i den kommunale tannhelsetjenesten og mener at det kan bidra til økt rettsikkerhet for pasientene. Også *Helsedirektoratet* støtter forslaget uten nærmere begrunnelse.

10.20.1.4 Departementets vurderinger og forslag

Departementet legger til grunn at en innpassing av tannhelsetjenester i helse- og omsorgstjenesteloven vil medføre en skjerpet forvaltningsmessig taushetsplikt for personell ansatt i den kommunale tannhelsetjenesten i forhold til hva som gjelder for fylkeskommunens ansatte i dag. Det vises til bestemmelsen i helse- og omsorgstjenesteloven § 12-1 andre ledd som utvider taushetsplikten til å gjelde opplysninger om personlige forhold som er unntatt fra taushetsplikten etter forvaltningsloven § 13 andre ledd.

Innpassingen av tannhelsetjenester i helse- og omsorgstjenesteloven vil særlig få betydning for ansatte i kommunen som ikke er underlagt yrkesbestemt taushetsplikt etter helsepersonelloven. Dette gjelder blant annet personale som utfører rent administrative oppgaver innenfor tannhelsetjenesten som innebærer behandling av personopplysninger, for eksempel i forbindelse med innkalling av barn og unge til regelmessige tannhelseundersøkelser. Disse vil bli pålagt en strengere taushetsplikt enn hva de har i dag etter forvaltningsloven. På samme måte vil taushetspliktreglene i helse- og omsorgstjenesteloven ha selvstendig betydning i situasjoner der tannhelsepersonell i kommunen ikke yter tannhelsehjelp, men utfører rent administrativt arbeid.

Departementet opprettholder forslaget i høringsnotatet om å gi taushetsreglene i helse- og omsorgstjenesteloven uavkortet anvendelse også for ansatte i den kommunale tannhelsetjenesten. Forslaget innebærer en endring i gjeldende rett ved at enkelte som i dag er fylkeskommunalt ansatte vil bli pålagt en strengere taushetsplikt når de overføres til kommunen. På den annen side legger departementet til grunn at det i liten grad vil være aktuelt å yte tannhelsehjelp for personell som ikke er autorisert helsepersonell. Det er derfor et fåtall som vil bli omfattet av den yrkesbestemte taushetsplikten i helsepersonelloven gjen-

nom henvisningen i helse- og omsorgstjenesteloven § 2-1.

10.20.2 Statlig tilsyn

10.20.2.1 Gjeldende rett

Tannhelsetjenesteloven

Tilsyn med den fylkeskommunale tannhelsetjenesten er i dag regulert både i tannhelsetjenesteloven og i lov 30. mars 1984 nr. 15 om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten m.m. (helsetilsynsloven). Sistnevnte lov regulerer tilsyn både med den fylkeskommunale tannhelsetjenesten som sådan, med det enkelte tannhelsepersonell som arbeider i fylkeskommunen samt privatpraktiserende tannhelsepersonell. Helsetilsynsloven er nærmere omtalt nedenfor.

Det følger av tannhelsetjenesteloven § 4-1 tredje ledd at fylkestannlegen fører tilsyn med privatpraktiserende tannleger som har avtale med fylkeskommunen. Bakgrunnen for denne bestemmelsen er beskrevet i forarbeidene til loven, jf. Ot.prp. nr. 49 (1982–83) kapittel 8:

«Tilsyn med iverksettelsen av godkjente planer og bruken av statlige tilskudd er en statlig oppgave. Departementet vil vurdere hvordan slike tilsynsoppgaver best kan gjennomføres. Tannhelsetjenesten har et omfang som ligger nær opp til den kommunale legetjenesten, slik at så vel faglige som økonomiske tilsynsbehov foreligger. Det føres i dag ikke faglig, offentlig tilsyn med den private del av tannhelsetjenesten. Departementet foreslår at slikt tilsyn innføres f. eks. med de private tannleger som inngår avtaler med fylkeskommunene om behandling av prioriterte grupper.»

Videre er det gitt bestemmelser om tilsyn og veiledning overfor fylkeskommunene i tannhelsetjenesteloven § 6-2. Av § 6-2 første ledd fremgår at Statens helsetilsyn skal føre tilsyn med at fylkeskommunene fremmer tannhelsetjenestens formål på forsvarlig og hensiktsmessig måte, og se til at lover og forskrifter for tannhelsetjenesten blir kjent og overholdt. Det følger av § 6-2 andre ledd at Statens helsetilsyn eller den det gir myndighet, uten hinder av taushetsplikt, kan kreve opplysninger om tannhelsetjenesten i fylkeskommunen og dens pasienter som er påkrevd for oversikt, kontroll og tilsyn. Det foretas inspeksjon og undersøkelser også av journal og opptegnelser mv. Etter § 6-2 tredje ledd har Statens helsetilsyn adgang til å pålegge fylkestannlegen å utføre tilsynsoppgave

ver som nevnt i første og andre ledd på vegne av helsetilsynet. Statens helsetilsyn kan forelegge innhentede opplysninger for sakkyndige til uttalelse, jf. § 6-2 fjerde ledd.

Både bestemmelsen i tannhelsetjenesteloven § 4-1 tredje ledd og § 6-2 tredje ledd som tillegger fylkestannlegen en rolle i tilsynet med den fylkeskommunale tannhelsetjenesten, må ses i sammenheng med at kapittel 3 i tannhelsetjenesteloven tidligere inneholdt en rekke administrative og organisatoriske bestemmelser med blant annet krav til fylkestannlege som etatssjef og administrativ leder for Den offentlige tannhelsetjenesten og inndeling i tannhelsedistrikter med distriktstannleger som ledere. Disse bestemmelsene ble opphevet ved en lovendring i kraft fra 1. juli 2003 fordi bestemmelser om intern organisering, ledelse og administrering ble ansett som overflødig, jf. Ot.prp. nr. 54 (2001–2002) punkt 4.5.2.4 side 12.

Ved opphevingen av det lovfestede kravet om fylkestannlege, ble imidlertid hverken spørsmålet om fylkestannlegens tilsyn med privat tannhelsevirksomhet som har avtale med fylkeskommunen eller adgangen for Statens helsetilsyn til å pålegge fylkestannlegen å utføre tilsyn på helsetilsynets vegne, drøftet i forarbeidene til endringsloven. Det er uvisst hvorfor bestemmelsene i tannhelsetjenesteloven § 4-1 tredje ledd og § 6-2 tredje ledd har blitt stående uendret.

Lovfesting av egne bestemmelser om tilsyn i tannhelsetjenesteloven § 4-1 tredje ledd og § 6-2 må også ses i lys av at tannhelsetjenesteloven ble vedtatt og iverksatt før helsetilsynsloven. Bestemmelsene i tannhelsetjenesteloven § 6-2 korresponderer langt på vei med tidligere tilsynsbestemmelser i kommunehelsetjenesteloven av 1982, som ikke ble videreført i helse- og omsorgstjenesteloven.

Helse- og omsorgstjenesteloven

Fylkesmannens tilsyn med den kommunale helse- og omsorgstjenesten er regulert i helse- og omsorgstjenesteloven § 12-3. Tilsynsbestemmelsen i helse- og omsorgstjenesteloven er utformet i samsvar med de generelle tilsynsreglene i lov 25. september 1992 nr. 107 om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven) kapittel 10A. Reglene i kommuneloven kapittel 10A gir felles regler om rammer, prosedyrer og virkemidler for statlig tilsyn med kommunesektoren. Reglene har som formål å gjøre statens tilsyn med kommunene mer oversiktlig, enhetlig og forutsigbart. Det er i loven forutsatt at det er Fylkesmannen

som har tilsynsmyndighet. Kommuneloven fastsetter hvordan tilsynet skal gjennomføres, mens man må gå til den enkelte særlov for å finne hvilke områder i den aktuelle loven det kan føres tilsyn med. Kommunelovens tilsynssystem kommer i hovedsak til anvendelse på de såkalte «kommunepliktene» og ikke på aktørplikter som påhviler enkeltpersoner, for eksempel etter helsepersonelloven.

Av helse- og omsorgstjenesteloven § 12-3 første ledd fremgår at Fylkesmannen skal føre tilsyn med lovligheten av kommunens oppfyllelse av plikter pålagt i kapitlene 3 til 10 og §§ 11-2, 11-3 og 11-4. Av § 12-3 andre ledd fremgår at kommuneloven kapittel 10A skal gjelde tilsvarende for tilsynsvirksomheten etter første ledd. Det er gjort unntak for bestemmelsen i kommuneloven § 60d som gir Fylkesmannen hjemmel for å gi pålegg til kommunen eller fylkeskommunen om å rette forhold som er i strid med bestemmelser i lover på det aktuelle sektorområdet. I stedet er det gitt en særregel om at Statens helsetilsyn kan gi pålegg etter helsetilsynsloven § 5.

Helsetilsynsloven

I forbindelse med behandlingen av forslaget til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester i Prop. 91 L (2010–2011), ble det vedtatt endringer i helsetilsynsloven. Myndigheten til å føre regionalt tilsyn med helsetjenesten ble overført fra Helsetilsynet i fylket til Fylkesmannen fra 1. januar 2012. Helsetilsynet i fylket opphørte dermed som egen forvaltningsinstans, men er en integrert del av fylkesmannsembetet. Fra 1. januar 2012 er det én felles tilsyns- og klageinstans for alle helse- og omsorgstjenester og alt helsepersonell. Endringen i helsetilsynsloven innebærer at Fylkesmannen fra samme tidspunkt også er regional tilsynsmyndighet overfor den fylkeskommunale tannhelsetjenesten, selv om dette ikke fremgår av eksisterende tilsynsbestemmelser i tannhelsetjenesteloven.

Helsetilsynsloven § 1 første ledd slår fast at Statens helsetilsyn har det overordnede faglige tilsyn med helse- og omsorgstjenesten i landet. Fylkesmannen er tillagt myndighet til å føre tilsyn med helse- og omsorgstjenesten og er da direkte underlagt Statens helsetilsyn, jf. helsetilsynsloven § 1 fjerde ledd. Det betyr at Statens helsetilsyn kan instruere Fylkesmannen som regional tilsynsinstans i enkeltsaker. Slik instruksjonsrett kan være nødvendig for å sikre riktig og lik behandling av saker på landsbasis.

Opgavene til Statens helsetilsyn og Fylkesmannen er nærmere definert i helsetilsynsloven § 2. I § 2 første ledd fremgår at Fylkesmannen skal føre tilsyn med «helse- og omsorgstjenesten i fylket og med alt helsepersonell og annet personell i fylket som yter helse- og omsorgstjenester». I forbindelse med tilsynet skal Fylkesmannen blant annet gi veiledning som medvirker til at befolkningens behov for helse- og omsorgstjenester blir dekket. Fylkesmannen skal i tillegg holde Statens helsetilsyn orientert om forholdene i helse- og omsorgstjenesten i fylket og om forhold som innvirker på disse, jf. § 2 tredje ledd.

Tilsyn med helsepersonell utløses som regel av en hendelse som medfører at Fylkesmannen får informasjon om mulige uregelmessigheter gjennom anmodninger om vurdering av mulig pliktbrudd etter pasient- og brukerrettighetsloven § 7-4, eller på annen måte. Fylkesmannen skal informere Statens helsetilsyn om forhold som tilsier reaksjoner mot helsepersonell etter reglene i helsepersonelloven kapittel 11, jf. helsetilsynsloven § 2 fjerde ledd. Det er Statens helsetilsyn som gir administrative reaksjoner til helsepersonell etter reglene i dette kapitlet.

Tilsyn med virksomheter utøves både som planlagt tilsyn og som hendelsesbasert tilsyn. Fylkesmannen skal blant annet påse at alle som yter helse- og omsorgstjenester har etablert internkontrollsystem for egen virksomhet, slik at virksomhet og tjenester planlegges, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av lover og forskrifter, jf. helsetilsynsloven § 3. Plikten til å etablere internkontroll er utdypet i forskrift 28. oktober 2016 nr. 1250 om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, gitt med hjemmel i helsetilsynsloven § 7. Forskriften trådte i kraft 1. januar 2017 og erstatter interkontrollforskriften.

Statens helsetilsyn har etter helsetilsynsloven § 5 myndighet til å gi pålegg om å rette på forholdene dersom en virksomhet innen helse- og omsorgstjenesten drives på en måte som kan ha skadelige følger for pasienter eller andre, eller på annen måte er uforsvarlig. Myndigheten til å gi pålegg omfatter virksomheter innenfor spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 7-1 og helse- og omsorgstjenesteloven § 12-3 andre ledd. Når det gjelder spesialisthelsetjenester, kan pålegget innebære ikke bare endringer i driftsforholdene, men stenging av hele eller deler av helseinstitusjonen. Pålegg om endringer overfor spesialisthelsetjenesten er enkeltvedtak og kan påklages etter reglene i for-

valtningsloven til Arbeids- og sosialdepartementet, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 7-1 tredje ledd.

Tannhelsetjenesteloven har ikke tilsvarende bestemmelser om pålegg, men det antas at den generelle hjemmelen i helsetilsynsloven § 5 også kan gis anvendelse på offentlig og privat tannhelsevirksomhet.

10.20.2.2 Forslag i høringsnotatet

Departementet foreslo i høringsnotatet at bestemmelsene om statlig tilsyn i helse- og omsorgstjenesteloven § 12-3 burde gis full anvendelse på tannhelsetjenester. Departementet fant ikke grunn til å videreføre gjeldende tilsynsbestemmelser i tannhelsetjenesteloven.

10.20.2.3 Høringsinstansenes syn

Av de få høringsinstansene som har uttalt seg om dette temaet, støtter *Helsedirektoratet* departementets forslag om at gjeldende bestemmelser om tilsyn med tannhelsetjenesten harmoniseres med tilsynsbestemmelsene i helse- og omsorgstjenesteloven. Direktoratet uttaler blant annet:

«Helsedirektoratet vil påpeke at det vil være viktig å sikre tannhelsefaglig kompetanse i fylkesmannsembetene for å sikre at det helhetlige bildet over tannhelsetjenesten i fylket kan ivaretas når fylkestannlegene nå mister sin funksjon (...)»

Den norske tannlegeforening uttaler:

«NTF er kritisk til påstanden om at forslaget er en videreføring av gjeldende rett og ikke får økonomiske eller administrative konsekvenser. Det vises til at en tilsynsmyndighet må ha riktig faglig kompetanse for å utføre tilsyn. Vi mener at det må være odontologisk kompetanse hos tilsynsmyndigheten og at dette dermed vil få økonomiske konsekvenser. Manglende odontologisk fagkompetanse synes å være en svakhet også i dag. Det er en uforholdsmessig høy terskel før tilsynsmyndighetene griper inn, og de har i praksis bare en rolle i de mest alvorlige sakene. Dette svekker pasientsikkerheten.»

10.20.2.4 Departementets vurderinger og forslag

Departementet mener at gjeldende bestemmelser om tilsyn med tannhelsetjenester bør bringes i

samsvar med de generelle reglene om statlig tilsyn med kommunesektoren og harmoniseres med tilsynsbestemmelsene i helse- og omsorgstjenesteloven § 12-3. Etter departementets vurdering er det ikke grunn til å videreføre innholdet i bestemmelsene i tannhelsetjenesteloven §§ 4-1 tredje ledd og 6-2 tredje ledd som tillegger fylkeskommunen tannhelsetjenesten og privat tannhelsevirksomhet. Det å delegere myndighet fra et statlig, uavhengig tilsyn til ledelsen av en kommunal virksomhet som yter de aktuelle tjenestene og dermed selv er gjenstand for tilsynet, strider mot de prinsipper om uavhengighet som er lagt til grunn i tilsvarende lovgivning.

Videre forutsettes det at kommunen selv følger opp at avtaler den inngår med private tjenesteytere overholdes. Siden det er et avtalebasert system som ligger til grunn for samarbeid med private ytere av tannhelsetjenester, kan departementet ikke se at det er nødvendig med en egen lovbestemmelse som pålegger kommunen å føre tilsyn med privat avtalevirksomhet. Departementet kjenner heller ikke til at bestemmelsene i tannhelsetjenesteloven §§ 4-1 og 6-2 har vært praktisert. Bestemmelsene anses uansett ikke lenger å ha noen selvstendig betydning utover de generelle reglene i helsetilsynsloven. Tilsynsbestemmelsene i tannhelsetjenesteloven anses som utdaterte og uhensiktsmessige og bør erstattes av mer moderne lovbestemmelser.

Departementet opprettholder forslaget fra høringsnotatet om at bestemmelsene i helse- og omsorgstjenesteloven § 12-3 også får anvendelse når Fylkesmannen fører tilsyn med kommunens oppfyllelse av plikter knyttet til ansvar for tannhelsetjenester. Forslaget innebærer i hovedsak en videreføring av gjeldende rett. Det er ikke grunn til å tro at omfanget av tilsynet som utføres av Statens helsetilsyn og Fylkesmannen vil bli særlig større som følge av noen flere kommuneplikter når det gjelder tannhelsetjenester, enn i forhold til det tilsynet som føres med den fylkeskommunale tannhelsetjenesten i dag.

10.21 Forholdet til pasient- og brukerrettighetsloven

Som det fremgår av punkt 10.5.4, foreslår departementet at pasienters rettigheter til nødvendig tannhelsehjelp fra kommunen reguleres i pasient- og brukerrettighetsloven, sammen med klageregler, rett til individuell plan mv. Gjeldende rettighetsbestemmelser i tannhelsetjenesteloven må

derfor gjennomgås og vurderes opp mot aktuelle rettighetsbestemmelser i pasient- og brukerrettighetsloven, på samme måte som i forhold til helse- og omsorgstjenesteloven når det gjelder reguleringen av kommunens fremtidige plikter for tannhelsetjenester. Med unntak av pasient- og brukerombudsordningen, gjelder allerede de prosessuelle rettighetene i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 3, 4 og 5 (rett til medvirkning og informasjon, rett til å samtykke til helsehjelp, rett til journalinnsyn mv.) for tannhelsehjelp som ytes av fylkeskommunen eller av private tjenesteytere.

10.21.1 Virkeområde og definisjoner

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

10.21.1.1 Gjeldende rett

Det følger av pasient- og brukerrettighetsloven § 1-2 første ledd at loven gjelder for alle som oppholder seg i riket. Kongen kan i forskrift gjøre unntak fra lovens kapittel 2 (rett til helse- og omsorgstjenester og transport) for personer som ikke er norske statsborgere eller som ikke har fast opphold i riket. Slike unntak er fastsatt i forskrift 16. desember 2011 nr. 1255 om rett til helse- og omsorgstjenester til personer uten fast opphold i riket. Personkretsen er nærmere omtalt under punkt 10.21.2 nedenfor.

I likhet med den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten, inngår «tannhelsetjenesten» i definisjonen av begrepet «helse- og omsorgstjenesten» i pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3 bokstav d. Begrepet omfatter også private tilbydere av helse- og omsorgstjenester. Betydningen av dette er i første rekke at de prosessuelle rettighetene knyttet til medvirkning, informasjon, samtykke og innsyn i pasientjournal i lovens kapittel 3, 4 og 5 også gjelder for pasienter som mottar tannbehandling fra den fylkeskommunale tannhelsetjenesten eller fra private tjenesteytere.

10.21.1.2 Departementets vurderinger og forslag

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

rent teknisk art som følge av at tannhelsetjenesteloven foreslås opphevd.

10.21.2 Rett til nødvendig tannhelsehjelp fra kommunen

10.21.2.1 Gjeldende rett

Tannhelsetjenesteloven

Retten til nødvendig tannhelsehjelp etter tannhelsetjenesteloven er forbeholdt bestemte persongrupper. Alle nevnt i tannhelsetjenesteloven § 1-3 har rett til nødvendig tannhelsehjelp i den fylkeskommune der de bor eller midlertidig oppholder seg, jf. § 2-1 første ledd. Det vil si at det er den fylkeskommune der pasienten oppholder seg som har ansvar for at pasientens rettigheter blir oppfylt. Retten til tannhelsehjelp gjelder i praksis overfor den fylkeskommune hvor pasienten til enhver tid oppholder seg, uavhengig av i hvilket fylke vedkommende har sitt bosted. Det vises til departementets redegjørelse for oppholdsprinsippet under punkt 10.8.2 og 10.8.5. Dette er også presisert i lovforarbeidene, jf. Ot.prp. nr. 49 (1982–83) side 19 hvor det i tilknytning til § 2-1 heter:

«Denne regelen inneholder hjemmel for at pasienter nevnt i § 1-3 bokstavene a-e har et rettskrav på tannhelsehjelp i det fylke de til enhver tid oppholder seg.»

Med «alle» menes i første rekke de lovpålagte gruppene i § 1-3 første ledd bokstav a til d. I tillegg omfattes eventuelle andre grupper som fylkeskommunen har vedtatt å prioritere etter § 1-3 første ledd bokstav e. Voksne som ikke omfattes av bokstav a til e og som mottar tannhelsetjenester mot full betaling, har rett til nødvendig tannhelsehjelp i den grad fylkeskommunen er pålagt å yte tjenester til denne delen av befolkningen i visse geografiske områder uten et tilstrekkelig privat tannhelsetilbud, jf. forskrift fastsatt i medhold av tannhelsetjenesteloven § 1-3 tredje ledd andre punktum.

I tillegg til persongrupper som er omfattet av bestemmelsene i tannhelsetjenesteloven § 1-3, har departementet gjennom retningslinjer lagt til grunn at også personer med rusavhengighet og innsatte i fengsler i kriminalomsorgen anses å ha tilsvarende rett til nødvendig tannhelsehjelp fra fylkeskommunen på bakgrunn av Stortingets budsjettvedtak og bevilgninger til disse formålene. Det vises til punkt 10.9.8 og 10.9.9.

Retten til nødvendig tannhelsehjelp korresponderer med fylkeskommunens plikt til å gi et regelmessig og oppsøkende tilbud til de samme persongruppene. Tannhelsetilbudet skal omfatte nødvendig tannhelsehjelp, herunder kontroller, undersøkelser, diagnostisering og eventuelt henvisninger videre. Retten til å motta tannhelsehjelp som er nødvendig gjelder også utenom innkallingene fra fylkeskommunen.

Begrepet «nødvendig tannhelsehjelp» må tolkes slik at det gir krav på nødvendig hjelp med en forsvarlig standard, basert på en individuell faglig vurdering av behov. Omfang og nivå på hjelpen må derfor vurderes konkret. Det er imidlertid en minstestandard som fylkeskommunen ikke kan gå under med henvisning til dårlig økonomi. I forarbeidene til tannhelsetjenesteloven, jf. Ot.prp. nr. 49 (1982–83), er det påpekt at det rettskravet en pasient vil ha overfor fylkeskommunen ikke kan være ubegrenset. I spesialmerknadene til tannhelsetjenesteloven § 2-1 heter det blant annet:

«Hvor langt fylkeskommunens plikt strekker seg må bedømmes konkret etter forholdene i den enkelte fylkeskommune. Det er nødvendig hjelp som kan kreves. Og fylkeskommunens plikt vil være begrenset til det som økonomi, tilgang på tannhelsepersonell og utstyr gjør mulig. Fylkeskommunen plikter å holde en tannhelsetjeneste av odontologisk forsvarlig standard.»

Sosial- og helsedepartementet har i Rundskriv I-16/2000 *Presisering av tannhelsetjenesteloven § 1-3 – innskrenkninger i det fylkeskommunale tannhelsetilbudet* utdypet hva som ligger i begrepet «nødvendig tannhelsehjelp». I rundskrivet viser departementet til at:

«Innholdet i uttrykket vil kunne variere over tid, avhengig av de midler som står til disposisjon. Denne variasjonen må ligge innenfor det forsvarlige, slik at innbyggerne i alle fylkeskommuner sikres et tilbud over en viss minimumsgrense. Minimumsgrensen vil også kunne variere over tid. Per i dag, hvor det eksisterer mange muligheter tilgjengelig for vedlikehold og restaurering av tannsett, vil et minimum måtte inneholde tilbud om akutt-hjelp, forebyggende tiltak og behandling.»

Videre har Helsedirektoratet i 2011 gitt ut Veileder IS-1589 *God klinisk praksis i tannhelsetjenesten – veileder i bruk av faglig skjønn ved nødvendig tannbehandling* som ved fastleggingen av det fag-

lige innholdet i hva som er nødvendig tannbehandling tar utgangspunkt i direktoratets definisjon av akseptabel oral helse. Denne definisjonen omfatter en situasjon hvor pasienten ikke har smerter, ubehag eller alvorlige lidelser, men har tilfredsstillende tyggefunksjon og evne til å kommunisere og ha sosial omgang uten problemer som skyldes tennene. I veilederen gis en nærmere angivelse av hvilke undersøkelser og behandlinger som bør inngå i nødvendig tannbehandling.

