

Rapport fra arbeidsgruppe for gjennomgang av regelverk som hindrer kommuner i drive kostnadseffektive ressurskrevende tjenester

Innhold

1. Bakgrunn.....	2
2. Rammer for arbeidet	2
2.1 Sammensetning	2
2.2 Mandat	2
2.3 Om arbeidet.....	2
3. Innledende bemerkninger og avgrensninger	2
4. Om helse- og omsorgstjenesten	3
5. Kort om gjeldende rett.....	5
6. Kort om toppfinansieringsordningen for ressurskrevende tjenester	7
7. Utfordringsbilde beskrevet av KS	9
7.1. Særlig om veksten i sektoren og bemanningsutfordringene	9
7.3 Regelverk som hindrer kostnadseffektivitet	9
7.3.1 Statens egen organisering av arbeidet med lovverk rettet mot kommunesektoren	10
7.3.2 Lovstruktur – det samlede regelverket	10
7.3.4 Rettighetsfesting.....	12
7.3.5 Statlig klagebehandling	14
7.3.6 Øvrige statlige styringssignaler	18
7.4 Særlig om enkeltregler som hindrer kostnadseffektive løsninger.....	19
7.4.1 Regler knyttet til utforming av bygningsmasse	19
7.4.2 Dagaktivitetstilbud	20
7.4.3 Tvangsregelverk	21
7.4.4 Psykisk helse og rus.....	22
7.4.5 Oppsummering	24

1. Bakgrunn

I bilateralt konsultasjonsmøte mellom KS og KMD 21. oktober 2020, ble det avtalt å nedsette en administrativ arbeidsgruppe med representanter fra KMD, HOD, FIN og KS for å se på ev. hindringer i regelverket for at kommunene kan redusere kostnadene til ressurskrevende tjenester.

2. Rammer for arbeidet

2.1 Sammensetning

KS: Anne Gamme, Helga Birgitte Aasdalen, Anette Olsen, Solfrid Vaage Haukaas og Tomasz Edsberg (Kommuneadvokat, Bærum kommune).

Kommunal- og distriktsdepartementet (KDD): Arild Kormeseth (leder), Helga Aanderaa.

Finansdepartementet (FIN): Karoline Kongshaug, Susann Strømsvåg.

Helse- og omsorgsdepartementet (HOD): Liv Klyve, Kjersti Sandem.

2.2 Mandat

Arbeidsgruppen er gitt følgende mandat:

KS har pekt på at det finnes regelverk som er til hinder for at kommunene kan drive kostnadseffektivt innenfor ressurskrevende tjenester. Arbeidsgruppen skal identifisere konkrete elementer i regelverk som begrenser kommunenes mulighet for å drive kostnadseffektive tilbud til ressurskrevende tjenestemottakere. Gruppen skal ikke gå gjennom utformingen av selve toppfinansieringsordningen for ressurskrevende tjenester.

KS ønsker innledningsvis å presisere at forslaget om å etablere en arbeidsgruppe, ikke er begrunnet i en avgrensning mot den øremerkede finansieringsordningen for ressurskrevende tjenester spesielt, men er rettet mot regelverket for helse- og omsorgstjenestene generelt.

2.3 Om arbeidet

Arbeidsgruppen ble satt ned høsten 2020.

Ressurssituasjonen, særlig i HOD, var presset som følge av Covid-19-pandemien. Arbeidsgruppens oppstart ble derfor utsatt til høsten 2021.

Jarle Tollaksen (FIN) deltok på det første møtet og ble erstattet av Susann Strømsvåg i januar 2022.

Arbeidsgruppen har avholdt 5 møter. Etter det siste møtet i arbeidsgruppen, har KS omarbeidet kapittel 7, etter avtale. I tillegg har tekst blitt tatt ut og ny tekst er lagt inn.

3. Innledende bemerkninger og avgrensninger

Arbeidsgruppen er satt ned på bakgrunn av innspill fra KS. KS har pekt på at fastsatt regelverk, og statlige myndighets oppfølging av dette regelverket, hindrer at kommunene kan drive

kostnadseffektivt innenfor ressurskrevende tjenester. HOD vil innledningsvis presisere at kommuner og fylkeskommuner er selvstendige, folkevalgte og selvstyrte organer. Det følger både av Grunnloven § 49, 2. ledd og kommuneloven § 2-1, siste ledd at dersom staten skal pålegge kommuner oppgaver eller plikter må dette gjøres gjennom lov eller forskrift (legalitetsprinsippet). Rutiner for involvering av KS for statlig initierte reformer og i lovutredninger rettet mot kommunesektoren står sentralt i konsultasjonsordningen. Innføringen av nye lover/ forskrifter på HODs område er kostnadsberegnet som en del av konsultasjonsordningen.