Det fremgår av tannhelsetjenesteloven § 2-1 andre ledd at den offentlige tannhelsetjenesten skal gi den som søker eller trenger tannhelsehjelp de opplysninger vedkommende trenger for å ivareta sin rett, og se til at det ikke påføres unødig utgift, tap, tidsspille eller uleilighet.

Av tannhelsetjenesteloven § 2-1 tredje ledd følger at forvaltningslovens regler ikke gjelder for vedtak om tildeling av nødvendig tannhelsehjelp etter denne paragrafen.

Helse- og omsorgstjenesteloven

I motsetning til tannhelsetjenesteloven, inneholder helse- og omsorgstjenesteloven ingen bestemmelser om individuelle rettigheter til helse- og omsorgstjenester. Rettigheter til nødvendige helse- og omsorgstjenester fra kommunen er i sin helhet regulert i pasient- og brukerrettighetsloven. Helse- og omsorgstjenesteloven pålegger kommunen plikt til å sørge for at «personer som oppholder seg i kommunen» tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. Når det gjelder hvem som har rett til helse- og omsorgstjenester fra kommunen, følger dette av pasient- og brukerrettighetsloven.

Pasient- og brukerrettighetsloven

Den fylkeskommunale tannhelsetjenesten faller inn under definisjonen av «helse- og omsorgstjenesten» i pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3 bokstav d, og omfattes dermed av pasient- og brukerrettighetsloven. Retten til nødvendig hjelp etter pasient- og brukerrettighetsloven §§ 2-1 a og 2-1 b er imidlertid avgrenset til å gjelde henholdsvis helse- og omsorgstjenester fra kommunen og helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten.

Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 a omhandler rett til nødvendig hjelp fra kommunens helse- og omsorgstjeneste. Pasient og bruker har rett til øyeblikkelig hjelp fra kommunen, jf. § 2-1 a første ledd som henviser til kommunens plikt til å tilby øyeblikkelig hjelp i helse- og

omsorgstjenesteloven § 3-5. Videre følger det av § 2-1 a andre ledd at pasient og bruker har rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester fra kommunen.

Pasient og bruker har etter § 2-1 a tredje ledd rett til et verdig tjenestetilbud i samsvar med kravet til forsvarlige tjenester i helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 første ledd bokstav b. For øvrig følger det av § 2-1 a fjerde ledd at kommunen skal gi den som søker eller trenger helse- og omsorgstjenester, de helse- og behandlingmessige opplysninger vedkommende trenger for å ivareta sin rett. Bestemmelsen i § 2-1 a femte ledd gir hjemmel for å gi forskrifter om hva som skal anses som helse- og omsorgstjenester som pasient og bruker kan ha rett til. Slik forskrift er ikke gitt.

Når det gjelder hvem som har rett til helse- og omsorgstjenester etter pasient- og brukerrettighetsloven, slår § 1-2 første ledd fast at loven gjelder for «alle som oppholder seg i riket». Kongen kan i forskrift gjøre unntak fra lovens kapittel 2 for personer som ikke er norske statsborgere eller ikke har fast opphold i riket. Slike unntak er fastsatt i forskrift 16. desember 2011 nr. 1255 om rett til helse- og omsorgstjenester til personer uten fast opphold i riket. Forskriften innsnevrer personkretsen som har rettigheter i forhold til det som ellers følger av hovedregelen i pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 a, jf. § 1-2. Forskriften presiserer for det første hvilke personer som har såkalte «fulle rettigheter» til helsehjelp etter pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 2. Videre klargjør forskriften rettigheter for personer uten fast opphold i riket, uavhengig av om oppholdet er lovlig eller ulovlig. Forskriften er begrenset til å omfatte rett til helse- og omsorgstjenester fra kommunen og spesialisthelsetjenesten. Forskriften regulerer ikke rett til tannhelsehjelp for personer uten fast opphold i riket. Retten til nødvendig tannhelsehjelp følger i sin helhet av tannhelsetjenesteloven og ikke av pasient- og brukerrettighetsloven.

10.21.2.2 Forslag i høringsnotatet

Departementet foreslo i høringsnotatet å ta inn en egen bestemmelse som ny § 2-1 f i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 2 for å synliggjøre at retten til nødvendig tannhelsehjelp ved overføring av ansvaret til kommunene, fortsatt vil være begrenset til bestemte persongrupper slik som i dag. I forslaget ble det tatt inn en henvisning til opplistingen av grupper i helse- og omsorgstjenesteloven, jf. forslaget til ny § 3-2 b. For å gjøre det klart at rettigheter til tannhelsehjelp skal regu-

leres uttømmende i forslaget til ny § 2-1 f i pasient- og brukerrettighetsloven, foreslo departementet å ta inn en bestemmelse i lovens § 2-1 a som uttrykkelig slår fast at første og andre ledd i denne paragrafen ikke gjelder for tannhelsetjenester.

10.21.2.3 Høringsinstansenes syn

Helsedirektoratet støtter departementets forslag om at rett til tannhelsehjelp reguleres i ny § 2-1 f i pasient- og brukerrettighetsloven. Direktoratet viser imidlertid til at det i høringsnotatet understrekes at begrepet nødvendig tannhelsehjelp i § 2-1 f også omfatter akutt tannhelsehjelp. Helsedirektoratet savner en tydeligere forklaring på hvorfor akutt tannhelsehjelp ikke kan inngå i den eksisterende bestemmelsen i pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 a.

Den norske tannlegeforening (NTF) viser til at retten til nødvendig tannhelsehjelp korresponderer med plikten til å gi et regelmessig og oppsøkende tilbud til bestemte persongrupper. NTF mener at rett til nødvendig tannhelsehjelp fra kommunen bør fremkomme uttrykkelig i pasient- og brukerrettighetsloven, både av pedagogiske hensyn og for at pasientene ikke skal måtte gå til flere lover for å gjøre seg kjent med sine rettigheter. NTF mener at dette ikke er en unødvendig dobbeltregulering. NTF viser til at ved å også ta teksten i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 b inn i pasient- og brukerrettighetslov § 2-1 f, kommer det klarere frem for pasienten hva som er pasientens rettigheter, fremfor at det bare gis en henvisning.

10.21.2.4 Departementets vurderinger og forslag

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

«Etter departementets vurdering er det ikke hensiktsmessig med en nærmere avgrensning av hvem som er rettighetshaver etter loven. Som nærmere redegjort for under punkt 7.2, tilrår departementet at ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester i størst mulig grad

innrettes som en rendyrket pliktlov eller tjenestelov. Dette innebærer at hvilke personer loven gjelder for og hvilke rettigheter den enkelte har etter loven, i stor grad må bestemmes etter annen lovregulering, hvor særlig pasientrettighetsloven vil være sentral. Dette innebærer for eksempel at i hvilken grad personer som oppholder seg ulovlig i landet eller asylsøkere vil omfattes av loven, fastsettes gjennom annen lovgivning og ikke i virkeområdebestemmelsen i ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester.»

Selv om tannhelsetjenesten omfattes av definisjonen av «helse- og omsorgstjenesten» i pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3 bokstav d, gjelder ikke reglene i kapittel 2 for tannhelsetjenester. Det følger direkte av ordlyden i de enkelte bestemmelsene i lovens kapittel 2 at retten til nødvendige helse- og omsorgstjenester er avgrenset til å omfatte kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenester.

Spørsmålet er hvordan rettighetsbestemmelser knyttet til tannhelsetjenester bør utformes ved plassering i pasient- og brukerrettighetsloven, uten at det får utilsiktede rettsvirkninger.

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

Ved innlemming av tannhelsetjenester i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 2 uten tilpasninger, vil bestemmelsen om rett til øyeblikkelig hjelp i § 2-1 a første ledd automatisk omfatte øyeblikkelig tannhelsehjelp. Bestemmelsen henviser til kommunens plikt til å yte øyeblikkelig hjelp etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-5. På samme måte vil nødvendig tannhelsehjelp automatisk bli omfattet av bestemmelsen om rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester i pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 a andre ledd, slik den står. Som følge av at rettigheter til tannhelsehjelp ikke gjelder for alle som oppholder seg i riket, er det imidlertid behov for å ta inn en særregel i pasient- og brukerrettighetsloven som synliggjør at disse rettighetene fremdeles skal være forbeholdt bestemte persongrupper.

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

rettigheter ideelt sett utformes så detaljert at det er mulig for pasienten å gjøre seg kjent med sine rettigheter uten å måtte gå til annen lovgivning. Dette har også betydning for muligheten til å nyttiggjøre seg klageadgang. Det kan derfor hevdes at rettighetsbestemmelsen i pasient- og brukerrettighetsloven i størst mulig grad bør speile innholdet i pliktbestemmelsen i helse- og omsorgstjenesteloven. Departementet finner det imidlertid ikke hensiktsmessig å «kopiere» hele lovteksten i forslaget til ny § 3-2 b i helse- og omsorgstjenesteloven inn i pasient- og brukerrettighetsloven, siden dette vil medføre unødig dobbeltregulering. I forslaget til ny § 2-1 f anses det tilstrekkelig å ta inn en generell henvisning til pliktbestemmelsen i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 b. I forslaget til § 2-1 f benyttes det innarbeidede begrepet «nødvendig tannhelsehjelp» som etter sikker rett også omfatter tannbehandling ved akutt behov.

På tilsvarende måte finner departementet at det er behov for å ta inn et nytt tredje ledd i § 2-1 a som negativt avgrenser bestemmelsene i første og andre ledd fra å få anvendelse på tannhelsetjenester, ved å henvise til § 2-1 f. Dette unntaket anses nødvendig for å unngå utilsiktede rettsvirkninger. Forslaget medfører at tannhelsetjenester ikke automatisk vil bli omfattet av forskrift 16. desember 2011 nr. 1255 om rett til helse- og omsorgstjenester til personer uten fast opphold i riket. Forskriften regulerer i dag ikke rettigheter til tannhelsehjelp for personer uten fast opphold i riket, herunder personer som oppholder seg her ulovlig.

Det foreslås å ta inn en bestemmelse i § 2-1 f om at kommunen skal gi den som søker eller trenger tannhelsetjenester, de helse- og behandlingssmessige opplysninger vedkommende trenger for å ivareta sin rett. Bestemmelsen tilsvarende den generelle bestemmelsen i § 2-1 a fjerde ledd, men er nødvendig for å gjøre det tydelig at pasienter som har rettigheter til tannhelsehjelp skal ha de samme rettigheter til informasjon som andre. Det øvrige innholdet i tannhelsetjenesteloven § 2-1 dekkes av bestemmelsen i helsepersonelloven § 6 som pålegger helsepersonell en plikt til å sørge for at helsehjelpen ikke påfører pasienter, helseinstitusjon, trygden eller andre unødvendig tidstap eller utgift («sparsomhetsbestemmelsen»).

Bestemmelsen i tannhelsetjenesteloven § 2-1 tredje ledd som avskjærer forvaltningslovens anvendelse på vedtak om tildeling av nødvendig tannhelsehjelp, foreslås heller ikke videreført. Som følge av at retten til nødvendig tannhelsehjelp foreslås regulert i pasient- og brukerrettig-

hetsloven, vil i stedet reglene i pasient- og brukerrettighetsloven § 2-7 komme til anvendelse.

Departementet fastholder etter dette forslaget i høringsnotatet om å regulere pasienters rettigheter til tannhelsehjelp fra kommunen i en særbestemmelse i ny § 2-1 f i pasient- og brukerrettighetsloven. Forslaget er en videreføring av gjeldende rett.

10.21.3 Rett til individuell plan

Det vises til departementets vurderinger og forslag under punkt 10.17 i proposisjonen når det gjelder den enkelte kommunes plikt til å utarbeide individuell plan etter helse- og omsorgstjenesteloven. Denne plikten korresponderer med bestemmelsen i pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5, hvor det fremgår at pasient og bruker som har behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester, har rett til å få utarbeidet individuell plan i samsvar med bestemmelsene i helse- og omsorgstjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven og lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern. Bestemmelsen i § 2-5 viser til lovbestemmelsene som pålegger kommunene og spesialisthelsetjenesten tilsvarende plikt til å utarbeide individuell plan innenfor sine ansvarsområder. Bestemmelsen i § 2-5 viser ikke til tannhelsetjenesteloven siden det ikke finnes noen korresponderende bestemmelse i tannhelsetjenesteloven som pålegger fylkeskommunen plikt til å utarbeide individuell plan ved behov for tannhelsetjenester. Retten etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5 er dermed begrenset til somatiske og psykiatriske tjenester som ytes av kommunen og spesialisthelsetjenesten etter de tre nevnte lovene.

Forslaget om rettslig forankring av kommunens ansvar for tannhelsetjenester i helse- og omsorgstjenesteloven medfører at behovet for tannhelsetjenester hos pasienter med rettigheter til nødvendig tannhelsehjelp fra kommunen, vil kunne utgjøre en del av det samlede tjenestebehovet som kan utløse en rett for pasienten til individuell plan etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5. I tråd med vurderingen under punkt 10.17, legger departementet likevel til grunn at behovet for tannbehandling vanligvis ikke vil være av et slikt omfang at det alene utløser rett til å få utarbeidet individuell plan.

10.21.4 Rett til syketransport

Det vises i sin helhet til punkt 10.19.3 i proposisjonen vedrørende pasienttransport.

10.21.5 Forvaltningslovens anvendelse

Det vises i sin helhet til punkt 10.7.2 i proposisjonen.

10.21.6 Barns rett til helsekontroll

Kapittel 6 i pasient- og brukerrettighetsloven inneholder bestemmelser om barns særlige rettigheter. Dette gjelder blant annet rett til helsekontroll og rettigheter knyttet til opphold i helseinstitusjon.

10.21.6.1 Gjeldende rett

Retten til nødvendig helsehjelp fra kommunen i pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 a, gjelder for «pasienter» og «brukere». Disse begrepene er definert i loven § 1-3 bokstav a og f og omfatter blant annet barn og unge under 18 år.

I tillegg til den generelle retten til nødvendig helsehjelp som følger av § 2-1 a, følger det av pasient- og brukerrettighetsloven § 6-1 første ledd at barn har rett til nødvendig helsehjelp også i form av helsekontroll i den kommune der barnet bor eller midlertidig oppholder seg, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2. Med «barn» i denne sammenheng menes personer under 18 år. Foreldrene plikter å medvirke til at barnet deltar i helsekontroll, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 6-1 andre ledd.

Bestemmelsene i pasient- og brukerrettighetsloven § 6-1 omfatter ikke tannhelseundersøkelser som inngår som en del av det regelmessige og oppsøkende tannhelsetilbudet som fylkeskommunen er pålagt å gi til barn og unge. Barns særskilte rettigheter etter § 6-1 er begrenset til helsekontroll knyttet til de tjenestene som kommunen har ansvar for å tilby etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2. Begrepet «helsekontroll» er ikke nærmere definert i helse- og omsorgstjenesteloven eller i forskrifter til loven. Selv om henvisningen til § 3-2 er generell, er det trolig i første rekke kommunens ansvar etter § 3-2 første ledd nr. 1 bokstav a og b om helsefremmende og forebyggende tjenester, herunder helsetjeneste i skoler og helsestasjonsvirksomhet, som er relevant i denne sammenheng.

Skolehelsetjeneste og helsestasjonsvirksomhet er nærmere regulert i forskrift 3. april 2003 nr. 450 om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Det følger av forskriften § 2-1 første ledd at kommunen skal tilby gravide å gå til svangerskapskontroll i tilknytning til helsestasjon. Hel-

sestasjonen skal også bistå med veiledning til foreldrene i barseltiden, jf. departementets merknader til forskriften. Videre skal kommunen tilby helsestasjons- og skolehelsetjenester til barn og ungdom 0–20 år. For barn og ungdom inntil 20 år pålegger forskriften § 2-3 andre ledd kommunen blant annet å tilby helseundersøkelser, rådgivning samt individuell og grupperettet veiledning, hjembesøk og oppsøkende virksomhet. Sentrale temaer i opplysnings- og veiledningsvirksomheten er blant annet barnestell, kosthold og tannhelse. I tillegg skal tilbudet omfatte samarbeid med skole om psykososiale tiltak mv., samarbeid om habilitering av barn og ungdom med spesielle behov samt informasjon om og tilbud om deltakelse i barnevaksinasjonsprogrammet. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal ha rutiner for samarbeid med blant annet fastleger, andre kommunale tjenester, tannhelsetjenesten og fylkeskommunen, jf. forskriften § 2-1 tredje ledd.

Bestemmelsene i pasient- og brukerrettighetsloven § 6-1 ble opprinnelig tatt inn i kommunehelsetjenesteloven § 2-2 i forbindelse med ny lov om barnevernstjenester som trådte i kraft 1. januar 1993. Bakgrunnen for forslaget er beskrevet i Ot.prp. nr. 44 (1991–92) *Om lov om barnevernstjenester (barnevernloven)* punkt 4.3 side 30:

«Etter kommunehelsetjenesteloven § 2-1 (Rett til helsehjelp) har enhver rett til nødvendig helsehjelp i den kommune der vedkommende bor eller midlertidig oppholder seg. Etter samme lov § 1-3 er helsestasjonsvirksomhet en obligatorisk oppgave for kommunehelsetjenesten.

For å forebygge mishandling og omsorgssvikt overfor barn, mener Barne- og familiedepartementet det er viktig å markere barns rett til helsekontroll og foreldrenes plikt til å medvirke til at barnet deltar i slik kontroll. Departementet foreslår derfor at det inntas en ny § 2-2 i kommunehelsetjenesteloven der det presiseres at barn har rett til nødvendig helsehjelp også i form av helsekontroll, og der foreldrenes medvirkningsplikt er uttrykkelig nevnt.»

I pasientrettighetsloven som trådte i kraft 1. januar 2001, ble det tatt inn en henvisning til kommunehelsetjenesteloven § 2-2 første ledd i pasientrettighetsloven § 6-1. Begrunnelsen var å få en mest mulig fullstendig oversikt over barns særlige rettigheter i helsetjenesten, jf. Ot.prp. nr. 12 (1998–99) *Om lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven)* punkt 8.5.2 side 97 og spesialmerknaedene side 137. Henvisningen i pasientrettighetsloven § 6-1 ble videreført ved helse- og

omsorgstjenesteloven som trådte i kraft 1. januar 2012.

10.21.6.2 Forslag i høringsnotatet

I høringsnotatet la departementet til grunn at innlemming av tannhelsetjenester i helse- og omsorgstjenesteloven vil medføre at bestemmelsene i pasient- og brukerrettighetsloven § 6-1 om barns rett til helsekontroll og foreldres plikt til å medvirke til slik kontroll, også vil få anvendelse for tannhelseundersøkelser.

10.21.6.3 Høringsinstansenes syn

Som eneste høringsinstans som har kommentert dette forslaget, uttaler *Helsedirektoratet*:

«Helsedirektoratet støtter departementets forslag. Vi er enige med departementet i at det er viktig at foreldrene også kan pålegges å medvirke til at barna møter opp med innkallinger til regelmessige tannhelseundersøkelser. Helsedirektoratet er imidlertid usikre på om denne plikten kan leses ut av pasient- og brukerrettighetsloven § 6-1 andre ledd. Vi foreslår derfor at det av pedagogiske grunner tydeliggjøres i bestemmelsen at «helsekontroll» også omfatter tannhelsekontroll.»

10.21.6.4 Departementets vurderinger og forslag

Barn og unge har allerede rettigheter til et regelmessig og oppsøkende tannhelsetilbud fra det offentlige etter tannhelsetjenesteloven. Denne rettigheten vil bli videreført i pasient- og brukerrettighetsloven ved overføringen av ansvaret for tannhelsetjenester til kommunen, jf. departementets lovforslag som er omtalt under punkt 10.21.2 i proposisjonen. Bestemmelsen i pasient- og brukerrettighetsloven § 6-1 første ledd som gir barn rett til nødvendig helsehjelp også i form av helsekontroll, vil derfor ikke få selvstendig betydning når det gjelder barns rett til tannhelsekontroller. Videre vises det til departementets forslag om å ta inn en presisering i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 av at kommunens ansvar for helse- og omsorgstjenester også omfatter tannhelsetjenester, jf. punkt 10.8 i proposisjonen. Ved at bestemmelsen i pasient- og brukerrettighetsloven § 6-1 henviser til helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2, vil foreldres plikt til å medvirke til at barn deltar i helsekontroll automatisk utvides til å omfatte tannhelseundersøkelser. Departementet ser det som viktig at foreldrene også kan pålegges

å medvirke til at barnet møter opp ved innkallinger til regelmessige tannhelseundersøkelser. Det vil si at denne plikten ikke bør være begrenset til kontroller ved helsestasjon mv.

Som følge av at tannhelsetjenester er en ny oppgave for kommunen, foreslår departementet likevel at det av pedagogiske hensyn bør komme tydelig frem at barns rett til helsekontroll og foreldres plikt til å oppfylle denne retten, også omfatter innkallinger til regelmessige tannhelseundersøkelser. Departementet foreslår derfor at pasient- og brukerrettighetsloven § 6-1 endres i tråd med Helsedirektoratets innspill i høringen. Forslaget er en lovfesting av foreldres plikt til å medvirke til at barnet møter opp til helseundersøkelser generelt. En slik plikt følger allerede av innholdet i foreldreansvaret, jf. reglene i barneloven §§ 30 flg., og forslaget innebærer derfor kun en presisering av gjeldende rett. Det vises til den nærmere utformingen av lovforslaget.

I høringsrunden til forslaget om ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, jf. Prop. 91 L (2010–2011) punkt 29.8 side 349–350, etterlyste Helsedirektoratet og Norsk Sykepleierforbund (NSF) sanksjonsmuligheter når foreldre unnlater å møte til helsekontroll med barnet. NSF viste blant annet til at per i dag kan ikke helsestasjonen kreve bekreftelse på om foreldrene har foretatt helsekontroll andre steder, og har dermed begrenset mulighet for å vurdere behov for eventuelt bekymringsmelding til barnevernet. I Prop. 91 L (2010–2011) foreslo departementet ikke å innføre sanksjonsmuligheter overfor foreldre som unnlater å medvirke til barns helsekontroll. Departementet understreket imidlertid at helse-tjenesten må vurdere om barnevernet skal underrettes dersom det er grunnlag for det. Departementet vil for øvrig presisere at det er viktig at helsepersonell kommer i posisjon til å hjelpe barn og foresatte og å finne frem til utsatte barn så tidlig som mulig. Samtidig er det etter departementets vurdering tvilsomt om innføring av sanksjoner og nye plikter overfor foresatte vil gi ønsket effekt, det vil si at de vil føre til at foreldre i større grad enn i dag vil medvirke til at barna deltar i helsekontroll. Det er i tillegg flere juridiske og praktiske utfordringer knyttet til oppfølging av eventuelle sanksjoner og nye plikter overfor foresatte.

10.21.7 Klage

Kapittel 7 i pasient- og brukerrettighetsloven inneholder bestemmelser om klage og anmodning om mulig pliktbrudd.

10.21.7.1 Gjeldende rett

Tannhelsetjenesteloven

Av tannhelsetjenesteloven § 2-3 fremgår at den som ikke får «den hjelp som er bestemt i denne lov og godkjent plan», kan påklage avgjørelsen til det organ fylkeskommunen bestemmer. Klagen skal fremsettes for «det organ som fylkeskommunen bestemmer». Går avgjørelsen klager imot eller avvises klagen, kan det klages videre til Fylkesmannen. Det betyr at det etter tannhelsetjenesteloven er en totrinns klageordning. Dette er en utvidelse i forhold til det generelle systemet etter forvaltningsloven med ett trinns klageordning. Etter forvaltningsloven skal klagen fremsettes for det organ som har truffet vedtaket (førsteinstansen), og ikke for et eget organ som fylkeskommunen bestemmer (første klageinstans). Klageordningen etter tannhelsetjenesteloven er lik ordningen etter kommunehelsetjenesteloven av 1982. Klageordningen etter kommunehelsetjenesteloven ble ikke videreført med ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, men erstattet av nye klageregler i pasient- og brukerrettighetsloven som er harmonisert med forvaltningslovens system.

Av forarbeidene til tannhelsetjenesteloven fremgår at bestemmelsen i § 2-3 gjelder i stedet for forvaltningslovens regler om klage, uten at dette er begrunnet nærmere. Det synes imidlertid klart at forvaltningsloven kommer til anvendelse og supplerer dagens klageregler i tannhelsetjenesteloven. Det fremgår av Sosialdepartementets uttalelser i St.meld. nr. 36 (1989–90) *Røynsler med lova om helsetenesta i kommunane* punkt 8.2.5 side 113, vedrørende den tilsvarende bestemmelsen om klageordning i § 2-4 i kommunehelsetjenesteloven av 1982.

Klageadgangen etter tannhelsetjenesteloven er forbeholdt pasienter som har rettigheter til nødvendig tannhelsehjelp etter tannhelsetjenesteloven § 2-1. Det man kan klage over er at man ikke får oppfylt sin rett til nødvendig hjelp av rimelig standard, jf. Ot.prp. nr. 49 (1982–83).

Fristen for å klage etter tannhelsetjenesteloven er tre uker, jf. § 2-1 andre ledd. Dette er i samsvar med den generelle klagefristen i forvaltningsloven, men kortere enn klagefristen på fire uker etter pasient- og brukerrettighetsloven.

Pasient- og brukerrettighetsloven

Pasient- og brukerrettighetsloven § 7-2 slår fast at pasient eller bruker eller dennes representant som mener at bestemmelsene i kapitlene 2, 3 og 4,

samt § 5-1, § 6-2 og § 6-3 er brutt, kan klage til Fylkesmannen. Reglene i kapittel 2 gjelder blant annet rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester fra kommunen og fra spesialisthelsetjenesten. Klagen skal sendes til den som har truffet enkeltvedtaket eller avgjørelsen, og ikke direkte til klageinstansen.

I forbindelse med ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, ble det med virkning fra 1. januar 2012 foretatt en rekke endringer i klagereguleringene i pasient- og brukerrettighetsloven. Hovedformålet var å harmonisere og forenkle regelverket. Dette er gjort blant annet ved å:

- Samle reglene om klage i én lov (pasient- og brukerrettighetsloven)
- Oppheve ordningen med to klageinstanser etter kommunehelsetjenesteloven av 1982
- Etablere én felles klageinstans for alle kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenester (Fylkesmannen)
- I større grad gi de generelle reglene i forvaltningsloven anvendelse ved klagesaksbehandlingen.

Pasient- og brukerrettighetsloven § 7-3 inneholder bestemmelser om klagens form og innhold, herunder krav om skriftlighet mv.

Etter pasient- og brukerrettighetsloven § 7-4 kan pasienten, brukeren eller andre som har rett til det, be tilsynsmyndigheten om en vurdering av forholdet dersom vedkommende mener at plikter fastsatt i eller i medhold av helsepersonelloven, spesialisthelsetjenesteloven, helse- og omsorgstjenesteloven og tannhelsetjenesteloven er brutt til ulempe for seg.

Ved Stortingets behandling av Prop. 100 L (2012–2013) *Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven mv. (styrking av pasienters, brukeres og pårørendes stilling m.m.)*, jf. Innst. 314 L (2012–2013), ble det vedtatt en rekke endringer i § 7-4 som trådte i kraft 1. januar 2014. Endringene innebærer blant annet at retten til anmodning også skal gjelde for systemfeil og ikke bare individfeil hos det enkelte helsepersonell, slik loven hittil har lagt opp til. Det innebærer at i tillegg til plikter etter helsepersonelloven, kan også anmodningen omfatte mulige brudd på den aktuelle tjenesteloven, for eksempel brudd på fylkeskommunens plikter etter tannhelsetjenesteloven. Det er fastsatt egne bestemmelser om saksbehandling ved anmodning om vurdering av mulig pliktbrudd, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 7-4 a. Reglene om klage i kapittel 7 kommer derfor ikke til anvendelse på slike anmodninger.

Fristen for å klage etter pasient- og brukerrettighetsloven er fire uker, jf. § 7-5. Fristen er dermed lenger enn den alminnelige klagefristen etter forvaltningsloven som er tre uker. Denne særregelen har sin bakgrunn i opphevingen av § 7-1 som regulerte adgangen til å be om anmodning om oppfyllelse av helsehjelpen, hvor fristen var fire uker, mens klagefristen til helsetilsynet i fylket var tre uker. Klagefristen etter § 7-5 ble derfor satt til fire uker for å kompensere for bortfallet av bestemmelsen i § 7-1.

Pasient- og brukerrettighetsloven § 7-6 regulerer forvaltningslovens anvendelse i klagesaker etter loven. Utgangspunktet er at forvaltningslovens regler om enkeltvedtak og klage gjelder «så langt de passer». Bestemmelsen i § 7-6 første ledd presiserer klageinstansens kompetanse i tråd med de begrensninger som følger av forvaltningsloven. Fylkesmannen skal ved prøving av kommunale vedtak om helsetjenester legge vekt på hensynet til det kommunale selvstyret ved prøving av det frie skjønn, jf. forvaltningsloven § 34 andre ledd tredje punktum. For øvrige kommunale vedtak skal klageinstansen legge stor vekt på hensynet til det kommunale selvstyre ved prøving av det frie skjønn.

10.21.7.2 Den norske tannlegeforenings klageordning

I tillegg til de lovfestede klageordningene har Den norske tannlegeforening (NTF) etablert en egen bransjebasert klagenemndsordning for voksne pasienter som mottar tannbehandling i privat praksis og som ikke har rettigheter til nødvendig og vederlagsfri tannhelsehjelp etter tannhelsetjenesteloven. Denne ordningen vil kort bli omtalt i dette kapitlet for å gi et samlet bilde av de eksisterende klageordningene på tannhelsefeltet.

NTF har opprettet en landsdekkende ordning med 21 lokale klagenemnder som behandler klager vedrørende den faglige utførelsen av behandling utført av foreningens medlemmer. Behandling utført av tannleger som ikke er medlem av NTF kan ikke bringes inn for foreningens klagenemnder. Om lag 95 prosent av landets tannleger er medlemmer i NTF. Det finnes også en særskilt klagenemnd for klager på kjeveortopedisk arbeid. Klagebehandlingen er gratis. Klagenemndene har som oppgave å besvare forespørsler og/eller behandle klager fra publikum på den faglige utførelsen av behandlingen. Klagenemndas kompetanse er begrenset til saker som fullt ut kan løses ved at klagen underkjennes, honoraret nedsettes eller tilbakeholdes, eller at tannlegen med pasien-

tens samtykke pålegges å korrigere arbeidet eller gjøre det om. Hvis pasienten reiser andre krav enn dette, må saken avvises. Dette innebærer at klagenemndene ikke har kompetanse til å ta stilling til krav om erstatning. Krav om erstatning ved skader i forbindelse med tannbehandling må fremsettes for Norsk Pasientskadeerstatning (NPE).

Tannlegen er bundet av klagenemndas avgjørelse, men kan anke den inn for NTFs sentrale ankenemnd. Pasienten er ikke bundet av avgjørelsen og kan velge å bringe saken inn for NPE eller de ordinære domstoler.

Klagenemndenes kompetanse er begrenset til saker som beløpsmessig ligger under grensen for de saker NPE behandler. Fra 1. januar 2016 er denne grensen økt fra 5 000 kroner til 10 000 kroner.

Antall saker som realitetsbehandles i klagenemndene er vesentlig redusert etter at private helsetjenester også ble omfattet av NPE i 2009. NTFs regler for de lokale klagenemndene ble som følge av dette endret i 2009. Klagenemndenes viktigste funksjon i dag er å være et konfliktforebyggende organ som skal gi informasjon om tannbehandling til publikum og bidra i dialogen mellom behandlende tannlege og pasient.

Klagenemndene behandlet i 2015 kun et mindre antall klagesaker som resulterte i vedtak, men mottok omtrent 200 pasienthenvelser totalt, der klagenemndene bidro i dialogen mellom pasient og tannlege.

10.21.7.3 Forslag i høringsnotatet

Departementet la i høringsnotatet til grunn at forslaget om å lovfeste rett til nødvendig tannhelsehjelp fra kommunen i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 2, uten videre vil medføre at pasienten får klagerett etter reglene i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 7. Det ble vist til at dette i realiteten er en videreføring av gjeldende praksis, hvor det ikke har vært sondret skarpt mellom klage etter tannhelsetjenesteloven og pasient- og brukerrettighetsloven. Departementet la videre til grunn at Fylkesmannen ved prøving av tildelingsvedtak om tannhelsetjenester skal legge vekt på hensynet til det kommunale selvstyret ved prøving av det frie skjønn, på samme måte som for andre kommunale helsetjenester. Departementet foreslo videre en teknisk justering i pasient- og brukerrettighetsloven § 7-4 første ledd som innebar at henvisningen til «tannhelsetjenesteloven» ble foreslått fjernet som følge av forslaget om å oppheve loven.

10.21.7.4 Høringsinstansenes syn

Det er nesten ingen av høringsinstansene som har hatt synspunkter på departementets forslag. *Helsetidrektoratet* støtter departementets forslag uten nærmere begrunnelse.

10.21.7.5 Departementets vurderinger og forslag

De lovfestede klageordningene for tannhelsetjenester følger i dag av tannhelsetjenesteloven og pasient- og brukerrettighetsloven. Klage over manglende oppfyllelse av prosessuelle rettigheter i forbindelse med ytelse av helse- og omsorgstjenester (rett til medvirkning, informasjon, samtykke og journalinnsyn) er i sin helhet regulert i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 7, og gjelder tannhelsetjenester som ytes både av offentlig og privat virksomhet.

Klage over manglende oppfyllelse av materielle rettigheter til helse- og omsorgstjenester er etter ordlyden i pasient- og brukerrettighetsloven § 7-2 første ledd begrenset til å omfatte rettigheter etter lovens kapittel 2. Rettigheter til nødvendig tannhelsehjelp reguleres i dag i sin helhet av tannhelsetjenesteloven og ikke av reglene i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 2. Det har imidlertid som nevnt ikke vært sondret skarpt mellom klage etter henholdsvis tannhelsetjenesteloven og pasient- og brukerrettighetsloven. Det betyr i praksis at pasienter ikke har vært avskåret fra å klage direkte til Fylkesmannen etter reglene i pasient- og brukerrettighetsloven over manglende oppfyllelse av retten til tannhelsehjelp. Undersøkelser foretatt av Statens helsetilsyn viser at klagegangen etter tannhelsetjenesteloven gjennomgående har vært lite benyttet i forhold til klagegangen etter pasient- og brukerrettighetsloven, jf. St.meld. nr. 35 (2006–2007) *Tilgjengelighet, kompetanse og sosial utjevning – Framtidas tannhelsetjeneste* punkt 13.1.3 side 126.

I motsetning til det som gjelder for andre kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenester, er det dermed fortsatt et tosporet klagesystem for tannhelsetjenester. Spørsmålet om hvilken lov som skal få anvendelse i det enkelte tilfelle, beror i hovedsak på om klagen dreier seg om materielle eller prosessuelle rettigheter. Departementet mener at dette er et kunstig skille. Klageordningen etter tannhelsetjenesteloven bryter dessuten med systemet etter forvaltningsloven som klageordningen etter pasient- og brukerrettighetsloven bygger på. Når klageinstansen er felles for alle helse- og omsorgstjenester (Fylkesmannen), er det i tillegg uheldig om

man skulle operere med ulike klagefrister avhengig av hvilke tjenester det dreier seg om. Klagereglene for tannhelsetjenester bør derfor harmoniseres med klagereglene i pasient- og brukerrettighetsloven, slik at det blir mest mulig like klage-regler for alle helse- og omsorgstjenester. Dette vil innebære en forenkling av regelverket og gi større forutsigbarhet for den enkelte pasient og bruker.

Departementet opprettholder på denne bakgrunn forslaget i høringsnotatet om at klagereglene i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 7 bør få full anvendelse for tannhelsetjenester. Det betyr at reglene ikke bare omfatter klager knyttet til prosessuelle rettigheter, men også klager over manglende oppfyllelse av rettigheter til nødvendig tannhelsehjelp fra kommunen. Dette er på linje med hva som gjelder for andre kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenester. Forslaget er i realiteten en videreføring av gjeldende praksis, hvor pasienter har kunnet fremsette klage både etter reglene i tannhelsetjenesteloven og etter de mer gunstige reglene i pasient- og brukerrettighetsloven. Forslaget betyr at klagegangen fortsatt vil være forbeholdt bestemte persongrupper som har rettigheter til nødvendig tannhelsehjelp. Forslaget innebærer at klagefristen vil bli utvidet med én uke i forhold til det som følger av tannhelsetjenesteloven. Utvidelse av klagefristen vil neppe ha selvstendig betydning for mengden av klagesaker, omfanget og kompleksiteten i den enkelte klagesak mv. som skulle tilsi merarbeid for kommunen og Fylkesmannen, sett i forhold til det fylkeskommunen har i dag.

10.21.8 Pasient- og brukerombud

Kapittel 8 i pasient- og brukerrettighetsloven inneholder bestemmelser om pasient- og brukerombud.

10.21.8.1 Gjeldende rett

Ordnningen med pasientombud i hvert fylke var opprinnelig begrenset til å omfatte spesialisthelsetjenester og ble lovfestet fra 1. januar 2001 da pasientrettighetsloven trådte i kraft. Bakgrunnen var at det utover 1980- og 1990-tallet ble etablert ulike ordninger med pasientombud innenfor spesialisthelsetjenesten av de enkelte fylkeskommunene som da hadde ansvaret for spesialisthelsetjenesten. Ikke alle fylkeskommunene hadde etablert en slik ordning på dette tidspunktet. Det var derfor et ønske om å gi alle pasienter i landet samme tilbud uavhengig av bosted. Ved behand-

lingen av St.meld. nr. 50 (1993–94) *Samarbeid og styring*, jf. Innst. S. nr. 165 (1994–95), vedtok Stortinget å be regjeringen om å fremme forslag om lovfesting av ordningen med pasientombud i alle fylker.

Fra 1. september 2009 ble pasientombudsordningen utvidet til også å omfatte kommunale helse- og sosialtjenester, jf. Ot.prp. nr. 23 (2007–2008) *Om lov om endringer i pasientrettighetsloven og psykisk helsevernloven (utvidelse av pasientombudsordningen til å gjelde kommunale helse- og sosialtjenester)*. Ved utvidelsen endret ombudet navn fra pasientombud til pasient- og brukerombud.

Formålet med ordningen med pasient- og brukerombud er angitt i pasient- og brukerrettighetsloven § 8-1. Pasient- og brukerombudet skal arbeide for å ivareta pasientens og brukerens behov, interesser og rettssikkerhet overfor den statlige spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og for å bedre kvaliteten i disse tjenestene.

Pasient- og brukerrettighetsloven § 8-2 har bestemmelser om arbeidsområde og ansvar for ordningen. Det fremgår av § 8-2 første ledd at staten skal sørge for at det er et pasient- og brukerombud i hvert fylke. Pasient- og brukerombudets arbeidsområde omfatter statlige spesialisthelsetjenester og kommunale helse- og omsorgstjenester. Arbeidsområdet inkluderer private tjenesteytere som har avtale med regionalt helseforetak eller kommune, som for eksempel private sykehus og avtalespesialister (psykologer og legespesialister), fastleger, fysioterapeuter og private sykehjem. Ordningen omfatter ikke private ytere av helse- og omsorgstjenester som ikke har avtale med regionalt helseforetak eller kommune.

Videre fremgår det av § 8-2 andre ledd at ombudet skal utføre sin virksomhet selvstendig og uavhengig. Pasient- og brukerombudet er administrativt tilknyttet Helsedirektoratet, men direktoratet har ikke faglig instruksjonsmyndighet overfor ombudet.

Etter § 8-3 kan pasient- og brukerombudet ta opp til behandling saker som gjelder forhold i den statlige spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Dette kan gjøres etter en muntlig eller skriftlig henvendelse eller på eget initiativ. Enhver kan henvende seg til pasient- og brukerombudet og be om at en sak tas opp til behandling. Den som henvender seg til pasient- og brukerombudet, har rett til å være anonym.

Pasient- og brukerombudet avgjør selv om en henvendelse gir tilstrekkelig grunn til å ta en sak

opp til behandling, jf. § 8-4. Dersom pasient- og brukerombudet ikke tar opp saken, skal den som har henvendt seg gis underretning og en kort begrunnelse for dette.

Ombudet har rett til å få de opplysninger fra offentlige myndigheter og andre organer som utfører tjenester for forvaltningen som det trenger for å utføre sine oppgaver, jf. § 8-5.

Det følger av § 8-6 at pasient- og brukerombudet skal ha fri adgang til alle lokaler hvor det ytes statlige spesialisthelsetjenester og kommunale helse- og omsorgstjenester.

Av § 8-7 fremgår at pasient- og brukerombudet i rimelig utstrekning skal gi den som ber om det, informasjon, råd og veiledning om forhold som hører under ombudets arbeidsområde. Ombudet skal gi den som har henvendt seg, underretning om resultatet av sin behandling av en sak og en kort begrunnelse for resultatet. Pasient- og brukerombudet har rett til å uttale sin mening om forhold som hører inn under ombudets arbeidsområde, og til å foreslå konkrete tiltak til forbedringer. Ombudet bestemmer selv hvem uttalelsene skal rettes til. Uttalelsene er ikke bindende. Pasient- og brukerombudet skal underrette tilsynsmyndighetene om tilstander som det er påkrevd at disse følger opp. Pasient- og brukerombudet skal videre sørge for å gjøre ombudsordningen kjent.

Pasient- og brukerombudsordningen omfatter ikke den fylkeskommunale tannhelsetjenesten. Pasienter som mottar tannhelsehjelp og som i dag henvender seg til pasient- og brukerombudene, blir vanligvis orientert om at tannbehandling ligger utenfor deres arbeidsområde og at ombudet i disse tilfellene ikke kan bistå utover å gi generell veiledning om klagemulighet.

10.21.8.2 Forslag i høringsnotatet

Departementet foreslo i høringsnotatet å utvide pasient- og brukerombudsordningen i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 8 til å omfatte kommunale tannhelsetjenester. Departementet la til grunn at dette er en naturlig følge av at tannhelsetjenester ved innplassering i helse- og omsorgstjenesteloven vil bli omfattet av begrepet «kommunale helse- og omsorgstjenester» som også benyttes i pasient- og brukerrettighetsloven. Forslaget innebar at også tannhelsetjenester som ytes av private tjenesteytere etter avtale med kommunen vil bli omfattet av ordningen med pasient- og brukerombud.

10.21.8.3 Høringsinstansenes syn

Av høringsinstansene som har uttalt seg om temaet, er samtlige positive til departementets forslag. *Helsedirektoratet, Nord-Trøndelag fylkeskommune, Sør-Trøndelag fylkeskommune* og *Kreftforeningen* støtter departementets forslag uten at dette er begrunnet nærmere. *Pasient- og brukerombudene i Norge* kommenterer forslaget i en fellesuttalelse:

«I høringsnotatet er det antatt at Pasient- og brukerombudene ikke vil få en nevneverdig økning i etterspørsel av tjenester som følge av at ombudenes mandat utvides til også å gjelde offentlige tannhelsetjenester. Her er vi uenige med departementet. Gjennom at mandatet utvides og retten til ombudstjenester lovfestes for denne gruppen, samtidig som dette markedsføres, er det å anta at etterspørselen etter våre tjenester vil øke. Man har for eksempel sett en tilsvarende økning etter at Norsk pasientskadeerstatning også begynte å behandle skader i forbindelse med tannhelsetjenester. Pasient- og brukerombudene støtter likevel forslaget om at vårt mandat utvides til også å omfatte offentlig tannhelsetjeneste, men forutsetter at det samtidig vil tilføres ekstra ressurser til ombudsordningen. På andre tjenesteområder ser vi at bruk av ombudsordningen i konfliktsituasjoner mellom tjenesteyter- og mottaker i mange tilfeller har hatt en svært konfliktdempende effekt, noe som gir bedre tid og mulighet til å tilby gode tjenester til pasienter og brukere. Det er ingen grunn til å tro at man ikke vil se samme virkning også innenfor tannhelsetjenesten.»

10.21.8.4 Departementets vurderinger og forslag

Av St.meld. nr. 35 (2006–2007) *Tilgjengelighet, kompetanse og sosial utjevning – Framtidas tannhelsetjenester*, fremgår at man på sikt ville vurdere om pasientombudsordningen også burde omfatte tannhelsetjenester når behovet var nærmere kartlagt, jf. punkt 13.1.3 side 127. Flertallet i helse- og omsorgskomiteen sluttet seg til behovet for en vurdering av slik utvidelse av pasientombudsordningen, jf. Innst. S nr. 155 (2007–2008). Spørsmålet om utvidelse av pasient- og brukerombudsordningen ble også omtalt ved behandlingen av Meld. St. 16 (2010–2011) *Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015)*, hvor en samlet helse- og omsorgskomite uttalte at den «merker seg at det vurderes å innbefatte tannhelsetjenesten i pasient- og bru-

kerombudsordningen, noe komiteen bifaller», jf. Innst. 422 S (2010–2011) side 31.

Departementet henvendte seg i 2010 via Helsedirektoratet til samtlige av landets pasient- og brukerombud for å innhente deres erfaringer i forbindelse med henvendelser vedrørende tannhelsetjenester. Tilbakemeldingen fra ombudskolleget viser at pasient- og brukerombudene i Norge mottok om lag 95 saker vedrørende tannhelsetjenester i 2009. Pasient- og brukerombudene opplyser at de fleste henvendelsene på dette området er fra pasienter som ikke har vært tilfreds med behandlingen de har fått hos sin privatpraktiserende tannlege. Dette er saker hvor det er avdekket mangelfull eller feil behandling etter at ny tannlege er kontaktet for behandling. Ombudene mottar også henvendelser om retten til gratis tannbehandling for grupper av befolkningen definert i tannhelsetjenesteloven § 1-3. Henvendelsene gjelder hvor tjenesten skal mottas og om hvilken behandling som dekkes for eksempel for rusavhengige, eller for personer som regelmessig mottar omsorgstjenester fra kommunen. Ombudene mottar i tillegg henvendelser om kjeveortopedisk behandling og om tannlegevakt utenfor kontortid. Ved henvendelse om saker vedrørende tannhelsetjenester gir ombudet råd og veiledning om klagemuligheter og klageinstans, hva klagen bør inneholde og hva de kan forvente av resultat. Det informeres samtidig om at tannbehandling er utenfor ombudets arbeidsområde og at ombudet ikke kan bistå med å fremme saken. Etter departementets vurdering viser tilbakemeldingen fra pasient- og brukerombudene at flere av de som henvender seg åpenbart har behov for bistand utover det ombudene har ansvar for å tilby i dag.

Rent prinsipielt kan det hevdes at ulike ordninger som etableres ut fra pasient- og brukerhensyn bør gjøres tilgjengelig på lik fot for alle offentlig organiserte helse- og omsorgstjenester, uavhengig av om de tilbys av stat eller kommune. En utvidelse av pasient- og brukerombudsordningen til å omfatte tannhelsetjenester vil kunne styrke rettighetene til personer som ikke er i stand til å fremme sine egne behov når det gjelder tannhelsetjenester. Departementet viser til Helsedirektoratets evaluering av pasient- og brukerombudsordningen i oktober 2012, jf. omtale i Prop. 1 S (2012–2013) side 83, hvor det fremgår at terskelen for å klage er særlig høy for pasienter og brukere av kommunale helse- og omsorgstjenester som mottar tjenester over tid i hjemmet eller i sykehjem. Disse personene har rett til et regelmessig, oppsøkende og gratis tannhelsetilbud fra den fylkeskommunale tannhelsetje-

nesten. For mange av disse vil det ikke nødvendigvis være opplagt hva man kan klage på, om det er grunnlag for å klage og hvordan man skal fremme en klage. Pasient- og brukerombudsordningen betyr at de kan få bistand fra en uavhengig instans som har kjennskap til det aktuelle regelverket.

Det er også en viktig oppgave for pasient- og brukerombudene å gi tilbakemelding til den kommunale helse- og omsorgstjenesten om de erfaringer man får gjennom arbeidet. I tråd med det lovfestede formålet for ombudsordningen vil en slik overføring av erfaringer kunne bidra til å bedre kvaliteten på tannhelsetjenesten.