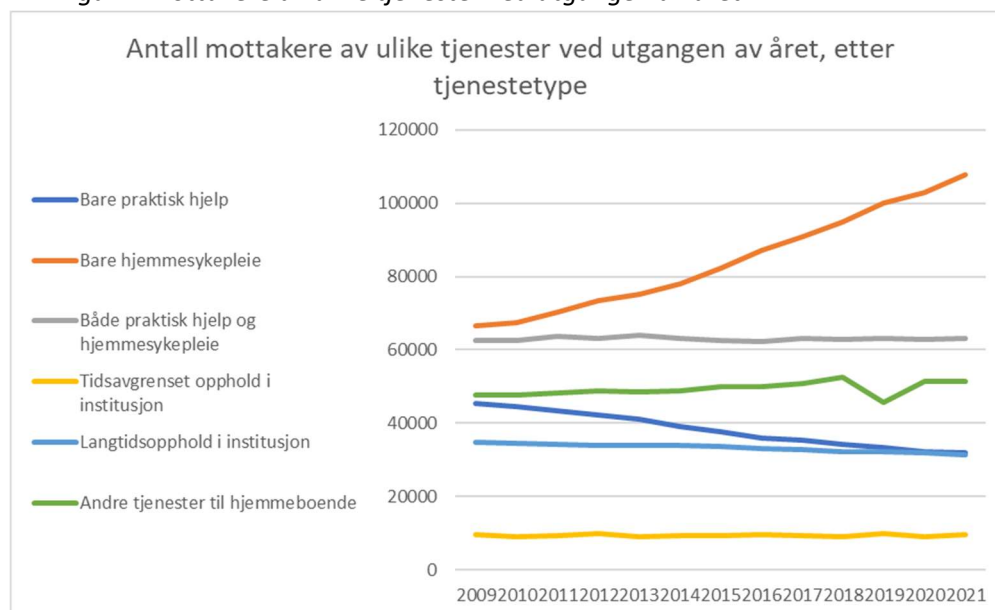
Det følger videre av mandatet at utformingen av toppfinansieringsordningen for ressurskrevende tjenester ligger fast.

I kapittel 4 gis en beskrivelse brukere og utgifter i helse- og omsorgstjenesten. I kapittel 5 gis det en kort beskrivelse av regelverket innenfor de kommunale helse- og omsorgstjenestene, og kapittel 6 beskriver toppfinansieringsordningen for ressurskrevende tjenester. I kapittel 7 presenteres KS' vurdering av nevnte regelverk som organisasjonen mener er til hinder for at kommunen kan drive kostnadseffektivt innenfor ressurskrevende tjenester.

4.Om helse- og omsorgstjenesten

Omfanget av helse og omsorgstjenester tildelt av kommunen har økt over tid. Det har vært en dreining i retning av at det gis mer hjemmebaserte helse- og omsorgstjenester, se figur 1.

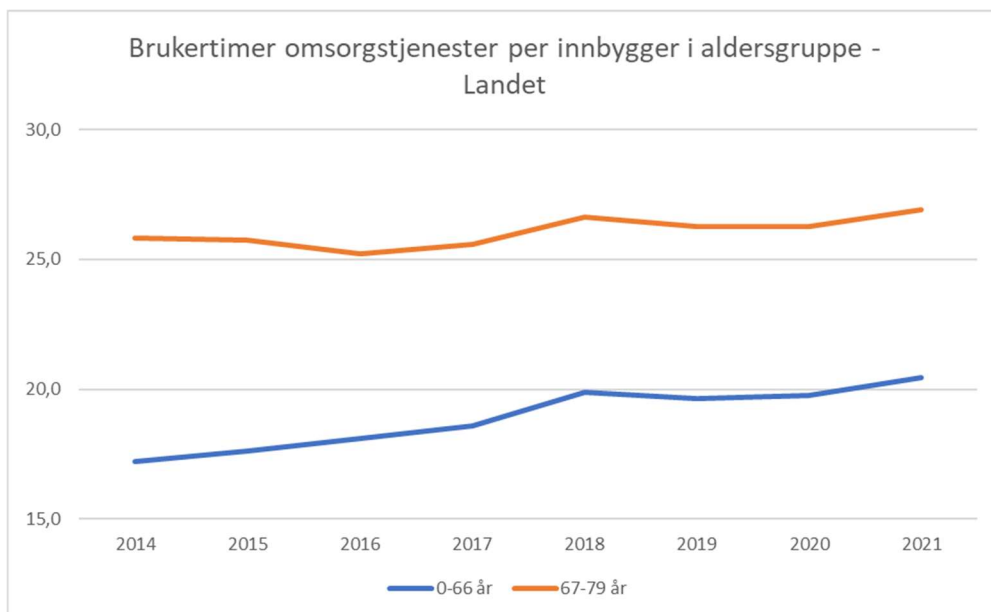
Figur 1 Mottakere av ulike tjenester ved utgangen av året