Departementet legger til grunn at innplasseringen av tannhelsetjenester i helse- og omsorgstjenesteloven vil medføre at de faller inn under begrepet «kommunale helse- og omsorgstjenester». Dette vil igjen ha som følge at pasient- og ombudsordningen automatisk utvides til å omfatte tannhelsetjenester. Som det fremgår ovenfor, finner departementet at det ikke er grunnlag for å foreslå særregler som fortsatt unntar tannhelsetjenester som sådan fra ombudsordningen. Også tannhelsetjenester som ytes av private tjenesteytere etter avtale med kommunen vil omfattes av ombudsordningen.

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

Etter helse- og omsorgstjenesteloven § 4-2 a har kommunen ansvar for å sørge for å gi informasjon om adgangen til å henvende seg til pasient- og brukerombudet i tilfeller der pasienten blir påført skade eller alvorlige komplikasjoner i forbindelse med ytelse av helsehjelp. En utvidelse av pasient- og brukerombudsordningen til å omfatte tannhelsetjenester vil medføre at kommunens informasjonsansvar utvides til å omfatte skadetilfeller i forbindelse med ytelse av tannhelsehjelp som kommunen har ansvar for. Når det gjelder øvrige økonomiske og administrative konsekvensene av å utvide pasient- og brukerordningen, er de nærmere omtalt under punkt 11 i proposisjonen.

10.22 Gjennomføring av oppgaveoverføringen til kommunene

10.22.1 Innledning

Oppgaveoverføringen innebærer en overføring av myndighet samt ressurser i form av økonomiske midler og ansatte fra fylkeskommunene til kommunene. Departementet legger vekt på at utgangspunktet for det økonomiske oppgjøret ved oppgaveoverføringen må være at kommunene etter overføringen skal være i stand til å utføre sine nye oppgaver på en forsvarlig måte. På samme måte skal fylkeskommunene fortsatt kunne utføre sine øvrige oppgaver på en tilfredsstillende måte. Virksomhetsoverdragelsen innebærer blant annet at det må skje et økonomisk oppgjør mellom staten og henholdsvis fylkeskommunene og kommunene. Se nærmere under punkt 10.22.3 om enkelthetene i virksomhetsoverdragelsen.

10.22.2 Virksomhetsoverdragelse og forholdet til de ansatte

10.22.2.1 Gjeldende rett

Reglene om virksomhetsoverdragelse fremgår av arbeidsmiljøloven kapittel 16 som gjennomfører EØS-avtalens direktiv 2001/23/EF i norsk rett, og som erstatter tidligere direktiv 77/187/EF og direktiv 98/50/EF. Direktivet er et minimumsdirektiv som stiller minstekrav til medlemsstatenes vern av arbeidstakeres rettigheter. Formålet med reglene er å sikre at overføring av arbeidsgiveransvaret fra en arbeidsgiver til en annen ikke fører til dårligere rettigheter for arbeidstakerne enn de som gjaldt i ansettelsesforholdet med den opprinnelige arbeidsgiveren.

Reglene om virksomhetsoverdragelse kommer til anvendelse ved overdragelse av en virksomhet eller del av en virksomhet til en annen arbeidsgiver, jf. arbeidsmiljøloven § 16-1. Med «overdragelse» menes overføring av en selvstendig enhet som beholder sin identitet etter overføringen. Bestemmelsen omfatter alle kategorier arbeidstakere. Det betyr at reglene også får anvendelse ved overføring av forvaltningsoppgaver mellom forvaltningsmyndigheter- og nivåer, også innenfor kommunal sektor. Forutsetningen er at det skjer et skifte av arbeidsgiver; det vil si et skifte av rettssubjekt.

Virksomheten kan være overført på grunnlag av kontrakt, ved sammenslåing av virksomheter

eller med hjemmel i lov. I dette tilfellet er det lov som utgjør det rettslige grunnlaget for overføringen, jf. nærmere omtale i punkt 10.22.3.1.

Det følger av arbeidsmiljøloven § 16-2 at de plikter og rettigheter arbeidsgiveren har overfor arbeidstakerne går over til den nye arbeidsgiveren når virksomheten overføres. I tillegg til at selve ansettelsesforholdet overføres, må den nye arbeidsgiveren respektere de individuelt avtalte lønns- og arbeidsforhold og andre arbeidsvilkår som gjaldt mellom opprinnelig arbeidsgiver og arbeidstakerne. Ny arbeidsgiver blir som hovedregel bundet av den tariffavtalen som tidligere arbeidsgiver var bundet av. Arbeidstakernes rettigheter til tidligere opptjening etter kollektive pensjonsordninger overføres som hovedregel til ny arbeidsgiver. Den ansatte kan imidlertid reservere seg mot at arbeidsforholdet overføres til ny arbeidsgiver og kan få fortrinnsrett til ny ansettelse i ledige stillinger hos tidligere arbeidsgiver, jf. arbeidsmiljøloven § 16-3.

10.22.2.2 Departementets vurdering

I høringsnotatet la departementet generelt til grunn at overføringen av aktuelle ansatte fra fylkeskommunen skal skje etter arbeidsmiljølovens regler om virksomhetsoverdragelse. Dette gjelder både ansatte i de fylkeskommunale tannklinikene og ansatte ved de regionale odontologiske kompetansesentrene som eies av fylkeskommunen. Det vil gjelde både personell som utfører klinisk virksomhet og ansatte i administrative stillinger i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten. Videre la departementet til grunn at de ansatte vil omfattes av reglene i arbeidsmiljøloven kapittel 16, uavhengig av om tannhelsetjenesten er organisert som et fylkeskommunalt foretak etter kommuneloven og om de regionale odontologiske kompetansesentrene er organisert som et interkommunalt selskap etter reglene i lov om interkommunale selskaper.

Som det fremgår av redegjørelsen foran, kommer reglene om virksomhetsoverdragelse til anvendelse på enhver overdragelse av virksomhet eller del av virksomhet hvor overdragelsen innebærer en overføring av en selvstendig enhet som beholder sin identitet etter overføringen. Et viktig moment i vurderingen av om det er tale om en virksomhetsoverdragelse, er dermed hvordan de forskjellige fylkeskommunene har organisert ansvaret for tannhelsetjenester. Departementet presiserer at dette spørsmålet derfor ikke kan avgjøres generelt, men må avgjøres konkret ut fra

de faktiske forholdene ved den aktuelle overføringen.

Fylkeskommunene har i hovedsak organisert sitt lovpålagte forvaltningsansvar for tannhelsetjenester enten i egne etater eller i eget fylkeskommunalt foretak. I begge tilfeller er etaten og foretaket ikke en egen juridisk person, men en del av fylkeskommunen som rettssubjekt. De seks regionale odontologiske kompetansesentrene er i dag i hovedsak eid og drevet av flere fylkeskommuner i fellesskap. Av disse er Tannhelsetjenestens kompetanser Nord-Norge (TKNN) heleid av Troms fylkeskommune og inngår som en enhet i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten. Tannhelsetjenestens kompetansesenter Vest (TKV) er organisert som to selvstendige kompetansesentre i henholdsvis Hordaland og Rogaland. TKV Hordaland er en enhet i fylkeskommunens administrasjon, mens TKV Rogaland er en del av et fylkeskommunalt foretak. Aktuelle ansatte innenfor de virksomhetene som hittil er nevnt, har fylkeskommunen som arbeidsgiver i dag og vil ved oppgaveoverføringen få ny arbeidsgiver på kommunalt nivå.

Tannhelsetjenestens kompetansesenter Midt-Norge (TKMN) og Tannhelsetjenestens kompetansesenter Sør (TKS) er organisert som interkommunale selskaper (IKS) etter lov om interkommunale selskaper og er dermed egne rettssubjekter. Fylkeskommuner og kommuner kan være deltakere i slike selskaper og ansatte i selskapet forholder seg til daglig leder, som igjen rapporterer til styret. Tannhelsetjenestens kompetansesenter Øst er organisert som et samarbeid med felles styre etter kommuneloven § 27, og det vil variere om et slikt samarbeid utgjør et eget rettssubjekt eller ikke. Dette har betydning for arbeidsgiveransvaret.

En konsekvens av oppgaveendringer for kommunene og fylkeskommunene kan være tilpassing til nye organisasjonsformer. I oppgaveoverføringsfasen vil det bli lagt opp til at endringene og omstillingene skal gjennomføres så smidig som mulig. Oppgaveoverføringen forutsetter god håndtering av de ansatte og dialog med de tillitsvalgte. Ved gjennomføring av oppgaveoverføringen vil det bli lagt til rette for samarbeid med de tillitsvalgte slik det er forutsatt i hovedavtalen for kommunesektoren.

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

asjon. Dette gjelder for eksempel spørsmål om hvilke ansatte som omfattes av virksomhetsoverdragelsen.

10.22.3 Virksomhetsoverdragelse og forholdet til virksomheten mv.

10.22.3.1 Behov for lovregulering av virksomhetsoverdragelsen

Forslag i høringsnotatet

I høringsnotatet foreslo departementet å ta inn en ny § 13-4 i helse- og omsorgstjenesteloven som inneholder ulike overgangsbestemmelser knyttet til regulering av selve overføringen av ansvaret for tannhelsetjenester til kommunene. I § 13-4 første ledd ble det blant annet foreslått å lovfeste at fra det tidspunkt lovendringene trer i kraft, får kommunen rett og plikt til å overta alle formuerettslige posisjoner (eiendomsrett til formuesgjenstander og avtalerettslige posisjoner) knyttet til virksomhetene. Videre ble det foreslått å presisere i loven at virksomhetsoverføringen skjer som en direkte følge av at sektoransvaret for tannhelsetjenester legges til kommunen.

Høringsinstansenes syn

Ingen høringsinstanser har hatt merknader til denne delen av forslaget til § 13-4.

Departementets vurdering og forslag

Spørsmålet er i hvilken grad det er behov for å lovregulere virksomhetsoverføringen. Det vil si om staten uten videre kan kreve at fylkeskommunen overdrar de formuesposisjoner som er knyttet til virksomhetene som kommunen skal overta. Slike formuesposisjoner vil typisk være eiendomsrett til bygninger og eiendommer (tannklinikker mv.) og avtalte rettigheter og plikter knyttet til klinikkdrift, som for eksempel leieavtaler. Etter departementets vurdering bør utgangspunktet være at eierskap og avtaler knyttet til virksomhetene som produserer tjenester så langt som mulig bør overføres til kommunene for å sikre at ansvaret for tannhelsetjenester skal kunne ivaretas på en ansvarlig måte.

Det er et generelt forvaltningsrettslig prinsipp i norsk rett at staten ikke kan gripe inn i fylkeskommunens rettsforhold uten lovhjemmel. Dette følger av fylkeskommunens posisjon som et eget rettssubjekt i forhold til staten. En kommune kan derfor ikke uten videre, eller som en direkte konsekvens av å overta sektoransvaret for tannhelse-

tjenester, kreve å få overta de fylkeskommunale formuerettslige og avtalerettslige posisjonene som er knyttet til eierskap og/eller drift av tannklinikker og kompetansesentre. Kommunens rett og plikt til overtakelse må besluttes i lovs form. Det er neppe tilstrekkelig at overføringen kun baseres på avtaler mellom fylkeskommunene og kommunene.

I forbindelse med sykehusreformen ble det vurdert som nødvendig med lovhjemmel for overdragelse av virksomheter i spesialisthelsetjenesten til staten. Dette hadde blant annet sammenheng med at det var forutsatt i spesialisthelsetjenesteloven at fylkeskommunen var eier av helseinstitusjonene og andre deler av virksomheten, jf. bestemmelsene i tidligere §§ 2-7, 2-8 og 6-1 i spesialisthelsetjenesteloven slik de lød da loven ble vedtatt i 1999. Videre var det forutsatt at overdragelsen skulle skje til statlige regionale helseforetak som egne rettssubjekter.

Noen klar forutsetning om fylkeskommunalt eierskap til tannklinikker mv., fremgår ikke av tannhelsetjenesteloven. I forbindelse med overføringen av det offentliges samlede ansvar for tannhelsetjenester til fylkeskommunen, la man opp til økonomiske overgangsordninger der fylkeskommunen kunne inngå avtale om leie eller kjøp av tannklinikker med utstyr som kommunen før 1. januar 1984 hadde stilt til disposisjon for folketannrøkt og skoletannpleie. Det vises til § 2 i tidligere forskrift 16. september 1983 nr. 1444 gitt med hjemmel i tannhelsetjenesteloven § 7-5. I dag står imidlertid fylkeskommunen som eier av de offentlige tannklinikkene og de regionale odontologiske kompetansesentrene. Selve driften kan være organisert på ulike måter, jf. redegjørelsen under punkt 10.22.2.1.

Detaljene i virksomhetsoverdragelsen og det økonomiske oppgjøret mellom fylkeskommunen og kommunen forutsettes basert på avtale mellom partene, uten statens deltakelse. Det kan i avtale for eksempel være behov for klargjøring og konkretisering av hvilke formuerettslige posisjoner kommunen har rett og plikt til å overta. Departementet legger til grunn at dette er et forhold mellom partene og finner det ikke naturlig og hensiktsmessig å gi detaljerte regler om innholdet i avtalene, for eksempel om hvilke formuesgjenstander overdragelsen kan omfatte. Spørsmål om regulering av eierskapsovertakelse og avtalerettslige posisjoner i forbindelse med virksomhetsoverføringen er nærmere omtalt nedenfor under punkt 10.22.3.3 til 10.22.3.6.

Departementet opprettholder på denne bakgrunn forslaget fra høringsnotatet om å ta inn en

overgangsbestemmelse i lovvedtakets del IV nr. 2 som slår fast at fra det tidspunkt lovendringene trer i kraft, får kommunen rett og plikt til å overta alle formuerettslige posisjoner (eiendomsrett til formuesgjenstander og avtalerettslige posisjoner) knyttet til virksomhetene. Videre foreslås det å presisere at virksomhetsoverføringen skjer som en direkte følge av at sektoransvaret for tannhelsetjenester legges til kommunen. De samlede forslagene til overgangsbestemmelser i forbindelse med overføringen av ansvaret for tannhelsetjenester fremgår av del IV nr. 2 i lovvedtaket. Disse bestemmelsene erstatter forslaget i høringsnotatet til ny § 13-4 i helse- og omsorgstjenesteloven. Forslagene er utformet etter mønster av de tidligere overgangsbestemmelsene i helseforetaksloven § 52 som senere er opphevd.

10.22.3.2 Spørsmål om vederlag for virksomhetsoverdragelsen

Forslag i høringsnotatet

I høringsnotatet foreslo departementet å ta inn en bestemmelse i ny § 13-4 første ledd i helse- og omsorgstjenesteloven om at kommunen skal overta virksomhetene uten at fylkeskommunene får vederlag for den alternative verdien av formuesposisjonene.

Høringsinstansenes syn

Av høringsinstansene som har uttalt seg om forslaget, er flere kritiske til at kommunene skal slippe å betale vederlag til fylkeskommunen for overføring av tannklinikker mv. *Hedmark fylkeskommune* uttaler om dette:

«Departementet foreslår at virksomhetsoverføringen skal skje vederlagsfritt. Samtidig er det i høringsnotatet foreslått at det økonomiske oppgjøret i forbindelse med overføring av formuesposisjonene skal være gjenstand for avtale mellom partene. Hedmark fylkeskommune forstår dette slik at departementet unntaksvis åpner for vederlag mellom partene der det synes hensiktsmessig og partene kommer til enighet. I motsatt fall mener vi at disse punktene er motstridende og må klargjøres ytterligere.

Hedmark fylkeskommune mener at en vederlagsfri overføring av eiendom forutsetter at gevinst ved et eventuelt senere salg av fast eiendom, som er overført til kommunene i forbindelse med overføring av tannklinikkene, til-

faller fylkeskommunen dersom salget skjer innen en gitt tid, f.eks. 5–7 år, etter at overføringen har funnet sted.»

Videre uttaler *Rogaland fylkeskommune*:

«Når det gjelder departementets syn på at formuesposisjoner skal overføres uten noen form for vederlag støttes ikke dette. Fylkesrådmannen viser i denne sammenheng til at det vil måtte bero på en avtale mellom partene hva som eventuelt skal overføres og på hvilke vilkår. Dersom man opprettholder forslaget om at avtalte formuesposisjoner skal gå over uten vederlag må selvfølgelig all gjeld også overtas. Imidlertid vil dette lett kunne føre til at noen «tjener» på dette ved at det er lite eller ingen gjeld.»

Den norske tannlegeforening (NTF) anfører at det må utredes om en vederlagsfri overføring av tannklinikkene og de regionale odontologiske kompetansesentrene til kommunene er forenlig med forbudet om offentlig støtte i EØS-avtalen artikkel 61 (1) og bestemmelsen i Grunnloven § 105:

«Ved utøvelsen av økonomisk virksomhet opptrer de offentlige tannklinikkene og ROKene som foretak. ESA har tidligere fastslått at å tilby tannhelsetjenester til betalende pasienter, enten det er i et velfungerende marked eller i distriktene uten velfungerende marked, utgjør økonomisk virksomhet. Både tannklinikkene og ROKene tilbyr tannhelsetjenester til ikke-prioriterte pasientgrupper, dvs. betalende pasientgrupper. På denne bakgrunn er det klart at overføring av *foretaksdelen* av tannklinikkene og ROKene må skje på markedsmessige vilkår, mao. mot vederlag. (...)

Det følger av den statsstøtterettslige markedsinvestortesten at det offentliges næringsvirksomhet skal underlegges de samme avkastningskrav som privat næringsvirksomhet. Ved overføring av tannklinikker og ROKer som driver næringsvirksomhet fra fylkeskommunene til kommunene krever statsstøttereglene at tannklinikkene og ROKene verdsettes til en korrekt verdi i kommunens regnskaper. I vurderingen må alle relevante verdier inngå, som overføring av fast eiendom og utstyr, gjeldsforpliktelser, pensjonsforpliktelser mv. Hvordan verdifastsettelsen konkret skal skje må avgjøres på bakgrunn av de relevante prinsipper for verdsettelse av de verdier som overføres.

I høringsnotatet omtaler departementet ikke forholdet til EØS-avtalen overhodet. Spørsmålet om vederlagsfrihet knyttet bare opp til de vurderinger som i sin tid ble gjort ved overføringen av sykehusene fra fylkeskommunene til staten i 2002 og av de somatiske sykehjemmene fra fylkeskommunene til kommunene i 1988. Overføringen av sykehjemmene fant sted før EØS-avtalen trådte i kraft. NTF antar at grunnen til at forholdet til EØS-avtalen ikke ble vurdert i forbindelse med overføringen av sykehusene er at disse ikke utfører økonomisk virksomhet.»

Når det gjelder forholdet til Grunnloven § 105 anfører NTF:

«NTF stiller spørsmål ved dette rettslige grunnlaget. Grunnloven § 105 innebærer som utgangspunkt at ethvert rettssubjekt – fysisk eller juridisk – som blir fratatt sin eiendom, har krav på full erstatning for sitt økonomiske tap som følge av avståelsen. I sin begrunnelse for at forslaget om vederlagsfri overføring ikke er i strid med § 105 viser departementet utelukkende til eldre lovforarbeider til andre lover og en uttalelse fra Lovavdelingen, som angår et svært ulikt saksforhold. I tolkningsuttalelsen som departementet referer til la Lovavdelingen til grunn at aktiva vederlagsfritt kunne overtas for å kunne løse de samme oppgavene som fylkeskommunen til da hadde hatt, bare i statlig regi, uten hinder av Grunnloven § 105. Sentralt i begrunnelsen stod at overføringen av aktiva skjedde i forbindelse med overføringen av oppgaver som ikke ble drevet med økonomisk siktemål.

Den vederlagsfrie overføringen av aktiva knyttet til DOT og ROKene er ikke utelukkende tilknyttet oppgaver som blir drevet med ikke-økonomisk siktemål. NTF mener derfor at uttalelsen fra Lovavdelingen ikke er anvendbar på herværende sakskompleks, ettersom aktivaene også er tilknyttet økonomisk virksomhet.»

Departementets vurderinger og forslag

I høringsnotatet ble det vist til at departementet tidligere har vurdert spørsmålet om fylkeskommunen har rettskrav på erstatning i forbindelse med virksomhetsoverføringer knyttet til statlig overtakelse av spesialisthelsetjenesten (sykehusreformen) som ble iverksatt 1. januar 2002, jf. Ot.prp. nr. 66 (2000–2001) *Om lov om helseforetak*

m.m. (helseforetaksloven) punkt 4.22 side 90–92. Videre ble det i høringsnotatet vist til en tolkningsuttalelse fra januar 2001 avgitt av Lovavdelingen i Justisdepartementet i forbindelse med forberedelse av den nye helseforetaksloven som trådte i kraft dels 1. juli 2001 og dels 1. januar 2002. I uttalelsen ble det lagt til grunn at overtakelse uten vederlag kan skje uten hensyn til om fylkeskommunen kan påvise et økonomisk tap som følge av overtakelsen og uhindret av forbudet mot ekspropriasjon i Grunnloven § 105. I høringsnotatet viste departementet i tillegg til utredningen av overføring av de somatiske sykehjemmene fra fylkeskommunen til kommunen, hvor Sosialdepartementet uttalte følgende i St.meld. nr. 68 (1984–85) *Sykehjemmene i en desentralisert helse- og sosialtjeneste* punkt 9.6 side 142:

«Som regel er tidligere kommunalt eide sykehjem ved eierskifte overført vederlagsfritt til fylkeskommunene i perioden etter innføringen av sykehusloven i 1969. Av den grunn er det Regjeringens syn at fylkeskommunale sykehjem bør overlates til kommunene vederlagsfritt i den grad tidligere inngåtte avtaler ikke tilsier konkret oppgjør for institusjonen.»

Dette synspunktet i stortingsmeldingen ble fulgt opp i Ot.prp. nr. 48 (1985–86) *Om lov om endringer i lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene (Sykehjemmene i den kommunale helse- og sosialtjenesten)* punkt 11.2.1 side 69, hvor det ble lagt til grunn at bygningene skulle overdras vederlagsfritt til kommunene med mindre noe annet ble avtalt. Sykehjemmene ble overført fra fylkeskommunene til kommunene fra 1. januar 1988.

Spørsmålet om vederlagsfrihet var i liten grad gjenstand for debatt i forbindelse med sykehjemsreformen, hverken i forhold til Grunnloven § 105 eller i forhold til EØS-avtalen som på dette tidspunktet ikke hadde trådt i kraft. Når det gjaldt sykehusreformen, la departementet i forarbeidene til helseforetaksloven, jf. Ot.prp. nr. 66 (2002–2001) side 133, til grunn at oppgavene som ble overført fra fylkeskommunen til staten i forbindelse med sykehusreformen dreide seg om typiske offentlige oppgaver som ikke blir utført med økonomisk overskudd som formål. Dette er trolig bakgrunnen for at forholdet til EØS-avtalens statsstøtteregler heller ikke ble drøftet i den forbindelse.

Etter departementets vurdering er det imidlertid ikke selve oppgaveoverføringen som sådan

som kan være problematisk i forhold til statsstøtteregele. Departementet ser at det er flere utfordringer i forhold til disse reglene, men de må først og fremst løses av kommunene selv. Som NTF viser til, driver flere fylkeskommuner i dag virksomhet som utgjør en økonomisk aktivitet, for eksempel ved at de tilbyr tannbehandling til voksne som ikke omfattes av de opplistede persongruppene i tannhelsetjenesteloven. Det vil si at dette er tjenester som ikke omfattes av det lovpålagte ansvaret og som tilbys mot full betaling. Slike tjenester vil være en inntektskilde for fylkeskommunen. Allerede i dag er fylkeskommunene pålagt å føre separate regnskaper for de ulike delene av den pasientrettede tannhelsevirksomheten. Kommunene vil bli pålagt en tilsvarende plikt ved ansvarsoverføringen, jf. forslaget til ny § 11-6 i helse- og omsorgstjenesteloven som er omtalt under punkt 10.19.4.

Også når det gjelder annen virksomhet knyttet til forvaltningen av ansvaret for tannhelsetjenester utover ren tjenesteyting som er direkte omfattet av helse- og omsorgstjenesteloven § 11-6 og tilhørende forskrift, må kommunene på generell basis innrette sin drift av virksomheten slik at den er i samsvar med reglene om offentlig støtte. Gitt at kommunene eier tannklinikker mv., innebærer det blant annet at de ansvarlige for den delen av virksomheten som utgjør en økonomisk aktivitet må betale husleie til kommunen for bruk av lokaler basert på markedsleie, samt andre kostnader forbundet med virksomheten. Når kommunene overtar driften av virksomheten må de stille krav om avkastning på den økonomiske aktiviteten og etablere separate regnskaper for de ulike delene av virksomheten.

Med bakgrunn i de generelle drøftingene og konklusjonene i forarbeidene til helseforetaksloven som anses relevant i denne sammenheng, legger departementet til grunn at fylkeskommunen ikke vil ha krav på økonomisk kompensasjon fra staten for de alternative formuesverdier som ligger i tannklinikken og de regionale odontologiske kompetansesentrene i forbindelse med virksomhetsoverføringen, beregnet på grunnlag av et antatt salg. Dette gjelder bare under forutsetning av at kommunen samtidig overtar den andel av fylkeskommunens gjeld som er tilknyttet virksomheten, for eksempel lån knyttet til utbygging av tannklinikker. Se nærmere om overtakelse av gjeld under punkt 10.22.3.6.

Departementet opprettholder på denne bakgrunn forslaget i høringsnotatet om at det i forslaget til overgangsbestemmelser i lovvedtakets del IV nr. 2 tas inn en bestemmelse i første avsnitt om

at kommunen skal overta virksomhetene uten at fylkeskommunene får vederlag for den alternative verdien av formuesposisjonene.

10.22.3.3 Overtakelse av fylkeskommunens eierskap til virksomheten

Forslag i høringsnotatet

Departementet foreslo i høringsnotatet å ta inn en bestemmelse i ny § 13-4 første ledd som slår fast at det skal skje en samlet overdragelse av de rettigheter og plikter som er knyttet til kjernevirksomheten (produksjonsapparatet) fra samme tidspunkt som kommunen pålegges sektoransvaret for tannhelsetjenester. Videre foreslo departementet en bestemmelse i § 13-4 første ledd som eksplisitt fastsetter at overføringen av eiendeler fra fylkeskommunen til kommunen skal gjennomføres etter kontinuitetsprinsippet.

Høringsinstansenes syn

I sin uttalelse viser *Hedmark fylkeskommune* til følgende:

«Departementet foreslår at overføring av formuesposisjoner skal foregå etter kontinuitetsprinsippet. Hedmark fylkeskommune forutsetter at hjemmelen til fast eiendom likevel blir overført til kommunen i de tilfeller der tannklinikken ikke er en del av en større fylkeskommunal eiendomsmasse (eksempelvis en skole), slik at grunnboken stemmer med de faktiske forhold og sørger for legitimitet til kommunen som ny eier av eiendommen. Fylkesrådet legger til grunn at lovfesting av kontinuitetsprinsippet medfører at overføringen skal skje fritt for dokumentavgift og transaksjonsgebyrer eller kostnader som påløper ved å klargjøre eiendommen for overdragelse.»

Departementets vurderinger og forslag

Det er i Oppgavemeldingen lagt til grunn at en overføring av den fylkeskommunale tannhelsetjenesten til større kommuner vil innebære at kommunene overtar *driften* av de offentlige tannklinikken som fylkeskommunen har etablert. Skal kommunene kunne overta sektoransvaret for den offentlige tannhelsetjenesten, bør de etter departementets vurdering også i størst mulig grad overta *eierskapet* til de virksomhetene som produserer tjenestene, det vil si tannklinikken og de regionale odontologiske kompetansesentrene.

Oppgaveoverføringen innebærer at det samlede sektoransvaret for å sørge for, finansiere og organisere tannhelsetjenester på vegne av det offentlige forankres i kommunen. For å kunne ivareta sørge for ansvaret på en forsvarlig måte i samme omfang og med samme kvalitet som fylkeskommunen, vil kommunene ha behov for et tilsvarende produksjonsapparat som fylkeskommunen har til disposisjon i dag. Klinisk tannhelsevirksomhet er en relativt utstyrsintensiv virksomhet, sammenlignet med andre kommunale helse- og omsorgstjenester. I tillegg kommer annen virksomhet utover rent klinisk virksomhet. Ansatte på tannklinikken kan også ha oppgaver utenfor tannklinikken, som for eksempel helsefremmende og forebyggende arbeid, undervisning, opplæring av studenter i praksisperioden mv. Utover klinisk tverrfaglig spesialistbehandling, driver de regionale odontologiske kompetansesentrene blant annet kunnskapsutvikling og forskning, gir opplæring, råd og veiledning av personell, tilbyr etter- og videreutdanning av ansatt tannhelsepersonell som del av sin virksomhet samt deltar i praksisdelen av utdanningen av tannlegespesialister.

Som nevnt over, er departementets utgangspunkt at kommunene bør overta eierskapet til den kliniske kjernevirksomheten (tannklinikker), de regionale odontologiske kompetansesentrene og eventuelt annen fast eiendom som har en naturlig tilknytning til tannhelsevirksomheten, det vil si realkapital og eierandeler i tannhelsevirksomhet. Det innebærer at kommunene også overtar ansvaret for formuesgjenstander knyttet til virksomhetene, som for eksempel odontologisk utstyr, forbruksmateriell, kontorutstyr, IKT, rekvisita, inventar, varelager mv. Utgangspunktet må være at kommunen skal overta virksomhetene slik de «står og går» på overtakelsestidspunktet. Kommunen vil ikke ha rett eller plikt til overta andre aktiva som ikke har noen direkte tilknytning til fylkeskommunens forvaltningsansvar for tannhelsetjenesten, som for eksempel eventuelle barnehager og «firmahytter» anskaffet til bruk for ansatte.

Departementet legger vekt på at hensynet til mest mulig klare og entydige ansvarsforhold og funksjonsfordeling og rasjonell bruk av offentlige ressurser, tilsier at kommunen overtar eierskap og driftsansvar for produksjonsapparatet fullt ut fra dag én, det vil si når lovendringene i forbindelse med oppgaveoverføringen trer i kraft. Det vil si at kommunen overtar eiers (fylkeskommunens) rettigheter og plikter til produksjonsapparatet. Overdragelsen skjer som følge av ikraftsettingen av lovendringene som er foreslått i denne pro-

posisjonen, og ikke som følge av en administrativ eller avtalerettslig beslutning. Videre skjer overtakelsen gjennom virksomhetsoverdragelser «på rot», ikke gjennom overdragelse av de enkelte formuesposisjonene.

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

Departementet opprettholder forslaget fra høringsnotatet om en bestemmelse i lovvedtakets del IV nr. 2 som eksplisitt lovfester at overføringen av eiendeler fra fylkeskommunen til kommunen skal gjennomføres etter kontinuitetsprinsippet. Kontinuitetsprinsippet legges også til grunn ved overføring av rettigheter og plikter, jf. punkt 10.22.3.5 og 10.22.3.6 nedenfor. Utgangspunktet er at det i forbindelse med skifte av eier på fast eiendom skal betales avgift til statskassen ved tinglysning av dokument (dokumentavgift), jf. reglene i lov 12. desember 1975 nr. 59 om dokumentavgift kapittel 2. Kontinuitetsprinsippet er en felles betegnelse på en rekke regler som forutsetter at et foretak gjennom overtakelse av et annet foretak trer inn i det overdragende foretakets rettsforhold. Skal transaksjoner gjennomføres etter prinsippet om kontinuitet, må det ha et rettslig grunnlag. Lovfesting av kontinuitetsprinsippet innebærer implisitt at skiftet av eier til fast eiendom ikke regnes som en hjemmeloverføring etter tinglysningsreglene i dokumentavgiftsloven. Uten hjemmeloverføring utløses heller ikke plikten til å betale dokumentavgift ved overdragelse av blant annet fast eiendom.

10.22.3.4 Hvem overføres eierskapet til?

Forslag i høringsnotatet

Departementet foreslo i høringsnotatet å lovfeste at eiendomsretten som hovedregel skal overføres til den kommunen hvor den aktuelle virksomheten er lokalisert, jf. forslaget til § 13-4 første ledd. Det ble samtidig foreslått en bestemmelse i § 13-4 fjerde ledd som åpnet for at den enkelte kommune kunne avtale en annen løsning ved behov.

Høringsinstansenes syn

Hedmark fylkeskommune viser til følgende:

«(...) Det er i dag om lag 45 kommuner som ikke har en tannklinikk, samt at om lag samme antall har åpent bare noen dager i uken og der de ansatte deler sin tid mellom flere tannklinikker. Dette vil føre til at en rekke kommuner blir eiere av tannklinikker mens ganske mange ikke blir det. Dette vil kunne oppfattes urettferdig for kommunene, og det er ingen garantier for at kommunene ønsker å samarbeide om eksisterende klinikker. Dette kan medføre utfordringer både for eierkommunen og for kommuner uten klinikk.

Tannhelsetjenesteloven forutsetter ikke fylkeskommunalt eierskap til tannklinikkene. I forslaget fra departementet synes det imidlertid å være forutsatt at de av tannklinikkene som er i fylkeskommunalt eierskap skal overføres til kommunene. I de tilfeller at tannklinikkene er bygget som del av annen fast eiendom eid av fylkeskommunen, som det forutsettes at fylkeskommunen skal fortsette å ha eierskap til etter virksomhetsoverføringen, kan det ikke være meningen at det skal foretas en seksjonering for at kommunen skal overta den del av den faste eiendommen som benyttes til tannklinikk. I slike tilfeller legger Hedmark fylkeskommune til grunn at eierskapet til tannklinikken forblir hos fylkeskommunen og at kommunen forpliktes til å inngå leieavtale med fylkeskommunen for lokalene hvor tannklinikken er lokalisert ved overføringstidspunktet. Det bør presiseres at kommunen forpliktes å inngå en langsiktig leieavtale. I motsatt fall vil fylkeskommunen kunne bli sittende med potensielle gjeldsforpliktelser knyttet til lokalene, som så i tillegg vil kreve betydelige kostnader for istandsetting til annet formål. Fylkesrådet er kjent med at i hvert fall Nord-Trøndelag fylkeskommune også har noen tannklinikker i samme bygg som sine videregående skoler, og det antas at tilsvarende gjelder flere. Forslaget til ny § 13-4 siste ledd i helse- og omsorgstjenesteloven må ikke misforstås til at kommunene ensidig kan påberope eiendomsrett der klinikken er en del av et øvrig fylkeskommunalt bygg. Bestemmelsen fremstår noe uklar på dette punktet.»

Oslo kommune uttaler:

«Per i dag er det etablert fem regionale sentre rundt i landet, og samtlige fylkeskommuner, bortsett fra Akershus og Oslo er med i et dette samarbeid. Spørsmål om deltagelse i regionalt samarbeid har imidlertid alltid bygget på frivillighet, noe også departementet påpeker i høringsnotatet.

Oslo kommune gikk i 2011 inn i et samarbeid med Oppland fylkeskommune, Østfold fylkeskommune, Hedmark fylkeskommune og Akershus fylkeskommune om et regionalt kompetansesenter for østlandsregionen, TKØ. Sentret er stiftet og etablert som et interkommunalt selskap. Men både Akershus og Oslo fylkeskommune har gått ut av samarbeidet, Oslo etter vedtak i Oslo bystyre i 2015.

TKØ har etablert seg i nye lokaler i Oslo. Det var et naturlig valg, Oslo er fortsatt det mest sentrale knutepunkt for de deltagende fylkeskommunene. I henhold til høringsnotatet innebærer plasseringen at Oslo kommune vil bli forpliktet til å overta ansvar for TKØ når lovendringen trer i kraft. Et TKØ Oslo ikke lenger er deltagende i. Ansvar for virksomheten vil bygge på en tilfeldig geografisk plassering, uten annen tilknytning til kommunen. Oslo kommune ser det som helt urimelig å skulle tvinges inn i et samarbeid om TKØ som bystyret har besluttet at Oslo kommune ikke skal delta i. Oslo kommune vil gå imot forslaget når det gjelder de regionale sentre og en ukritisk overføring til vertskommunen. En lovendring må også ivareta Oslo kommunes interesser i saken. Det er vår vurdering at Oslo kommune fortsatt må stå fritt i spørsmål om deltagelse i et regionalt kompetansesenter.»

Departementets vurderinger og forslag

Departementet viser til prinsippene som ble lagt til grunn ved overføringen av ansvaret for sykehjemmene fra fylkeskommunene til kommunene fra 1. januar 1988. Det ble i den forbindelse tatt inn en overgangsbestemmelse i kommunehelsetjenesteloven 7-5 som blant annet fastsatte følgende:

«Eiendomsretten til fylkeskommunalt somatisk sykehjem (...) overdras vederlagsfritt til den kommune hvor institusjonen er oppført. Kommunen overtar samtidig gjeldsforpliktelser som skriver seg fra oppføring eller ombygging av eller utstyr til institusjonene.

Kommunen kan uten hinder av foregående ledd avtale med andre kommuner eller fylkeskommunen at disse helt eller delvis skal ha

eiendomsrett til institusjonen, eller at andre kommuner skal disponere plasser ved institusjonen.»

I følge lovforarbeidene, jf. Ot.prp. nr. 48 (1985–86), var bestemmelsen i kommunehelsetjenesteloven § 7-5 andre ledd ment å ta høyde for at kommuner der det enten ikke var sykehjem eller sykehjemdekningen var særlig lav, burde ha mulighet til å avtale kjøp av sykehjemsplasser av den kommunen hvor institusjonen lå (vertskommunen). Bestemmelsen åpnet også for å avtale andre ordninger, som for eksempel at flere kommuner skulle eie og drive institusjoner i fellesskap. Dette ble vurdert å være praktisk i tilfelle der et tidligere fylkeskommunalt sykehjem hadde hatt mer enn én kommune som opptaksområde.

Departementet legger til grunn at det på samme måte som ved sykehjemsreformen er hensiktsmessig at det er den kommunen der henholdsvis tannklinikken og det regionale odontologiske kompetansesenteret er lokalisert, som i utgangspunktet bør bli eierkommunen ved oppgaveoverføringen. Departementet har imidlertid merket seg høringsinstansenes innvendinger og ser at en fullstendig gjennomføring av dette prinsippet kan få tilfeldige og urimelige utslag. Det er derfor behov for en bestemmelse som tar høyde for at det kan være behov for å beholde eiendomsretten til enkelte tannklinikker mv. på fylkeskommunalt nivå. Det vises til forslaget i høringsnotatet til § 13-4 fjerde ledd, hvor det fremgår at en kommune kan avtale med andre kommuner eller fylkeskommuner at disse helt eller delvis skal ha eiendomsrett til virksomheten. Etter departementets vurdering vil dette forslaget i tilstrekkelig grad ivareta behovet for nødvendig fleksibilitet i det enkelte tilfelle.

Departementet understreker at eierkommunen uansett står fritt til å inngå avtale om eierskap og samarbeid om drift av tannklinikker med nærliggende kommuner. Eierkommunen vil også stå fritt til å inngå samarbeid om kompetansesenterets virksomhet med andre kommuner innenfor det geografiske nedslagsfeltet for kompetansesenteret. Kompetansesentrene er etablert i de største byene, det vil si Oslo, Arendal, Stavanger, Bergen, Trondheim og Tromsø. For kommunenes del vil spørsmål om eierforhold mv. bli nærmere klarlagt når ny fremtidig kommunestruktur er fastlagt. I dag er det om lag 65 kommuner hvor det ikke er noen tannklinikker og rundt 50 kommuner hvor tannklinikken er betjent i et begrenset antall dager av tannhelsepersonell som har sin hovedarbeidsplass på tannklinikker i nabokommuner.

Departementet fastholder forslaget i høringsnotatet om å lovfeste at eiendomsretten i utgangspunktet skal overføres til den kommunen hvor den aktuelle virksomheten er lokalisert, jf. forslaget til overgangsbestemmelser i lovvedtakets del IV nr. 2. Departementet opprettholder samtidig forslaget om at den enkelte kommune kan inngå avtaler med fylkeskommunen eller andre kommuner om en annen løsning på eierforholdet.

10.22.3.5 Overtakelse av fylkeskommunens avtalerettslige posisjoner

Forslag i høringsnotatet

Departementet foreslo i høringsnotatet å lovfeste kommunens rett og plikt til å tre inn i fylkeskommunens posisjon i løpende avtaleforhold, jf. forslaget til helse- og omsorgstjenesteloven § 13-4 første ledd. Det ble også foreslått en egen bestemmelse i helse- og omsorgstjenesteloven § 13-4 andre ledd om at kommunen skal ha rett og plikt til å tre inn i fylkeskommunens avtalebaserte rettigheter og plikter som følger av avtaler med private tannleger som foreligger på tidspunktet for oppgaveoverføringen.

Høringsinstansenes syn

Ingen høringsinstanser har kommentert forslaget.

Departementets vurderinger og forslag

Overføring av ansvaret for tannhelsetjenester til kommunen reiser problemstillinger knyttet til hvordan kommunene kan tre inn i fylkeskommunens løpende kontrakter. Inngrep i private avtaler ved endring av debitorstilling er ikke uproblematisk. I utgangspunktet kreves samtykke fra kreditor for at en forpliktelse skal overdras til en annen. Dersom enighet ikke oppnås, må en overføring hjemles i lov. Departementet mener det ikke vil være hensiktsmessig og praktisk gjennomførbart å basere seg på en løsning hvor man må innhente samtykke fra hver enkelt leverandør for at kontraktsposisjonen skal kunne overtas av kommunen. I et slikt tilfelle vil det knyttes stor grad av usikkerhet til om et samtykke vil bli gitt. Dette vil gi en uforutsigbar situasjon og vil kunne hindre kontinuiteten i tjenestetilbudet til pasientene.

Av hensyn til å sikre en hensiktsmessig overføring av oppgaven fra fylkeskommunen til kommunen, mener departementet at det må sikres at leverandører av ulike tjenester ikke kan påstå seg

uforpliktet av inngåtte kontrakter ved oppgaveoverføringen. Hensynet til å sikre at det ikke oppstår driftsavbrudd i tjenesteytingen må etter departementets vurdering veie opp for hensynet til å sikre leverandørene fra et inngrep i avtalene.

Både fylkeskommunen og kommunen har i dag frihet til å organisere tjenesteytingen slik den selv finner hensiktsmessig. De kan selv yte tannhelsetjenester og andre helse- og omsorgstjenester gjennom egne ansatte, eller tilby tjenester ved å inngå avtaler med andre offentlige eller private tjenesteytere om tjenesteyting på vegne av fylkeskommunen/kommunen. Dette prinsippet er nedfelt i tannhelsetjenesteloven § 1-1 tredje ledd og helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 femte ledd. Oppgaveoverføringen og virksomhetsoverdragelsen til kommunalt nivå medfører ingen endring i disse prinsippene.

I tilfeller der fylkeskommunen oppfylder sitt ansvar for nødvendig tannhelsehjelp til bestemte grupper i befolkningen gjennom avtaler med private tannleger om å utføre tjenester på vegne av fylkeskommunen, er departementets vurdering at kommunen må kunne tre inn i disse avtalene for å sikre et like godt tjenestetilbud for personer i disse gruppene etter oppgaveoverføringen. I og med at det foreslås å lovfeste rettigheter til tannhelsehjelp for rusavhengige og innsatte i fengsler i kriminalomsorgen, er det særlig viktig at kommunen også er i stand til å oppfylle disse lovpålagte oppgavene. Hensynet til pasientene og kontinuiteten i tjenestetilbudet tilsier at kommunen får rett og plikt til å videreføre eksisterende avtaler med private tannleger.

Videre forutsettes det at alle andre eksisterende avtaler med private og offentlige tjenesteytere og leverandører av ulike administrative tjenester, for eksempel leieavtaler, leasingavtaler, byggekontrakter mv. følger med og videreføres. En del av disse avtalerettslige forpliktelsene vil fylkeskommunen ikke bli i stand til å oppfylle fordi kommunen overtar virksomheten de er knyttet til. Derfor foreslås det at kommunen får en plikt til å tre inn. Kommunen er selvstendig rettssubjekt og ved virksomhetsoverdragelsen vil kommunen tre inn som ny part i fylkeskommunens posisjon i alle typer avtaler med private og offentlige myndigheter, med de rettigheter og forpliktelser som følger av avtalen. I tilfeller der fylkeskommunen for eksempel leier klinikklokaler og utstyr, er det rimelig at kommunen må kunne tre inn i leiekontrakten slik at den har mulighet til å videreføre det eksisterende tannhelsetilbudet inntil den eventuelt vurderer andre løsninger. Der kommunen som

debitor ønsker å frigjøre seg fra et langsiktig forhold ved å dekke fylkeskommunens forpliktelser, vil det bli et spørsmål om kreditor ønsker å akseptere en slik innfrielse og om vedkommende er forpliktet til det etter avtalen.

Departementet opprettholder på denne bakgrunn forslaget i høringsnotatet om å lovfeste kommunens rett og plikt til å tre inn i fylkeskommunens løpende avtaler. Det foreslås å ta inn en bestemmelse i lovvedtakets del IV nr. 2 om at kommunen skal ha en generell rett og plikt både overfor fylkeskommunen og overfor tredjemann (kreditorer mv.) til å tre inn i fylkeskommunens posisjon i avtaleforholdet. En slik bestemmelse gir nødvendig rettslig grunnlag for at det ikke bare er realkapital og formuesgjenstander som skal overdras, men også avtalerettslige posisjoner.

Departementet opprettholder også forslaget fra høringsnotatet om en egen bestemmelse i lovvedtakets del IV nr. 2 om at kommunen skal ha rett og plikt til å tre inn i fylkeskommunens avtalebaserede rettigheter og plikter som følger av avtaler med private tannleger som foreligger på tidspunktet for oppgaveoverføringen. Det presiseres at dette gjelder uten hensyn til forbudet mot overdragelse av slike avtaler i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 femte ledd.

Overføringen av rettigheter og plikter vil skje med befriende virkning for fylkeskommunen. Kommunen vil samtidig overta fylkeskommunens posisjon som part i eventuelle tvister som måtte foreligge knyttet til de enkelte avtalene. Kommunen vil tre inn i avtalene med de samme rettigheter og forpliktelser som fylkeskommunen hadde med virkning fra iverksettingen av oppgaveoverføringen. Kreditorer og andre rettighetshavere kan ikke påberope seg overdragelsen som en bristende forutsetning for rettsforholdet.

10.22.3.6 Overtakelse av fylkeskommunens gjeldsansvar

Forslag i høringsnotatet

I høringsnotatet foreslo departementet å ta inn en bestemmelse i helse- og omsorgstjenesteloven § 13-4 tredje ledd om at kommunene overtar eventuell gjeld med befriende virkning for fylkeskommunen, og at kreditorer og andre fordringshavere plikter å respektere overføringen.

Høringsinstansenes syn

Hedmark fylkeskommune uttaler:

«Hedmark fylkeskommune vil bemerke at rammene for budsjettering av investeringer i henhold til kommuneloven er at alle midler er frie og anses som felles finansiering av investeringsporteføljen. Dette betyr at finansieringen ikke fordeles på det enkelte investeringsprosjekt. Dette er presisert i *Veileder for budsjettering av investeringer og avslutning av investeringsregnskapet* utgitt av Kommunal- og regionaldepartementet i oktober 2011. Det vil derfor ligge en utfordring i å finne ut av hva gjeldsforpliktelsene er knyttet til de enkelte investeringsprosjektene.»

Rogaland fylkeskommune påpeker at dersom avtalte formuesposisjoner skal gå over uten vederlag, må all gjeld også overtas. Fylkeskommunen viser imidlertid til at dette lett kan føre til at noen tjener på dette ved at det er lite eller ingen gjeld.

Departementets vurderinger og forslag

Det overordnede prinsippet for det økonomiske oppgjøret bør være at fylkeskommunene etter virksomhetsoverdragelsen skal ha tilstrekkelig

evne til å løse de øvrige oppgaver som de er pålagt. Videre bør ikke overføringen til kommunene medføre en økonomisk gevinst på kommunens hånd som følge av at overdragelsen skjer vederlagsfritt. Det foreslås derfor at gjeldsforpliktelse inngår i kommunenes samlede overtakelse. Dette prinsippet ble blant annet lagt til grunn i forbindelse med sykehjemsreformen, hvor det fremgikk av kommunehelsetjenesteloven § 7-5 at kommunen skulle overta samtlige gjeldsforpliktelser som ikke var nedbetalt og som skrev seg fra oppføring eller ombygging av eller utstyr til institusjonene. Oppgjør knyttet til kommunens overtakelse av fylkeskommunens gjeldsansvar knyttet til virksomhetene, vil være gjenstand for avtale mellom partene.