- Kilde: SSB/Kostra

Innen helse- og omsorgstjenesten har det vært en særlig sterk økning av tjenester til yngre brukere. Det har vært en økning i brukertimer av omsorgstjenester målt per innbygger i aldersgruppene under 67 år og mellom 67- og 79 år, se figur 2. Økningen har særlig vært sterk for de under 67 år. Andelen brukere av omsorgstjenester som var under 67 år har økt fra en andel på om lag 36 prosent i 2015 til 38 prosent i 2021. Andelen timer innenfor hjemmebaserte tjenester tildelt brukere under 67 år har økt fra 66 prosent til 2015 til om lag 69 prosent av timene i 2021.

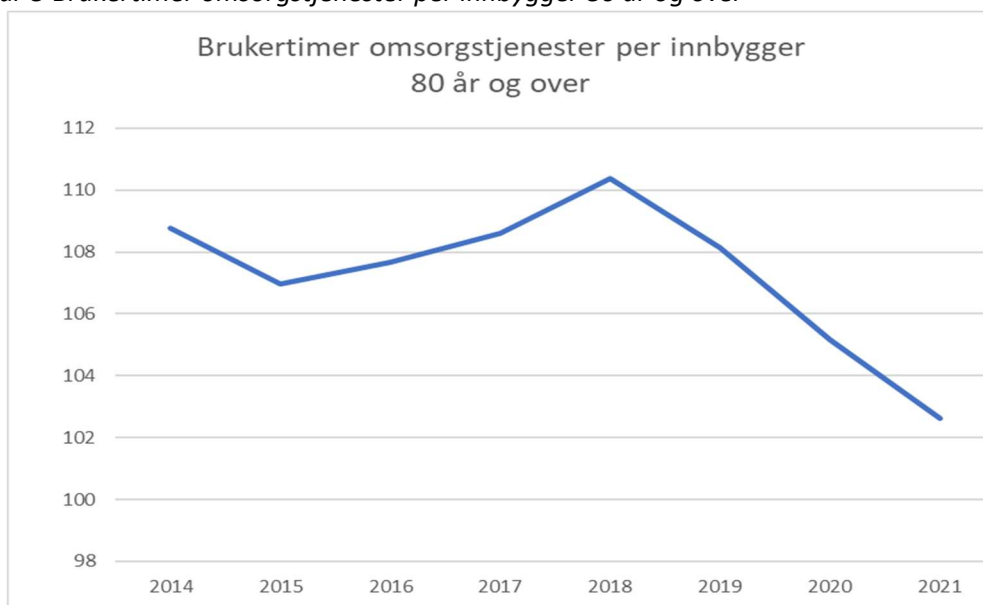
Figur 2 Utvikling i brukertime per innbygger i ulike aldersgrupper. Prosentvis vekst



- Kilde: SSB/Kostra

Brukertimer per innbyggere for de over 80 år har på den andre siden avtatt siden 2018 jf. figur 2. Det kan ha sammenheng med at antallet eldre i alle aldersgruppene øker, mens behovet for institusjons- og hjemmetjenester ikke øker like mye.

- *Figur 3 Brukertimer omsorgstjenester per innbygger 80 år og over*



Kilde: SSB/Kostra

Andelen mottakere av helse- og omsorgstjenester som er over 80 år har avtatt noe i perioden 2014 til 2021, og andelen innbyggere over 80 år som er beboere på institusjon har avtatt fra 13,6 prosent i 2015 til 11,0 prosent 2021.