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

11 Økonomiske og administrative konsekvenser

11.1 Lovfesting av kompetansekrav

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

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

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

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

11.1.2 Lovfesting av krav om psykolog

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

Modellforsøket med rekruttering av psykologer til kommunene i perioden 2010–2013 ga gode resultater, og ble i 2013 erstattet av et rekrutteringstilskudd. I Prop. 1 S (2015–2016) ble det innført ny innretning av denne tilskuddsordningen. En sentral endring er at man går bort fra vari-

erende tilskuddsbeløp fra år til år og over til et fast beløp på 400 000 kroner per år for psykolog i 100 prosent stilling. Tilskuddsbeløpet reduseres tilsvarende ut fra hvilken stillingsprosent det søkes om. Rammen var på 145 mill. kroner i 2016. For 2017 er det satt av 155 mill. kroner til fordeling. Kommunene vil ikke ha noe krav på å motta slikt tilskudd, men de vil kunne tildeles midler innenfor rammen. Når pliktbestemmelsen trer i kraft, vil tilskuddsmidlene overføres fra Helse- og omsorgsdepartementets budsjettkapittel til kommunerammen.

11.1.3 Lovfesting av krav om ergoterapeut

Når det gjelder ergoterapeuter har det ikke tidligere vært et eksplisitt lovkrav at kommunene skal ha disse tilknyttet. Foreløpige KOSTRA-tall viser at det per 31. desember 2016 var 86 kommuner som manglet ergoterapeut. For ergoterapeutene har det vært en økning på ca. 50–100 årsverk per år de siste årene, men økningen har primært skjedd i kommuner som har hatt ergoterapeut fra før.

I henhold til forslaget tas det sikte på at lovkravet først skal settes i kraft fra 1. januar 2020. På det tidspunkt vil det ha gått fire år fra de KOSTRA-tallene vi opererer med nå. Dersom dagens utvikling fortsetter, er det grunn til å anta at flere av landets kommuner da vil ha ergoterapeut. Det er likevel krevende å angi nøyaktige økonomiske konsekvenser for kommunene ved å lovfeste et slikt krav. Både fordi lønsspennet kan variere, men også fordi det vil variere hvor stor stillingsandel det vil være behov for, eventuelt at behovet dekkes ved avtale om enkeltkjøp av nødvendige tjenester. I forbindelse med Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017–2019) er det i 2017 bevilget 200 mill. kroner i statlige stimuleringsmidler. 100 mill. kroner er tilført kommunene via rammetilskuddet og 91 mill. kroner er øremerkede midler gjennom en tilskuddsordning. I regelverket for tilskuddsordningen er det et kriterium for måloppnåelse at kommunen skal ha ergoterapikompetanse. I opptappingsplanen er det stilt krav til en viss kommunal medfinansier-

ing. Det legges opp til at de statlige stimuleringsmidlene til opptrappingsplanen økes til 300 mill. kroner innen 2019, jf. Kommunal og moderniseringsdepartementets budsjettproposisjon for 2017, Prop. 1 S (2016–2017).

11.1.4 Lovfesting av krav om tannlege

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

11.2 Veiledningsplikt overfor spesialisthelsetjenesten

Flere høringsinstanser har pekt på at forslaget kan medføre økte administrative og økonomiske kostnader. Departementet har forståelse for at noen kommuner i en overgangsperiode kan ha behov for å sette av noe ressurser til opplæring av personell og til å finne hensiktsmessige samarbeidsformer med spesialisthelsetjenesten. Det finnes imidlertid allerede gode samarbeidsarenaer som følge av spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt overfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og som følge av ordningen med lovpålagte samarbeidsavtaler. En videreutvikling av de allerede etablerte arenaene for å også inkludere kommunal veiledningsplikt, bør derfor kunne skje uten store investeringer. Formålet med den gjensidige veiledningsplikten er blant annet å legge til rette for bedre samhandling og kompetansebygging. Departementet legger der-

for til grunn at de samlede kostnadene på sikt vil kunne bli noe redusert.

Veiledning fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten til spesialisthelsetjenesten skjer som nevnt allerede i et visst omfang, og da særlig gjennom ordningen med lovpålagte samarbeidsavtaler og fastlegens henvisninger til spesialisthelsetjenesten knyttet til enkeltpasienter. En egen bestemmelse om dette i helse- og omsorgstjenesteloven vil sikre at denne veiledningen blir mer systematisert og effektiv. Ettersom lovforslaget langt på vei er en kodifisering av gjeldende praksis, innebærer det etter departementets oppfatning ikke nye krav som medfører betydelige administrative eller økonomiske konsekvenser.

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

Departementet legger til grunn at forslaget er begrenset til en tydeliggjøring av en allerede eksisterende plikt for kommunene. Mange høringsinstanser har imidlertid uttalt at selv en slik tydeliggjøring vil kreve betydelige ressurser.

Departementet er kjent med at kommunenes tilbud om opplæring og veiledning av pasienter, brukere og pårørende varierer, og at flere kommuner mangler et strukturert og systematisk opplæringstilbud. Departementet har forståelse for at enkelte kommuner i en overgangsfase må sette av ressurser til å synliggjøre ansvaret for opplæringen. Departementet mener likevel at økt innsats og utvikling av et godt opplæringstilbud til pasienter, brukere og deres pårørende kan gi helseøkonomiske gevinster for kommunene. Departementet legger derfor til grunn at de samlede kostnadene for kommunene på sikt vil bli redusert.

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

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

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

11.5 Tydeliggjøring av spesialisthelsetjenestens plikt til å oppnevne kontaktleger

I forslaget om innføring av kontaktlegeordningen for helseforetak, uttalte departementet at informasjon og oppfølging av pasienter er en del av helseinstitusjonens ordinære plikter, jf. Prop. 125 L (2014–2015). Det ble videre uttalt at oppnevning av kontaktleger i spesialisthelsetjenesten først og fremst handler om bedre organisering av tjenestene. Departementet la til grunn at en god arbeidsfordeling mellom leger, sykepleiere, koordinatorer med flere, kunne oppfylle lovkravet uten at det ble nødvendig å ansette flere leger.

Departementets vurdering av de økonomiske og administrative kostnadene i Prop. 125 L (2014–2015) må også gjelde når det nå foreslås at også private helseinstitusjoner skal være omfattet av kontaktlegeordningen.

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

11.6 Tydeliggjøring av kommunens plikt til psykososial beredskap og oppfølging

Flere høringsinstanser har uttalt at lovforslaget vil kunne medføre økte kostnader. Departementet har forståelse for at oppfyllelse av beredskapspliktene ved store og uforutsette hendelser kan være en krevende oppgave for kommuner. Dette gjelder spesielt for små kommuner.

At en oppgave er lovpålagt, innebærer at kommunen ikke kan velge den bort ut fra økonomiske eller andre hensyn. En tydeliggjøring av ansvaret for psykososial beredskap og oppfølging vil kunne medføre at kommuner som i dag ikke prioriterer

dette feltet tilstrekkelig høyt, vil måtte omdisponere kommunale budsjettmidler i fremtiden.

En påregnelig konsekvens vil være at kommuner som i dag leverer tjenester under forsvarlig minstenorm for kvalitet, må prioritere beredskapsfeltet høyere og heve nivået på sine tjenester. Dette vil kunne medføre økte kostnader for disse kommunene, men vil etter departementets syn også kunne gi besparelser ved at man kommer tidligere til med adekvat hjelp ved ulykker, kriser eller katastrofer. Det vil være viktig for særlig små kommuner å vurdere løsninger for interkommunalt samarbeid og dermed oppnå besparelser.

Forslaget begrenser seg til kun en tydeliggjøring av gjeldende rett, og eventuelle utgifter forbundet med tiltaket vil måtte dekkes innenfor kommunenes gjeldende budsjettammer.

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

Departementet legger til grunn at bortfallet av henvisningskravet ikke vil ha økonomiske konsekvenser av betydning for de involverte aktørene. Det er ikke grunn til å tro at forslaget vil gi en volumvekst i utbetalinger fra folketrygden. Totalt sett er kapasiteten til avtalefysioterapeutene fullt utnyttet i dag. Selv om en oppheving av henvisningskravet skulle føre til større pågang hos fysioterapeutene, er det ikke grunn til å tro at dette vil resultere i økt antall behandlinger. Over lang tid har fysioterapeutene hatt mulighet til å øke behandlingsvolumet i egen praksis om ønskelig. Fysioterapeuten arbeider i henhold til sin driftsavtale eller utover denne. Å avvikle henvisningskravet endrer ikke på dette. Det er heller ikke grunn til å tro at kommunene vil opprette flere driftsavtaler for fysioterapeuter på grunn av direkte tilgang. Det er allerede i dag press på tjenesten med ventelister, og både fysioterapeuter og pasienter har ønsket å øke volumet i tjenesten.

Faktorer som fysioterapeutens faglige vurdering, at det i dag er en begrenset og fullt utnyttet kapasitet hos avtalefysioterapeutene, og at pasientene kan få raskere behandling, tilsier at det ikke blir større utgifter for folketrygden ved å innføre direkte tilgang til fysioterapeuter med driftsavtale. Direkte tilgang kan, sammen med avvikling av sykdomslisten fra 1. januar 2017, føre til at fysioterapeutene kommer til å prioritere tydeligere når de tar inn nye pasienter. Det vil være en ønsket effekt av disse tiltakene.

Bortfall av krav om henvisning vil føre til frigjort tid hos fastlegene og andre henvisende instanser og mindre utgifter for folketrygden og pasientene til dette. Frigjort tid hos legene kan benyttes til andre pasienter og oppgaver.

Departementet har gjort følgende beregning av kostnadene forbundet med tiltaket:

Det er om lag 450 000 pasienter som får fysioterapibehandling årlig hos avtalefysioterapeuter. Om lag 15 prosent av disse blir behandlet hos manuellterapeuter som har fri tilgang i dag. Det er da om lag 382 000 pasienter som trenger henvisning til fysioterapeut. Henvisninger fra fastlegene gis både i konsultasjoner og i forbindelse med «enkel pasientkontakt». Det anslås at det blir om lag 23 000 færre konsultasjoner og om lag 115 000 færre «enkle pasientkontakter» hos fastlegene ved direkte tilgang til fysioterapeut.

Ved færre konsultasjoner og redusert egenbetaling for pasientene vil det bli reduserte utgifter til egenandelstak 1-ordningen. 65 prosent av besparelsen ved færre betalte egenandeler vil komme på egenandelstak 1-ordningen og 35 prosent på pasientene.

Ut fra disse forutsetningene vil direkte tilgang til avtalefysioterapeuter frigjøre tid hos fastlegene som følge av færre konsultasjoner og enkle pasientkontakter. Dette representerer om lag 8 mill. kroner i sparte refusjoner fra folketrygden for konsultasjonene og mindre refusjon av egenandeler. Pasientene sparer om lag 4 mill. kroner i færre betalte egenandeler.

I tillegg kommer besparelser ved at enkelte pasienter blir sykmeldt av fastlegen og i tillegg må vente på å få time hos fysioterapeut. Dersom pasienten går direkte til fysioterapeut, kortes ventetiden noe ned og pasienten kan komme i gang med behandling raskere og ofte unngå eller få kortere sykmeldingsperiode.

Det er ikke grunn til å tro at det å oppheve henvisningskravet vil påvirke antallet søknader eller de totale utbetalingene til stønad for behandling mottatt i et annet EØS-land. Følgelig vil hverken kommunene, som betaler for denne behandlingen, eller staten måtte bruke mer penger for å dekke utgifter for fysioterapi mottatt i et annet EØS-land.

11.8 Overføring av ansvaret for tannhelsetjenester

11.8.1 Departementets vurdering i høringsnotatet

I høringsnotatet la departementet til grunn at finanseringen av overføringen av ansvaret for tannhelsetjenester vil skje gjennom uttrekk fra rammetilskuddet til fylkeskommunene. Videre la departementet til grunn at valg av lovmodell ikke i seg selv ville gi vesentlig forskjellige utslag, hverken økonomisk eller administrativt. Departementet presiserte at lovforslaget ikke innebar noen reform, hverken når det gjaldt omfanget av det offentliges ansvar for tannhelsetjenester eller pasienters rettigheter til tannhelsehjelp. Forslaget var i stor grad en revisjon av gjeldende rett med sikte på modernisering og harmonisering med øvrig helselovgivning, og med enkelte utvidelser av kommunens samlede plikter sett i forhold til de plikter som påhviler fylkeskommunen etter tannhelsetjenesteloven. Forslaget videreførte i store trekk pasientenes rettigheter, med enkelte justeringer som følge av endret begrepsbruk mv. Videre ble det vist til at lovfesting av kommunens ansvar for å gi et tannhelsetilbud til personer med rusavhengighet og innsatte i fengsler i kriminalomsorgen, i hovedsak var en kodifisering av gjeldende rett. Departementet la i høringsnotatet til grunn at noen av disse forslagene kunne innebære merkostnader for kommunene, uten at det var mulig å tallfeste disse.

11.8.2 Høringsinstansenes syn

Flertallet av høringsinstansene mener at de økonomiske sidene ved overføring av ansvaret for tannhelsetjenester fra fylkeskommunene til kommunene er for dårlig utredet og at administrasjonskostnadene vil øke betydelig sammenlignet med dagens situasjon, hvor fylkeskommunen ivaretar det samlede behovet i fylket. Flere høringsinstanser peker på at tjenesten skal overføres «på rot» og at departementet tar feil når det forutsetter at overføringen skal være kostnadsnøytral.

KS – *Kommunesektorens organisasjon* mener analysen av de økonomiske og administrative konsekvensene er ufullstendig i forhold til hvilke funksjoner kommunen skal ha. Videre mener KS at det ikke er tatt hensyn til at det blir mange flere aktører og at det blir transaksjonskostnader i form av samarbeid, avtaler, kjøp av tjenester. KS uttaler i den forbindelse:

«En god offentlig tjeneste er avhengig av en god ledelse. Tannhelsetjenesten er såpass spesiell at visse områder av ledelsen bør være fagspesifikk. Det er nødvendig at ledelsen følger med og sørger for nødvendig tannbehandling, det er nødvendig med overvåking av kvalitet i tjenesten og implementering av retningslinjer. Det vil være vanskelig å skaffe slik kompetanse i hver kommune. Det vil være dyrere å lede i 20 kommuner fremfor en fylkeskommune.

Høringsnotatet har ikke omtalt drift av IT-funksjoner og sentrale servere. Disse drives i dag av de enkelte fylkeskommunene, eller i et samarbeid mellom flere fylkeskommuner. Mange enkeltkommuner vil ikke ha kompetanse til å drive et slikt nettverk. Det vil også være svært ugunstig å splitte opp databasene. Det vil medføre at hver pasient kan få flere journaler og dårligere kvalitet på helsehjelpen.

Det er nødvendig å ha kompetanse på innkjøp. Ved overgang til kommunal tannhelsetjeneste vil man miste prisfordelene ved å kunne kjøpe inn flere enheter.

Det skrives flere steder i høringsnotatet at tiltak ikke vil få administrative og økonomiske konsekvenser fordi kommunene skal gjøre det samme som fylkeskommunen gjør i dag. Det er som regel korrekt, men det har likevel økonomiske og administrative konsekvenser fordi mange aktører skal gjøre det samme som én aktør gjør i dag.»

Flertallet av høringsinstansene, herunder et stort flertall av kommunene og fylkeskommunene som har uttalt seg, mener at oppgaveoverføringen må fullfinansieres og at kommunene vil ha behov for tilførsel av ekstra midler til drift av tannhelsetjenester utover det som fylkeskommunene i dag får gjennom rammetilskuddet fra staten. Blant disse er *Hedmark fylkeskommune* som uttaler:

«Det ligger an til å bli en situasjon med overføring av oppgaver fra store og robuste enheter (18 fylkeskommuner) til hundrevis av enheter av svært variabel størrelse. Det er all grunn til å tro at overføringen til kommunene vil utløse et stort antall interkommunale selskaper og avtaler. Dette vil i tillegg til økte driftskostnader også øke den juridiske kompleksiteten i den samlede tannhelsetjenesten. Summen av dette vil realistisk sett innebære at kommunene vil ha behov for mer midler til drift av tannhelsetjenesten enn hva fylkeskommunene har. Hedmark fylkeskommune er ut fra dette bekymret for at staten antar at oppgjøret kan bli

et nullsumspill for staten. Dersom det legges opp til at staten trekker tannhelsetjenestens andel ut av rammetilskuddet til fylkeskommunen og tilfører samme beløp til kommunenes rammetilskudd, er det en klar risiko at kommunene ikke tilføres tilstrekkelig med midler til å klare oppgaven. Dersom kommunene ikke kan utføre oppgavene med samme økonomiske ramme som fylkeskommunene, må staten finansiere mellomlegget. Hedmark fylkeskommune vil motsette seg en situasjon der fylkeskommunene trekkes for den rammen kommunene realistisk sett trenger. Da vil fylkeskommunens øvrige tjenesteområder rammes av denne reformen.

Staten legger opp til å gjennomføre reformen vel vitende om at forutsetningene bak den ikke er oppfylt. I de fleste andre reformer samler man mange små enheter til færre større enheter, blant annet for å oppnå stordriftsfordeler. I denne reformen må staten derfor belage seg på at det koster mer å la kommunene ha ansvar for tannhelsetjenesten (smådriftsulemper), enn det gjør at fylkeskommunene har ansvaret.»

Et flertall av høringsinstansene er også kritiske til departementets vurdering av de økonomiske og administrative konsekvensene av det konkrete lovforslaget. De mener gjennomgående at de økonomiske og administrative konsekvensene er vanskelige å beregne, men at de vil bli betydelige og langt høyere enn antydning i høringsnotatet. Flere høringsinstanser mener det må tilføres ekstra midler for å ivareta et lovpålagt ansvar for å gi et tannhelsetilbud til personer med rusavhengighet.

11.8.3 Økonomiske konsekvenser av å overføre ansvaret for tannhelsetjenester til kommunene

Økonomiske og administrative konsekvenser av endret oppgavefordeling vil bli håndtert i den ordinære budsjettprosessen. Det legges til grunn at overføring av oppgaver mellom forvaltningsnivåene i utgangspunktet vil følges av rammeoverføringer innenfor en samlet uendret utgiftsside på statsbudsjettet. Flytting av oppgaver mellom forvaltningsnivåene må følge det finansielle ansvarsprinsippet. Dette innebærer at overføring av oppgaver til kommunene skal følges av tilsvarende overføring av økonomiske ressurser.

Overføringen av ansvaret for tannhelsetjenester til kommunen innebærer en omfordeling av tilskudd fra statens side ved at det gjøres et

uttrekk fra rammetilskuddet til fylkeskommunene som legges inn i rammetilskuddet til kommunene. Spørsmål knyttet til fordeling av rammetilskuddet til den enkelte kommune må utredes. Departementet vil komme tilbake til dette i aktuell kommuneproposisjon og budsjettproposisjon. Departementet vil i den forbindelse også vurdere eventuelle merkostnader for kommunene som følge av oppgaveoverføringen. Det er kommunestrukturen ved tidspunktet for oppgaveoverføringen som vil bli lagt til grunn for beregningene av overføringene til den enkelte kommune.

Det synes klart at oppgaveoverføringen i seg selv vil medføre overgangskostnader i forbindelse med forberedelse til og gjennomføring av virksomhetsoverdragelsen, herunder til personell, overføring av tannklinikker og andre formuesgjenstander, forberedelse og omlegging av systemkostnader knyttet til IKT-løsninger med servere, innkjøpsordninger, serviceordninger på utstyr mv. Kommunene må vurdere hvorvidt de personellressursene og den klinikkstrukturen som de får overført i forbindelse med virksomhetsoverdragelsen anses tilstrekkelig for å ivareta ansvaret i henhold til krav fastsatt i lov og forskrift.

For et stort antall mindre kommuner vil det være stort behov for interkommunalt samarbeid for å løse de lovpålagte oppgavene. Det er lite sannsynlig at disse kommunene vil kjøpe tjenester av private tjenesteytere for å løse oppgavene, ettersom det i liten grad eksisterer et privat tilbud i områder med spredt bosetting. Ivaretakelsen av ansvaret for spesialisttannhelsetjenester vil i tillegg kreve samarbeid mellom mange kommuner. Både forberedelsene til et omfattende interkommunalt samarbeid før oppgaveoverføringen og drift av et slikt samarbeid etter oppgaveoverføringen vil medføre behov for økonomiske og administrative ressurser. Med den kommunestrukturen som trolig vil gjelde etter 1. januar 2020 vil kommunene få relativt sett høyere kostnader på en rekke driftsområder sammenlignet med fylkeskommunenes kostnader. Dette fremkommer tydelig av høringsinnspillene fra fylkeskommunene.

Basert på Stortingets vedtak knyttet til lovforslagene i denne proposisjonen, vil departementet starte et samarbeid med KS – Kommunesektorens organisasjon for å forberede oppgaveoverføringen, herunder utredning av økonomiske og administrative konsekvenser knyttet til forberedelsene til overføringen og merkostnader som følge av behov for interkommunalt samarbeid mv.

11.8.4 Økonomiske og administrative konsekvenser av lovforslagene

11.8.4.1 Valg av lovmodell

Det vises til departementets vurdering og anbefaling av lovstruktur for regulering av kommunens ansvar for tannhelsetjenester, jf. punkt 10.5 i proposisjonen. Det foreslås at kommunens plikter mv. reguleres i helse- og omsorgstjenesteloven, mens pasientenes rettigheter reguleres i pasient- og brukerrettighetsloven.

Forslaget til regulering av kommunens ansvar for tannhelsetjenester i helse- og omsorgstjenesteloven viderefører i all hovedsak fylkeskommunens ansvar etter tannhelsetjenesteloven. Videre innebærer forslaget at de fleste bestemmelsene i helse- og omsorgstjenesteloven gis uavkortet anvendelse for tannhelsetjenester, uten at det anses nødvendig med tilpasninger. Helse- og omsorgstjenesteloven inneholder flere pliktbestemmelser enn tannhelsetjenesteloven, som for eksempel plikten til å yte øyeblikkelig hjelp samt plikten til å sørge for transport av behandlingspersonell.

Lovfesting av gjeldende praksis eller lovfesting som er en kodifisering av gjeldende rett medfører ikke nødvendigvis i seg selv kostnader, men kan ha administrative konsekvenser, blant annet i form av økt tilsyn med overholdelse av flere plikter. Den foreslåtte lovmodellen fører også til at kommunene samlet sett blir pålagt flere plikter knyttet til tannhelsetjenester sammenlignet med fylkeskommunen. Videre vil innlemming av tannhelsetjenester i pasient- og brukerrettighetsloven utvide pasient- og brukerombudenes arbeidsområde. Samtidig ville trolig summen av kommunens plikter blitt tilsvarende ved regulering i en egen kommunal tannhelsetjenestelov, siden innholdet i en ny tannhelsetjenestelov uansett måtte moderniseres og harmoniseres med helse- og omsorgstjenesteloven.

Et formål med oppgaveoverføringen er gjennom valg av lovmodell å legge til rette for at kommunen kan se forhold knyttet til tannhelsetjenester og forhold knyttet til øvrige helse- og omsorgstjenester i sammenheng til beste for pasienter og brukere. Videre er det et mål gjennom valg av lovmodell for regulering å understøtte at tannhelsetjenester kan integreres organisatorisk i den øvrige helse- og omsorgstjenesten på den måten som kommunene finner hensiktsmessig. En slik integrering vil på sikt kunne ha positive synergieffekter for den samlede kommunale helse- og omsorgstjenesten.

11.8.4.2 *Generelt om kommunens ansvar og plikter etter lovforslaget*

Mange av forslagene i proposisjonen som gir helse- og omsorgstjenesteloven anvendelse for tannhelsetjenester, innebærer en videreføring av gjeldende rett sett i forhold til det ansvar fylkeskommunen har etter tannhelsetjenesteloven og annen lovgivning. Selv om mange av pliktene som fylkeskommunen i dag er pålagt videreføres innholdsmessig, kan virkningen av å pålegge kommunene tilsvarende plikter slå ulikt ut siden kommunene utgjør mindre forvaltningsenheter både administrativt og geografisk enn fylkene. Etter 1. januar 2020 vil fortsatt størrelsen på kommunene variere betydelig. Det lar seg derfor ikke gjøre å lage et systematisk skille mellom hva som er økonomiske og administrative konsekvenser av selve ansvarsoverføringen og hva som er konsekvenser av lovmodellen og de konkrete lovforslagene. Et eksempel på dette er ansvaret for å dekke utgifter til pasienttransport til og fra kommunale tannhelsetjenester. Forslaget forutsetter at det er kommunen selv som skal fastsette lokale forskrifter om utgiftsdekning slik som fylkeskommunene gjør i dag, samtidig som pasienter i små kommuner uten egen tannklinikkk må reise over kommunegrensene for å få den aktuelle tannbehandlingen. I kommuner med egne tannklinikker vil slike reiseutgifter kunne bli betydelig mindre. En videreføring på kommunalt nivå av det ansvaret fylkeskommunen har i dag, vil dermed kunne slå ulikt ut for den enkelte kommune, avhengig av kommunestørrelse, reiseavstand til nærmeste tannklinikkk mv.

Lovfesting av pasientens rett til nødvendig tannhelsehjelp i pasient- og brukerrettighetsloven, herunder barns rett til tannhelsekontroll, medfører i seg selv ingen endringer i gjeldende rett og har i utgangspunktet ikke økonomiske og administrative konsekvenser. Personer med rusavhengighet og innsatte i fengsler i kriminalomsorgen vil imidlertid få styrket sine rettigheter til tannhelsetjenester.

Private ytere av tannhelsetjenester berøres i liten grad av lovforslagene i denne proposisjonen. De forslagene som pålegger private plikter er i all hovedsak en videreføring av gjeldende rett. I likhet med det som gjelder i dag, er forslagene begrenset til å omfatte private tjenesteytere som har avtale med kommunen.

En del av forslagene vil ikke ha økonomiske og administrative konsekvenser i nevneverdig grad. Det gjelder særlig følgende forslag:

- Plikt til å utarbeide beredskapsplan

- Plikt til å yte bistand ved ulykker og andre akutte situasjoner
- Plikt til å registrere meldinger fra helsepersonell
- Plikt til å gi opplysninger til tilsynsmyndighetene
- Plikt til undervisning og praktisk opplæring
- Plikt til å medvirke til videre- og etterutdanning av private tjenesteytere som har avtale med kommunen
- Plikt til å medvirke til forskning
- Plikt til samarbeid med andre forvaltningsnivåer
- Ansvar for samordning av offentlig og privat tannhelsesektor
- Krav til anvendelse av reglene i forvaltningsloven kapittel II (inhabilitet) og III (alminnelige regler om saksbehandling) ved tildeling av tannhelsehjelp
- Krav til journal- og informasjonssystemer
- Regler om statlig tilsyn med kommunen.

Enkelte plikter vil i hovedsak være av administrativ karakter og kan føre til noe merarbeid for kommunene. Dette gjelder blant annet følgende forslag:

- Krav til brukermedvirkning på systemnivå
- Krav til systematisk arbeid med kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet
- Plikt til å informere pasienten om ulike ordninger i forbindelse med pasientskade påført i forbindelse med ytelse av tannhelsetjenester
- Krav til koordinering av deltjenester for personer med rett til individuell plan
- Utvidet krav til politiattest for alle som yter tannhelsetjenester etter loven, uavhengig av hvem de skal yte tjenester til
- Skjerpet taushetsplikt for personell som utfører rent administrative oppgaver i den kommunale tannhelsetjenesten
- Ansvar for dekning av utgifter til pasienttransport til og fra den kommunale tannhelsetjenesten.

Nedenfor gis det en omtale av andre sentrale forslag som kan ha økonomiske og administrative konsekvenser i ulik grad. Departementet vil vurdere dette nærmere i forbindelse med forberedelsene til oppgaveoverføringen og kommer tilbake til dette i budsjettsammenheng.

11.8.4.3 *Ansvar for tilgjengelige tannhelsetjenester*

Forslaget er nærmere omtalt under punkt 10.8.

Forslaget til endring av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 første ledd innebærer blant annet at det tas inn en bestemmelse om kommunens ansvar for å sørge for at tannhelsetjenester er tilgjengelige for alle som oppholder seg i kommunen. Forslaget er en videreføring av gjeldende rett. At formuleringen «i rimelig grad er tilgjengelige» ikke videreføres i helse- og omsorgstjenesteloven, vil ikke medføre at kommunen blir pålagt et større ansvar enn det ansvaret fylkeskommunen har i dag.

På landsbasis er det i gjennomsnitt 1 280 innbyggere per årsverk av allmenntannleger i offentlig og privat sektor, og i gjennomsnitt rundt 5 900 innbyggere per årsverk av tannpleiere. Befolkningens tilgjengelighet til allmenntannhelsetjenester ansees å være god, gitt at alle fylkeskommunale tannlegestillinger i distriktskommuner er besatt. Med dagens kommunestruktur er det om lag 115 kommuner hvor det enten ikke er fylkeskommunal tannklinikk (og sannsynligvis heller ikke privatpraktiserende tannlege), eller hvor den fylkeskommunale tannklinikken kun er delvis bemannet gjennom året. Avhengig av hvor mange små kommuner som slår seg sammen, vil konsekvensene kunne bli at flere kommuner må samarbeide med nabokommuner for å ivareta ansvaret for å sørge for at tannhelsetjenester er tilgjengelige for innbyggerne i kommunene, og for at personer med rett til nødvendig tannhelsehjelp får oppfylt sine rettigheter.

Opgaveoverføringen til kommunene vil i seg selv ikke endre befolkningens tilgjengelighet ettersom kommunene overtar den eksisterende fylkeskommunale tannhelsetjenesten. De mest aktuelle administrative og økonomiske konsekvenser for kommunene når det gjelder befolkningens tilgjengelighet til allmenntannhelsetjenester, er knyttet til rekruttering av tannhelsepersonell med nødvendig kompetanse til tannklinikene. Når det gjelder aktuelle konsekvenser angående ansvaret for tilgjengelighet til odontologiske spesialisttjenester, vises det til omtalen under punkt 10.19.5.

11.8.4.4 Ansvar for tannhelsetjenester til bestemte grupper

Forslaget er omtalt under punkt 10.9.

Forslaget til en egen bestemmelse i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 b om kommunens ansvar for å gi et regelmessig og oppsøkende tannhelsetilbud til bestemte grupper i befolkningen, innebærer i hovedsak en rettskildemessig og

språklig opprydding, forenkling og klargjøring i forhold til dagens situasjon.

Det er ikke hensiktsmessig å videreføre den uklare betegnelsen «grupper av eldre, langtids-syke og uføre». Denne betegnelsen foreslås erstattet av begrepet «personer» som er gjennomgående benyttet i helse- og omsorgstjenesteloven. Selv om endret begrepsbruk kan tilsi en utvidelse av personkretsen som har rettigheter til tannhelsehjelp, vil rettighetene fortsatt være begrenset ved at pasienten i tillegg må motta andre bestemte helse- og omsorgstjenester. Forslaget medfører dermed i seg selv ingen nevneverdig endring i gjeldende rett. Endringen av vilkåret om «hjemmesykepleie» til «helsetjenester i hjemmet i form av sykepleie» innebærer en videreføring av gjeldende rett og har ikke økonomiske konsekvenser.

Forslaget om å lovfeste ansvaret for å gi et tannhelsetilbud til personer med rusavhengighet, er i hovedsak en kodifisering og klargjøring av gjeldende praksis som i dag fremgår dels av lov, budsjettvedtak og rundskriv. Det samme gjelder forslaget om å spesifisere ansvaret for å sørge for et tannhelsetilbud til innsatte i fengsler i kriminalomsorgen. Finansieringen av tannhelsetjenester til innsatte foreslås videreført gjennom tilskuddsmidler, slik det gjøres for øvrige kommunale helsetjenester til fengselsinnsatte. Siden vilkårene for rett til tannhelsehjelp for rusavhengige i gjeldende rundskriv må fastsettes på nytt ved lovfesting, slik at de er i tråd med begrepsbruken i helselovgivningen om tjenester og rusbehandlingsformer, vil forslaget kunne medføre en utvidelse av rettighetene for denne gruppen. Dersom påbegynt tannbehandling skal fullføres etter avsluttet rusbehandling, kan dette tenkes å føre til merutgifter for kommunen. Samtidig er forutsetningen for å ha rett til fortsatt tannbehandling at den rusavhengige mottar andre kommunale helse- og omsorgstjenester, slik at pasienten uansett ville ha rett til tannbehandling på det grunnlaget. Flere fylkeskommuner har i høringen gitt tilbakemelding om at kostnadene til nødvendig tannhelsehjelp for disse personene vil bli høyere sammenlignet med dagens situasjon. Departementet vil foreta en nærmere gjennomgang av dette.

11.8.4.5 Ansvar for akutt tannhelsehjelp

Forslaget er omtalt under punkt 10.13.

Forslaget om at øyeblikkelig hjelp-bestemmelsene i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-5 første, andre og fjerde ledd gis anvendelse på tannhelse-tjenester, er i hovedsak en presisering og videreføring av gjeldende rett som følger indirekte av

tannhelsetjenesteloven §§ 1-1 og 2-1. Samtidig er bestemmelsene i § 3-5 så vidt utformet at de kan innebære en reell utvidelse i forhold til det ansvar fylkeskommunen har i dag for å sørge for at akutt tannbehandling er tilgjengelig for befolkningen i fylket. Forslaget pålegger ikke kommunen plikt til å organisere tilbud om akutt tannhelsehjelp som døgnåpen tannlegevakt. Med et fortsatt stort antall mindre kommuner vil ivaretagelsen av ansvaret for at akutttilbud er tilgjengelig for befolkningen i kommunen, kreve interkommunalt samarbeid og/eller samarbeid med private tjenesteytere. Forslaget kan dermed få økonomiske og administrative konsekvenser, avhengig av kommunestørrelse.

11.8.4.6 Ansvar for transport av behandlingspersonell

Forslaget er omtalt under punkt 10.16.1.

Forslaget om å lovfeste kommunens ansvar for å sørge for transport av behandlingspersonell og finansiering av transporten i forbindelse med tannhelsetjenester som den har ansvar for å tilby, er i hovedsak en kodifisering av gjeldende rett når det gjelder omfanget av det offentliges oppsøkende ansvar overfor bestemte pasientgrupper. Slik transport vil særlig være aktuell for personell som reiser til institusjoner og til pasienter i egen bolig for å kunne utføre pålagt undersøkelse, opplæring og eventuell behandling. Transportansvaret omfatter også tilfeller der private som yter tannhelsetjenester på vegne av kommunen må reise ut. Samtidig er transportansvaret begrenset til å omfatte pasienter innenfor de persongrupperne som kommunen har et oppsøkende ansvar for. I hvilken grad det blir merkostnader for kommunene vil langt på vei være avhengig av fylkeskommunens praksis ved tidspunktet for oppgaveoverføringen, og i hvilken grad kommunen er uten egen tannklinikk, det vil si om den er avhengig av at behandlingspersonell kommer fra tannklinikk i nabokommunene.

Kommunens utgiftsdekning i forbindelse med transport av tannhelsepersonell vil bli nærmere regulert i forskrift 19. mars 2003 nr. 1728 om dek-

ning av utgifter til transport av helsepersonell m.m. Et forslag til forskriftsendringer vil bli sendt på høring når lovforslagene i denne proposisjonen er vedtatt. Eventuelle økonomiske og administrative konsekvenser må vurderes i den forbindelse.

11.8.4.7 Utvidelse av pasient- og brukerombudsordningen

Forslaget er omtalt under punkt 10.21.8.

Forslaget medfører en utvidelse av pasient- og brukerombudenes arbeidsområde og plikten til gi informasjon, råd og veiledning. Som tidligere nevnt, mottok pasient- og brukerombudene om lag 95 saker vedrørende tannhelsetjenester i 2009. De fleste av disse sakene gjaldt klage over behandling hos private tannleger.

En utvidelse av pasient- og brukerombudsordningen vil medføre at kommunens ansvar for å sørge for å gi informasjon etter helse- og omsorgstjenesteloven § 4-2 a i tilfeller der pasienten blir påført skade eller alvorlige komplikasjoner i forbindelse med tannhelsehjelp, blir utvidet til å omfatte informasjon om adgangen til å henvende seg til pasient- og brukerombudet. Som det fremgår under punkt 10.15.5, vil ikke en utvidelse av informasjonsplikten føre til vesentlig merarbeid. Siden pasient- og brukerombudene i mange tilfeller fremstår som en megler mellom pasienten og det aktuelle helsepersonellet, vil en del saker trolig bli løst før saken tar form av en klage. Dette vil igjen kunne være ressursbesparende for kommunen.

Som nevnt foran gjelder et fåtall av henvendelsene til pasient- og brukerombudene i dag forhold knyttet til behandling i den fylkeskommunale tannhelsetjenesten. Det er etter dette ikke grunn til å tro at utvidelsen av pasient- og brukerombudsordningen til å omfatte kommunale tannhelsetjenester isolert sett vil ha økonomiske og administrative konsekvenser. Eventuelle kostnader ved en utvidelse av pasient- og brukerombudsordningen til også å omfatte kommunale tannhelsetjenester vil bli dekket innenfor departementets budsjettamme.

12 Merknader til lovforslaget

12.1 Lovendringer som det tas sikte på å sette i kraft fra 1. januar 2018

Folketrygdloven

Til § 5-8 Fysioterapi

Generelle merknader fremgår av kapittel 9.

Opphevelse av folketrygdloven § 5-8 tredje ledd første og andre punktum innebærer at det ikke lenger er et vilkår at medlemmet må være henvist fra lege, kiropraktor eller manuellterapeut for at trygden skal yte stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos fysioterapeut.

Vilkåret i folketrygdloven § 5-8 tredje ledd tredje punktum om at behandlingen må være av vesentlig betydning for medlemmets sykdom og funksjonsevne, videreføres.

Tannhelsetjenesteloven

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

Generelle merknader er gitt i kapittel 6.

Bestemmelsen tydeliggjør at fylkeskommunen, ved administrativ leder, fylkesrådmann og fylkestinget, har ansvar for å bidra til at vold og seksuelle overgrep kan forebygges, avdekkes og avverges ved ytelse av tannhelsetjenester.

Det stilles krav om at tannhelsetjenesten må organiseres på en slik måte at tjenesteyterne settes i stand til å forebygge, avdekke samt avverge vold og seksuelle overgrep. Ledelsens ansvar for å tilrettelegge tjenestene på en slik måte gjelder uavhengig om tjenestene ytes av fylkeskommunens ansatte eller av privatpraktiserende tannleger som fylkeskommunen inngår avtale med. Identifisering av personer som kan stå i fare for å bli utsatt for vold eller overgrep samt tidlig intervensjon vil være viktig arbeid i så måte.

Innholdet av begrepet vold beror på en totalvurdering hvor flere momenter må tas i betraktning. Omstendigheter rundt handlingen, særlig graden av voldsomhet og handlingens

karakter, vil være sentrale momenter ved vurderingen.

Seksuelle overgrep omfatter ulike former for seksuelle handlinger, herunder samleie, seksuell omgang og seksuell atferd. Seksuell trakassering og seksuelle krenkelser vil også være omfattet.

Spesialisthelsetjenesteloven

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

Generelle merknader er gitt i kapittel 6.

Bestemmelsen tydeliggjør at de regionale helseforetakene, ved styret og daglig leder, har ansvar for å bidra til at vold og seksuelle overgrep kan forebygges, avdekkes og avverges ved ytelse av spesialisthelsetjenester innenfor foretakets regionale ansvarsområde. Ledelsen ved de regionale helseforetakene må således sørge for at spesialisthelsetjenesten organiseres på en slik måte at tjenesteyterne blir i stand til å forebygge, avdekke samt avverge vold og seksuelle overgrep. Ledelsens ansvar for å tilrettelegge tjenestene på en slik måte gjelder uavhengig om tjenestene ytes av helseforetak som det regionale helseforetaket selv eier eller av helseinstitusjoner som mottar tilskudd fra de regionale helseforetakene. Identifisering av personer som kan stå i fare for å bli utsatt for vold eller overgrep samt tidlig intervensjon, vil være viktig arbeid i så måte.

Innholdet av begrepet vold beror på en totalvurdering hvor flere momenter må tas i betraktning. Omstendigheter rundt handlingen, særlig graden av voldsomhet og handlingens karakter, vil være sentrale momenter ved vurderingen.

Seksuelle overgrep omfatter ulike former for seksuelle handlinger, herunder samleie, seksuell omgang og seksuell atferd. Seksuell trakassering og seksuelle krenkelser vil også være omfattet.

Til ny § 2-5 c Kontaktleger

Generelle merknader fremgår av kapittel 7.

Gjeldende spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 c pålegger helseforetakene en plikt til å oppnevne kontaktleger for pasienter som har alvorlig sykdom, skade eller lidelse, og som har behov for behandling eller oppfølging fra spesialisthelsetjenesten av en viss varighet. Endringen av bestemmelsens ordlyd fra «helseforetak» til «helseinstitusjon som omfattes av denne loven» innebærer at det vil fremgå uttrykkelig av loven at plikten til å oppnevne kontaktleger gjelder både private og offentlige helseinstitusjoner som omfattes av spesialisthelsetjenesteloven.

Private avtalespesialister faller utenfor bestemmelsens virkeområde.

For øvrig medfører forslaget ingen materielle endringer i innholdet av retten til å få oppnevnt kontaktleger og plikten til å oppnevne kontaktleger.

Helse- og omsorgstjenesteloven

Til § 1-1 nr. 5

Generelle merknader er gitt i kapittel 5.

Forslaget tydeliggjør lovens formålsbestemmelse i § 1-1 nr. 5 slik at opplæring av pasienter, brukere og pårørende fremgår som et sentralt og selvstendig formål med loven.

Kommunens ansvar for opplæring følger allerede av flere lovbestemmelser, herunder helse- og omsorgstjenesteloven §§ 1-1 nr. 1 og nr. 3, 3-2 første ledd, 3-3, 3-8 og 6-2 nr. 2. Det vises også til helsepersonelloven § 4, samt pasient- og brukerrettighetsloven §§ 3-1 første ledd og 3-2. Disse bestemmelsene må ses i sammenheng for å klarlegge innholdet i og rekkevidden av kommunens plikt til nødvendig opplæring.

Til § 3-2 første ledd nr. 3 ny bokstav d

Generelle merknader fremgår av kapittel 8.

Forslaget tydeliggjør kommunens ansvar for psykososial beredskap og oppfølging i en akutt situasjon og i en oppfølgingsfase etterpå. Kommunen vurderer selv hvordan den organiserer det psykososiale tilbudet.

Til § 3-2 andre ledd

Generelle merknader er gitt i kapittel 3.

I *andre ledd første punktum* foreslås lovfesting av kompetansekrav i form av opplisting av hvilken kjernekompetanse enhver kommune må ha knyttet til seg. Av bestemmelsen fremgår at kommunen må ha knyttet til seg leger, sykepleiere, fysioterapeuter, jordmor og helsesøster. Listen vil ikke være uttømmende for hva slags kompetanse eller

hvilke fagprofesjoner den enkelte kommune må sørge for. For mange pasienter og brukere vil nødvendige helse- og omsorgstjenester bestå av summen av ulike delbidrag fra en rekke fagprofesjoner. Det kommunale ansvaret for helse- og omsorgstjenesten er omfattende og sammensatt. Kommunene må ofte ha tilgang på et vidt spekter av personell med ulik kompetanse for å kunne utøve det kommunale ansvaret på en forsvarlig måte.

Utover den kjernekompetanse som en lovfestet liste innebærer, må kommunen vurdere hva slags personell det er nødvendig å ansette eller inngå avtale med for å kunne oppfylle sitt ansvar for å sørge for et forsvarlig og nødvendig tilbud av helse- og omsorgstjenester. En opplisting av kjernekompetanse vil ikke endre på det tjenestetilbudet kommunen ellers har plikt til å tilby.

Begrepet «knyttet til seg» betyr at kommunen ikke nødvendigvis må ansette personell med den aktuelle kjernekompetansen i kommunale stillinger. I tråd med prinsippet i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 femte ledd må den enkelte kommune selv vurdere om den ønsker å ansette personell i kommunal heltids- eller deltidsstilling, eller om den heller ønsker å inngå avtale om kjøp av enkeltstående tjenester fra privatpraktiserende personell eller personell ansatt i en annen kommune. Det er opp til den enkelte kommune å vurdere hvilken tilknytningsform som er mest hensiktsmessig. Forutsetningen er at kommunen ivaretar sitt ansvar for å sørge for nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester til pasienter og brukere i kommunen.

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

Generelle merknader er gitt i kapittel 6.

Bestemmelsen tydeliggjør at kommuneledelsen, ved administrasjonssjefen (rådmannen) og kommunestyret, har ansvar for å bidra til at vold og seksuelle overgrep kan forebygges, avdekkes og avverges ved ytelse av helse- og omsorgstjenester. Kommuneledelsen må således sørge for at de kommunale helse- og omsorgstjenestene organiseres på en slik måte at tjenesteyterne blir i stand til å forebygge, avdekke samt avverge vold og seksuelle overgrep. Ledelsens ansvar for å tilrettelegge tjenestene på en slik måte gjelder uavhengig om tjenestene ytes av kommunen selv eller av andre offentlige og private tjenesteytere som kommunen inngår avtale med. Identifisering av personer som kan stå i fare for å bli utsatt for

vold eller overgrep samt tidlig intervensjon vil være viktig arbeid i så måte.

Til § 5-11 Veiledningsplikt overfor spesialisthelsetjenesten

Generelle merknader fremgår av kapittel 4.

Personell som yter tjenester omfattet av helse- og omsorgstjenesteloven, får en plikt til å veilede spesialisthelsetjenesten. Plikten omfatter både ansatt personell og private tjenesteytere omfattet av helse- og omsorgstjenesteloven.

Bestemmelsen tilsvarer i all hovedsak den veiledningsplikten som spesialisthelsetjenesten har overfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 6-3.

Plikten omfatter ethvert tiltak som angår pasienters fysiske eller psykiske helse dersom informasjonen er påkrevd for at spesialisthelsetjenesten skal kunne løse sine lovpålagte oppgaver. Veiledningsplikten omfatter både generell veiledning, veiledning knyttet til bestemte grupper og enkeltpasienter eller enkeltbrukere.

12.2 Lovendringer som det tas sikte på å sette i kraft fra 1. januar 2020

Helse- og omsorgstjenesteloven

Til § 1-2 Lovens virkeområde

Generelle merknader er gitt i punkt 10.6.2.

Betegnelsen «tannhelsetjenester» inngår i samlebegrepet «helse- og omsorgstjenester» og omfattes dermed av virkeområdet for helse- og omsorgstjenesteloven. I *første ledd* er det av pedagogiske hensyn tatt inn en presisering av lovens saklige virkeområde, slik at det klart fremgår at loven også gjelder tannhelsetjenester som tilbys eller ytes av kommunen eller av private tjenesteytere som har avtale med kommunen.

Det vises for øvrig til spesielle merknader til § 1-2 i Prop. 91 L (2010–2011) *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)* side 485.

Til § 3-1 Kommunens overordnede ansvar for helse- og omsorgstjenester

Generelle merknader er gitt i punkt 10.8.

I *første ledd andre punktum* presiseres at kommunens generelle ansvar for tannhelsetjenester også omfatter odontologiske spesialisttjenester. Bestemmelsen er i hovedsak en videreføring av

fylkeskommunens ansvar etter tannhelsetjenesteloven § 1-1 første ledd. Begrepet «sørge for» pålegger kommunen ansvar for at tannhelsetjenester gjøres tilgjengelig for alle som oppholder seg i kommunen. For at tannhelsetjenester skal være «tilgjengelige» må kommunen skaffe seg oversikt over det samlede tilbudet av tannhelsetjenester i kommunen, inkludert tilbudet til private tjenesteytere. Tilgjengeligheten må vurderes ut fra faktorer som for eksempel befolkningens behov, kvalifisert bemanning av tannklinikker, spesialistkompetanse, åpningstider, ventetid på behandling og tilbudet av offentlig transport. Bestemmelsen pålegger ikke kommunen en plikt til selv å yte tjenestene, men kommunen må påse at det finnes et tilbud. Det vises også til de spesielle merknadene til § 3-2 b.

Det vises for øvrig til spesielle merknader til § 3-1 inntatt i Prop. 91 L (2010–2011) *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)* side 486–487.

Til § 3-2 Kommunens ansvar for helse- og omsorgstjenester

Generelle merknader er gitt i kapittel 3, punkt 10.8 og punkt 10.11.2.

I opplistingen av tjenester i *første ledd* er det i *nytt nummer 7* tydeliggjort at tannhelsetjenester er blant de spesifikke tjenester som kommunen som et minimum skal tilby.

I *andre ledd første punktum* foreslås lovfesting av kompetansekrav i form av opplisting av hvilken kjernekompetanse enhver kommune må ha knyttet til seg. Av bestemmelsen fremgår at kommunen må ha knyttet til seg lege, sykepleier, fysioterapeut, jordmor, helsesøster, ergoterapeut, psykolog og tannlege. Krav om kompetanse knyttet til de fem første yrkesgruppene skal i henhold til forslaget tre i kraft 1. januar 2018, mens kompetansekrav knyttet til de tre siste yrkesgruppene skal i henhold til forslaget tre i kraft 1. januar 2020. Listen vil ikke være uttømmende for hva slags kompetanse eller hvilke fagprofesjoner den enkelte kommune må sørge for. Utover den kjernekompetanse som en lovfestet liste innebærer, må kommunen vurdere hva slags personell det er nødvendig å ansette eller inngå avtale med for å kunne oppfylle sitt ansvar for å sørge for et forsvarlig og nødvendig tilbud av helse- og omsorgstjenester. Begrensningen i å lovfeste krav til at kommunen må ha tilknyttet tannlege, ligger imidlertid i at kommunen for eksempel ikke kan velge å knytte til seg tannpleier i stedet for tannlege,

dersom dette medfører at kommunen faktisk ikke har tilgang på tannlegerressurser.

Begrepet «knyttet til seg» betyr at kommunen ikke nødvendigvis må ansette personell med den aktuelle kjernekompetansen i kommunale stillinger. I tråd med prinsippet i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 femte ledd må den enkelte kommune selv vurdere om de ønsker å ansette personell i kommunal heltids- eller deltidsstilling, eller om de heller ønsker å inngå avtale om kjøp av enkeltstående tjenester fra privatpraktiserende personell eller personell ansatt i en annen kommune. Det er opp til den enkelte kommune å vurdere hvilken tilknytningsform som er mest hensiktsmessig. Forutsetningen er at kommunene ivaretar sitt ansvar for å sørge for nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester til pasienter og brukere i kommunen.

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

Generelle merknader er gitt i punkt 10.9.

Bestemmelsene i § 3-2 b tilsvarende i hovedsak tannhelsetjenesteloven § 1-3, med enkelte tilføyelser.

Oppregningen i første ledd angir de persongrupper som kommunen har ansvar for å gi et regelmessig og oppsøkende tannhelsetilbud til. Et minimumskrav for at tilbudet kan sies å være «opsøkende» er at tilbudet gjøres kjent for personer som har rettigheter til nødvendig tannhelsehjelp. Kommunen må gjøre en aktiv innsats for at tilbudet så langt som mulig faktisk når frem til aktuelle målgrupper, for eksempel ved å spre informasjon på sykehjem mv. Begrepet «regelmessig» forutsetter en viss kontinuitet og hyppighet i tilbudet, for eksempel i form av innkallinger med faste intervaller som fastsettes individuelt i det enkelte tilfelle.

Nummer 1 omhandler barn og ungdom fra 0 til og med det året de fyller 20 år. Bestemmelsen er en sammenslåing og videreføring av bestemmelsene i tannhelsetjenesteloven § 1-3 første ledd bokstav a og d. Av hensyn til forenkling og likebehandling er begrepet «behandlingsåret» i tannhelsetjenesteloven ikke videreført. I tråd med dagens praksis legges det i stedet til grunn at kommunens ansvar strekker seg ut det kalenderåret hvor pasienten fyller 20 år, uavhengig av pasientens fødselsdato. For de som er født tidlig på året, betyr det at de har rett til nødvendig tannhelsehjelp fra kommunen nesten helt frem til de fyller 21 år.

Nummer 2 omhandler personer med psykisk utviklingshemming, uavhengig om de oppholder seg i institusjon eller ikke. Bestemmelsen er en videreføring av bestemmelsen i tannhelsetjenesteloven § 1-3 første ledd bokstav b. Begrepet «psykisk utviklingshemming» indikerer at det ikke er tilstrekkelig med nedsatt funksjonsevne av rent fysisk art for å ha rett til nødvendig tannhelsehjelp fra kommunen.

Nummer 3 omhandler personer som oppholder seg i helseinstitusjon. Bestemmelsen viderefører deler av bestemmelsen i tannhelsetjenesteloven § 1-3 første ledd bokstav c. Begrepet «personer» benyttes gjennomgående i helse- og omsorgstjenesteloven og erstatter formuleringen «grupper av eldre, langtidssyke og uføre» i tannhelsetjenesteloven, uten at dette i seg selv medfører en utvidelse av personkretsen som omfattes av kommunens ansvar. Det avgjørende for retten til nødvendig tannhelsehjelp er fortsatt hvorvidt den aktuelle personen mottar andre helse- og omsorgstjenester fra kommunen eller spesialisthelsetjenesten. Bestemmelsen i nummer tre omfatter institusjoner både innenfor kommunen og i spesialisthelsetjenesten, enten institusjonene eies og drives av kommunen eller det regionale helseforetaket selv eller av private gjennom avtale med henholdsvis kommunen eller helseforetak. Det er bare helseinstitusjoner som omfattes av bestemmelsen i nummer 3. Med «helseinstitusjon» siktes det til institusjon som har sengeplasser for døgnopphold. Bestemmelsen er ikke ment å omfatte behandling ved poliklinikk eller andre former for behandling som ikke medfører innleggelse i institusjon, for eksempel dagkirurgisk behandling. Heller ikke innleggelse i kommunale døgnplasser som opprettes for å tilby øyeblikkelig hjelp, vil kvalifisere for rett til tannhelsehjelp etter denne bestemmelsen, ettersom dette tjenestetilbudet ikke er ment å vare utover noen få dager.

Nummer 4 omhandler personer som mottar helsetjenester i hjemmet fra kommunen, men begrenset til sykepleie, jf. nærmere omtale i punkt 10.9.5.4. Med «sykepleie» menes lettere behandling, sårbehandling, legemiddelhåndtering mv. Også psykiatrisk sykepleie omfattes. Bestemmelsen viderefører den delen av bestemmelsen i tannhelsetjenesteloven § 1-3 første ledd bokstav c som omfatter kommunens ansvar for tannhelsehjelp til personer som mottar hjemmesykepleie. Personer som mottar andre helsetjenester i hjemmet enn sykepleie, som for eksempel fysioterapi, omfattes ikke av bestemmelsen.

Nummer 5 bokstav a til c lovfester kommunens ansvar for å gi et regelmessig og oppsøkende

tannhelsetilbud til personer med rusavhengighet. Bestemmelsene kodifiserer det ansvar fylkeskommunen har i dag for denne gruppen basert på Stortingets budsjettvedtak og departementets retningslinjer. Personer under 21 år med rusavhengighet vil falle inn under bestemmelsen i nr. 1. Rusavhengige som er innlagt i helseinstitusjon for behandling som ikke nødvendigvis har med rusavhengigheten å gjøre, vil kunne omfattes av bestemmelsen i nummer 3. Personer med rusavhengighet som mottar helsetjenester i hjemmet i form av sykepleie, vil omfattes av den generelle bestemmelsen i nummer 4. Rusavhengige som mottar personlig assistanse, herunder praktisk bistand, støttekontakt eller som har plass i kommunal institusjon, herunder sykehjem, vil ha rett til tannhelsehjelp fra kommunen etter bestemmelsen i *bokstav a*. *Bokstav b og c* omfatter personer som er under legemiddelassistert rehabilitering (LAR) eller annen tverrfaglig spesialisert behandling for rusavhengighet. Rusavhengige som er innsatt i fengsel i kriminalomsorgen, vil falle inn under bestemmelsen i nr. 6.

Nummer 6 lovfester kommunens ansvar for å gi et regelmessig og oppsøkende tannhelsetilbud til innsatte i fengsler i kriminalomsorgen. Bestemmelsene kodifiserer det ansvar fylkeskommunen har i dag for denne gruppen basert på Stortingets budsjettvedtak og departementets retningslinjer. Bestemmelsen må ses i sammenheng med vertskommunens generelle ansvar for tilbud om helse- og omsorgstjenester for denne gruppen i § 3-9.

Andre ledd slår fast at kommunen ut fra eget skjønn har adgang til å vedta at andre grupper enn de som fremgår av første ledd nr. 1 til 6 skal gis et regelmessig og oppsøkende tannhelsetilbud. Bestemmelsen er i sin helhet en videreføring av bestemmelsen i tannhelsetjenesteloven § 1-3 første ledd bokstav e. Fylkeskommunale vedtak som foreligger på tidspunktet for overføring av ansvaret for tannhelsetjenester vil ikke være bindende for kommunene. Eventuelle endringer i tilbudet må følge forvaltningslovens regler om alminnelig høring av forskrifter (forhåndsvarsling).

Tredje ledd viderefører bestemmelsen i tannhelsetjenesteloven § 1-3 tredje ledd. Utgangspunktet er at kommunen har adgang til å yte tannhelsetjenester mot betaling til voksne som ikke omfattes av gruppene nevnt i første ledd nr. 1 til 6 eller av vedtak etter andre ledd. I kommuner der det i visse geografiske områder innenfor kommunens grenser ikke foreligger annet tilstrekkelig tilbud fra private tjenesteytere, har imidlertid kommunen plikt til å gi et tannhelsetilbud også til den voksne delen av befolkningen. Det er i forskrift

fastsatt nærmere regler om hvilke forhold som kommunen skal vektlegge ved vurderingen av om det foreligger et fungerende marked for tannhelsetjenester. Det vises forøvrig til de spesielle merknadene til § 11-6.

Til § 3-4 Kommunens plikt til samhandling og samarbeid

Generelle merknader er gitt i punkt 10.12.

Bestemmelsen i *andre ledd* viderefører samordningsansvaret som fylkeskommunen er pålagt etter tannhelsetjenesteloven § 1-4 på kommunalt nivå. Kommunen får ansvar for å samordne offentlige og private tannhelsetjenester. Samordningen skal blant annet sikre at kommunen får oversikt over tilgjengeligheten av tannhelsetjenester for hele befolkningen i kommunen. Bestemmelsen angir ikke hvilke virkemidler kommunen har for å samordne virksomheten, men planlegging er et sentralt virkemiddel. Bestemmelsen må ses i sammenheng med § 3-1 tredje ledd, hvor det fremgår at kommunen har plikt til å planlegge mv. virksomheten slik at tjenestenes omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift. Bestemmelsen må også ses i sammenheng med § 5-8 som gir hjemmel for at kommunen kan pålegge helsepersonell som arbeider innenfor loven å gi opplysninger til bruk for planlegging mv. av den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Til § 11-1 Kommunens ansvar for utgifter

Generelle merknader er gitt i punkt 10.19.1 og 10.19.3.

Tredje ledd slår fast at dersom pasientens utgifter til tannhelsetjenester helt eller delvis skal dekkes av kommunen, må den private tjenesteyteren ha avtale med kommunen. Bestemmelsen viderefører det ansvaret fylkeskommunen er pålagt etter tannhelsetjenesteloven § 5-1 andre ledd.

Fjerde ledd er en videreføring av bestemmelsen i tannhelsetjenesteloven § 5-1 tredje ledd og pålegger kommunen ansvar for å dekke reiseutgifter samt å gi lokale forskrifter om den nærmere utgiftsdekningen. Lokale forskrifter fastsatt av fylkeskommunen som foreligger på tidspunktet for overføring av ansvaret for tannhelsetjenester, vil ikke være bindende for den enkelte kommune.

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

Generelle merknader er gitt i punkt 10.19.4.

Bestemmelsen er en videreføring av fylkeskommunens plikt etter tannhelsetjenesteloven § 5-3 på kommunalt nivå, jf. § 1-3 tredje ledd. Bestemmelsen er nærmere omtalt i Prop. 16 L (2014–2015) *Endringer i tannhelsetjenesteloven (tiltak for å unngå krysssubsidiering)*. Det er fastsatt nærmere bestemmelser om plikten til å føre separate regnskaper i forskrift 19. desember 2014 nr. 1820 om krav til føring av atskilte regnskaper mv.

Til lovvedtakets del IV nr. 2 om overgangsbestemmelser ved overføring av tannhelsetjenester til kommunen

Generelle merknader er gitt i punkt 10.22.

Bestemmelsene i lovvedtakets del IV nr. 2 er nye i forhold til gjeldende rett og regulerer det økonomiske oppgjøret ved virksomhetsoverdragelsen i forbindelse med overføringen av ansvaret for tannhelsetjenester fra fylkeskommunen til kommunen.

Første ledd første punktum slår fast at alle avtale- og formuesposisjoner på fylkeskommunens hånd som utgangspunkt skal overføres til kommunene, som får rett og plikt til å overta disse. Bestemmelsen skal sikre at kommunene blir i stand til å ivareta ansvaret for tannhelsetjenester på en forsvarlig måte. Bestemmelsen slår videre fast at overføringen må besluttes ved lov, som følge av at staten ikke kan gripe inn i fylkeskommunens og kommunens rettsforhold uten hjemmel i lov. Overføringen som sådan kan ikke i sin helhet baseres på avtaler mellom partene. Videre fastsetter bestemmelsen at overføringen skal skje til den kommune der virksomheten er geografisk lokalisert. Se imidlertid merknadene til bestemmelsen i fjerde ledd, hvor det åpnes for å gjøre unntak fra dette prinsippet. I *første ledd andre punktum* er det presisert at overtakelsen omfatter alle eiendeler, rettigheter og plikter, inkludert tannklinikker og regionale odontologiske kompetansesentre. Dette omfatter både eierforhold til klinikker som er i fylkeskommunens eie samt leiekontrakter om klinikkløkalere som fylkeskommunen tidligere har inngått. Det overlates til fylkeskommunene og kommunene å avtale nærmere hvilke konkrete avtale- og formuesposisjoner som skal omfattes av overføringen. Av *første ledd tredje punktum* fremgår at overføringen skal følge kontinuitetsprinsippet. Det betyr at eierskifte til fast eiendom ikke regnes som en hjemmelsoverføring etter tinglysningsreglene i dokumentavgiftsloven. Dermed utløses ikke plikt til å betale dokumentavgift ved overdragelse av

fast eiendom mv. Bestemmelsen i *første ledd fjerde punktum* slår fast at overføringen skal skje uten at kommunen pålegges å betale vederlag til fylkeskommunen.

Andre ledd fastsetter at kommunen overtar fylkeskommunens partsstilling i avtaler som er inngått mellom fylkeskommunen og private tannleger eller andre private tjenesteytere. Bestemmelsen skal sikre mot driftsavbrudd i tjenesteytingen av hensyn til pasientene ved at inngåtte kontrakter om å yte tannhelsetjenester på vegne av fylkeskommunen videreføres med kommunen som debitor. Når det gjelder debitorskifte i andre kontraktsforhold knyttet til ulike administrative tjenester hvor fylkeskommunen er part, reguleres dette av bestemmelsen i første ledd første punktum.

Tredje ledd slår fast at forutsetningen for vederlagsfri overføring er at kommunen overtar fylkeskommunens gjeldsansvar.

Fjerde ledd åpner for at den kommune der virksomheten er lokalisert kan avtale en annen løsning når det gjelder eierskap til virksomheten enn det som følger av bestemmelsen i første ledd første punktum. Bestemmelsen åpner for eksempel for at fylkeskommunen kan beholde eiendomsretten til tannklinikker, men i stedet inngå avtale med den aktuelle kommunen om leie av lokalene og utstyr. Bestemmelsen tar høyde for tilfeller der en overføring av eiendomsretten vil få uheldige eller urimelige utslag. Bestemmelsen er kun knyttet til eiendomsrett og gir ikke generell fullmakt til å fravike endringslovens regulering av overføringen i lovvedtakets del IV nr. 2.

Pasient- og brukerrettighetsloven

Til § 1-3 Definisjoner

Generelle merknader er gitt i punkt 10.21.1.

Bestemmelsen i *bokstav d* er justert som følge av at begrepet «tannhelsetjenesten» ikke lenger vil ha selvstendig betydning.

Til § 2-1 a Rett til nødvendig helsehjelp fra kommunens helse- og omsorgstjeneste

Generelle merknader er gitt i punkt 10.21.2.

Bestemmelsen i *tredje ledd* er en presisering av at tannhelsetjenester ikke er omfattet av bestemmelsene i pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 a første og andre ledd. Bestemmelsen henviser i stedet til ny § 2-1 f som i sin helhet regulerer retten til nødvendig tannhelsehjelp fra kommunen. Det er behov for særregulering av rettigheter til tannhelsehjelp for å unngå utilsik-

tede rettsvirkninger av en felles regulering med andre kommunale helse- og omsorgstjenester i § 2-1 a.

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

Generelle merknader er gitt i punkt 10.21.2.

Bestemmelsen viderefører de rettigheter som i dag følger av tannhelsetjenesteloven § 2-1 første ledd og er forbeholdt pasient- og brukergrupper som nevnt i § 3-2 b. Rettigheter til tannhelsehjelp korresponderer med kommunens plikt til å gi nødvendige tannhelsetjenester, herunder et regelmessig og oppsøkende tannhelsetilbud, til grupper i § 3-2 b. Retten til nødvendig tannhelsehjelp inkluderer tannbehandling ved akutt behov. Når det gjelder hva som kan regnes som akutt tannbehandlingsbehov, vises det til punkt 10.13.

Til § 6-1 Barns rett til helsekontroll

Generelle merknader er gitt i punkt 10.21.6.

Første ledd presiserer at helsekontroll også omfatter tannhelsekontroll. Bestemmelsen er en videreføring av gjeldende rett.

Til § 7-4 Anmodning om vurdering av mulig pliktbrudd

Generelle merknader er gitt i punkt 10.21.7.

Bestemmelsen i *første ledd* er justert som følge av at tannhelsetjenesteloven foreslås opphevet.

Merverdiavgiftsloven

Til § 3-2 Helsetjenester mv.

Henvisningen til «tannhelsetjenesteloven» tas ut av § 3-2 som følge av forslaget om å oppheve loven. Den øvrige delen av unntaksbestemmelsen i merverdiavgiftsloven § 3-2 første ledd bokstav b som omhandler tanntekniske tjenester, flyttes til bestemmelsen i § 3-2 første ledd bokstav a. Tannhelsetjenester som i dag er omfattet av tannhelse- tjenesteloven, vil med oppgaveoverføringen fort-

satt være omfattet av unntaket for merverdiavgift for omsetning og formidling av helsetjenester som følge av at tannhelsetjenester vil falle inn under helse- og omsorgstjenesteloven. Dette følger av henvisningen til helse- og omsorgstjenesteloven i merverdiavgiftsloven § 3-2 første ledd bokstav a. Forslaget medfører derfor ingen realitetsendring i forhold til gjeldende rett.

Folkehelseloven

Til § 21 Oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer i fylket

Generelle merknader er gitt i punkt 10.10.

I *første ledd bokstav b* tas henvisningen til «tannhelsetjenesten» ut som følge av at tannhelse- tjenester ikke lenger vil være en del av fylkeskom- munens lovpålagte virksomhet. Fylkeskommunen vil fortsatt kunne basere oversikten på relevant kunnskap fra kommunene og fra fylkeskommunens egen virksomhet som har betydning for folkehelsen.

Pasientjournalloven

Til § 14 Registrering og melding av helseopplysninger

I *første ledd* tas henvisningen til «tannhelsetje- nesteloven» ut som følge av forslaget om å opp- heve denne loven.

Helseregisterloven

Til § 8 Vilkår for etablering av helseregistre ved forskrift

I *tredje ledd* tas henvisningen til «tannhelsetje- nesteloven» ut som følge av forslaget om å opp- heve loven.

Til § 13 Innmelding av helseopplysninger til helsere- gistre

I *første ledd* tas henvisningen til «tannhelsetje- nesteloven» ut som følge av forslaget om opphe- ving av loven.

Endringer i helselovgivningen
(overføring av det offentlige tannhelsetjenesteansvaret, lovfesting av kompetansekrav m.m.)

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 helselovgivningen (overføring av det offentlige tannhelsetjenesteansvaret, lovfesting av kompetansekrav m.m.).

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 helselovgivningen (overføring av det offentlige tannhelsetjenesteansvaret, lovfesting av kompetansekrav m.m.) i samsvar med et vedlagt forslag.

Forslag

til lov om endringer i helselovgivningen (overføring av det offentlige tannhelsetjenesteansvaret, lovfesting av kompetansekrav m.m.)

I

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

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

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

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

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

Ny § 2-1f skal lyde:

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

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

§ 2-5c første, andre og tredje ledd første punktum skal lyde:

Helseinstitusjon som omfattes av denne loven skal oppnevne kontaktleger for pasienter som har alvorlig sykdom, skade eller lidelse, og som har behov for behandling eller oppfølging av spesialisthelsetjenesten av en viss varighet.

Helseinstitusjon som omfattes av denne loven, skal peke ut kontaktleger for pasienten så snart

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

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

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

§ 1-1 nr. 5 skal lyde:

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

§ 3-2 første ledd nr. 3 skal lyde:

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

- a. legevakt,
- b. heldøgns medisinsk *akuttberedskap*,
- c. medisinsk nødmeldetjeneste og
- d. *psykososial beredskap og oppfølging*.

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

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

Nåværende første punktum blir andre punktum.

Ny § 3-3 a skal lyde:

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

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

Ny § 5-11 skal lyde:

§ 5-11 Veiledningsplikt overfor spesialisthelsetjenesten

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

II

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

§ 1-3 bokstav d skal lyde:

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

§ 2-1 a nytt tredje ledd skal lyde:

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

Nåværende tredje til femte ledd blir fjerde til sjette ledd.

Ny § 2-1 f skal lyde:

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

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

§ 6-1 første ledd skal lyde:

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

§ 7-4 første ledd første punktum skal lyde:

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

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

§ 3-2 første ledd bokstav a skal lyde:

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

§ 3-2 første ledd bokstav b oppheves.

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

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

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

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

§ 1-2 første ledd skal lyde:

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

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

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

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

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

§ 3-2 andre ledd første punktum skal lyde:

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

Ny § 3-2 b skal lyde:

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

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

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

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

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

§ 3-4 nytt andre ledd skal lyde:

Kommunen har ansvar for å samordne kommunal og privat tannhelsevirksomhet.

Nåværende andre ledd blir tredje ledd.

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

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

§ 11-1 nytt fjerde ledd skal lyde:

Kommunen skal dekke utgifter til reise for pasienter som får tilbud om tannhelsetjenester

etter § 3-2 b. Kommunen skal gi forskrift med nærmere bestemmelser om utgiftsdekningen.

Nåværende fjerde til sjette ledd blir femte til syvende ledd.

Ny § 11-6 skal lyde:

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

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

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

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

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

§ 8 tredje ledd skal lyde:

Registrene skal ivareta oppgaver etter apotekloven, folkehelseloven, helse- og omsorgstjenesteloven, legemiddeloven, smittevernoven og *spesialisthelsetjenesteloven*.

§ 13 første ledd skal lyde:

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

Endringer i helselovgivningen
(overføring av det offentlige tannhelsetjenesteansvaret, lovfesting av kompetansekrav m.m.)

III

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

IV

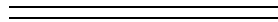
1. Loven gjelder fra det tidspunkt Kongen bestemmer. Kongen kan sette i kraft de enkelte bestemmelsene i loven til forskjellig tid.
2. Fra og med ikraftsetting av lovendringer i del II har den kommune hvor virksomheten er lokalisert rett og plikt til å overta alle formuesposisjoner som er knyttet til virksomheter innenfor den fylkeskommunale tannhelsetjenesten, herunder offentlige tannklinikker og regionale odontologiske kompetansesentre. Overtakelsen skal omfatte alle eiendeler, rettigheter og plikter som er knyttet til virksom-

hetene. Overføringen gjennomføres med kontinuitet i rettighets- og forpliktelsesposisjoner. Overdragelsen skjer vederlagsfritt.

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

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

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



Bestilling av publikasjoner

Offentlige institusjoner:

Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon

Internett: www.publikasjoner.dep.no

E-post: publikasjonsbestilling@dss.dep.no

Telefon: 22 24 00 00

Privat sektor:

Internett: www.fagbokforlaget.no/offpub

E-post: offpub@fagbokforlaget.no

Telefon: 55 38 66 00

Publikasjonene er også tilgjengelige på

www.regjeringen.no

Trykk: 07 PrintMedia AS – 03/2017