De siste 10 årene har det vært en utvikling mot at den institusjonsbaserte omsorgen i økende grad har blitt forbeholdt dem med størst behov. Andelen av de med langtidsopphold på institusjon som har omfattende bistandsbehov har økt fra i underkant av 80 prosent i 2012 til over 86 prosent i 2021.

Over tid har det også vært en økning i bistandsbehovet for de som mottar helse- og omsorgstjenester. Den gjennomsnittlige pleietyngden per tjenestemottaker har økt både for institusjonsbasert omsorg og for hjemmetjenesten. Innen hjemmetjenestene økte gjennomsnittlig bistandsbehov per mottaker fra 8,1 timer i uka i 2012 til 9,7 timer i 2021.

Både legedekningen og fysioterapidekningen har økt noe over tid. Avtalte legeårsverk og avtalte fysioterapiårsverk per 10 000 innbyggere har økt fra henholdsvis 10,5 og 9,0 i 2015 til 11,7 og 9,5 i 2021. Innen rusomsorg og psykiatri har det blitt flere årsverk av sykepleiere og personer med videreutdanning i psykiatrisk helsearbeid i kommunene. Førstnevnte økte fra 4,3 til 4,6 årsverk per 10 000 innbyggere fra 2015 til 2021, mens sistnevnte økte fra 8,0 til 8,5 i samme periode. Også årsverk av personer med videreutdanning i rusarbeid økte i perioden, fra 2,5 årsverk per 10 000 innbyggere i 2015 til 3,2 årsverk per 10 000 innbyggere i 2021.

Under koronapandemien har kommunene hatt ansvaret for beredskap og smittevern, og det er kommunene som er ansvarlig for gjennomføringen av TISK-strategien (testing – isolering – smittesporing – karantene). Dette har ført til økte kostnader i helse- og omsorgstjenestene. Innen kommunehelsetjenesten, som for eksempel omfatter fastlegeordningen og skolehelsetjenesten, har kostnadene økt klart de to siste årene. Netto driftsutgifter innen kommunehelsetjenesten økte fra 4,8 prosent av kommunenes samlede netto driftsutgifter i 2019 til 6,7 prosent i 2021. Det har også fra 2015 til 2019 vært en gradvis svak økning i hvor mye utgiftene til kommunehelse utgjør av de samlede driftsutgiftene. Netto driftsutgifter til helse- og omsorgstjenester, som for eksempel til drift av kommunale helse- og omsorgsinstitusjoner og hjemmetjenester, har også økt i prosent av kommunens samlede netto driftsutgifter fra 31,3 prosent i 2019 til 32,5 prosent i 2021. I 2015 var tilsvarende tall 30,0 prosent. Pandemiens økonomiske virkninger på kommunesektoren er kompensert av statlige tilleggsbevilgninger. Når en ser årene i pandemien under ett, er sektoren samlet sett kompensert for de direkte økonomiske konsekvensene av pandemien.

5. Kort om gjeldende rett

Det følger av lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven) § 2-1 a at pasient og bruker har rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester fra kommunen de oppholder seg i. Dette skal tolkes slik at pasient og bruker har krav på «nødvendig hjelp med en forsvarlig standard, basert på en individuell helsefaglig og/eller sosialfaglig vurdering av behov.», jf. Prop. 91 L (2010–2011) pkt. 29.5.2. Det fremgår videre av forarbeidene at det er vanskelig å angi presist hva som er nødvendig hjelp på et overordnet nivå, og at omfang og nivå på hjelpen må bestemmes etter en konkret vurdering. Kjernen i vurderingen er den hjelpetrendendes behov ut ifra en helse- og sosialfaglig vurdering. I vurderingen må behovet til den enkelte veies opp mot fellesskapets behov, og det kan legges vekt på kommunens økonomiske ressurser. Det er imidlertid en minstestandard som kommunene ikke kan gå under med henvisning til dårlig økonomi (Prop. 91 L (2010–2011) pkt. 29.5.2.), se for øvrig omtale av forsvarlighetskravet i det følgende.

Lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester mm. (helse- og omsorgstjenesteloven) angir rammene for det kommunale ansvaret for helse- og omsorgstjenester. Helse- og omsorgstjenesteloven slår fast at kommunen skal sørge for at alle som oppholder seg i kommunen tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester, også kjent som oppholdsprinsippet. Oppholdsprinsippet er lagt til grunn både for ansvaret for å yte tjenestene og ansvaret for å finansiere tjenestene, jf. Prop. 91 L (2010–2011) s. 140. Det sentrale er at kommunene skal tilby nødvendige helse- og omsorgstjenester som ikke er spesialisthelsetjeneste, og at kommunene innenfor disse rammene skal tilby et forsvarlig, helhetlig og koordinert tilbud.

Det følger av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 og 4-1 at det er kommunen som er ansvarlig for å tilby nødvendige og forsvarlige tjenester til personer som oppholder seg i kommunen. For å oppfylle sitt «sørge for»-ansvar skal kommunen tilby nærmere bestemte tjenester. Hvilke tjenester og organiseringsformer kommunene skal ha, er først og fremst regulert i § 3-2, men er også regulert andre steder i loven. Oppregningen av tjenester er uttrykk for det minimum av tjenester kommunen skal ha tilgjengelig. Loven er utformet med sikte på å ivareta kommunens mulighet til å organisere virksomheten og tjenestene ut fra lokale forhold og behov, samt videreutvikle og utvikle nye tjenester og organiseringsformer for å møte behovene hos sine tjenestemottakere.

Selv om en person har et rettskrav på nødvendige helse- og omsorgstjenester betyr ikke det at vedkommende i utgangspunktet har krav på en bestemt type tjeneste fra kommunen, jf. Prop 91 L (2010–2011) pkt. 29.5.2. Dersom en pasient eller bruker har krav på nødvendige helse- og omsorgstjenester, er det kommunen som må vurdere og i utgangspunktet beslutte hva slags hjelp som skal tilbys ut fra de tilbudene og ressursene kommunen har. På helt overordnet nivå vil avgjørelsen av hva som anses som «nødvendig» baseres på tre ulike avveininger; hensynet til hva som er helsefaglig og sosialfaglig nødvendig å gjøre for den enkelte, som en avveining av individets behov og fellesskapets behov og ressurser, og ut fra en vurdering av hensynet til rettferdig fordeling mellom mennesker med sammenlignbare behov, jf. Prop 91 L (2010–2011) pkt. 14.3. Når det gjelder omfanget, nivå og innhold i tjenesten, må dette dimensjoneres og utformes ut fra en konkret helse- og omsorgsfaglig vurdering av den hjelpetrequendes behov. Dette betyr at kommunen må foreta en individuell vurdering av den enkeltes behov, og på den bakgrunn tilpasse et forsvarlig tjenestetilbud til den enkelte.

Det følger videre av helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 at tjenester som tilbys eller ytes etter helse- og omsorgstjenesteloven skal være forsvarlige. Forsvarlighetskravet innebærer ikke bare at deltjenestene hver for seg skal være forsvarlige, jf. Prop. 91 L (2010-2011) merknad til § 4-1 s. 494. Kommunens tilbud som helhet må også være forsvarlig.

Kravet om forsvarlighet er en rettslig standard, se Prop. 91 L (2010–2011) pkt 20.5. Det innebærer at innholdet bestemmes av normer utenfor loven. Forsvarlighetskravet for helse- og omsorgstjenesten er forankret i anerkjent fagkunnskap, faglige retningslinjer og allmenngyldige samfunnsetiske normer. Innholdet i forsvarlighetskravet endrer seg dermed også i takt med utviklingen av fagkunnskap og endringer i verdioppfatninger.

Forsvarlighetskravet har en dobbel funksjon. Det er en rettesnor for tjenesten og viser til normer som beskriver hvordan tjenestene bør være. Disse normene utgjør kjernen i forsvarlighetskravet og kan betegnes som god praksis. Samtidig danner normene utgangspunkt for å fastlegge hvor grensen mot det uforsvarlige går. Det vil si de konkrete vurderingene av hvor store avvik fra god praksis som kan aksepteres før avviket medfører at tjenesten blir uforsvarlig.

Mellom god praksis, og forsvarlighetskravets nedre grense, vil det være rom for at kommunen kan utøve skjønn. Det følger imidlertid av forsvarlighetskravet at tjenestene må holde tilfredsstillende kvalitet, ytes i tide og i tilstrekkelig omfang. Etter pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1 har pasient og bruker rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Bestemmelsen forutsetter at kommunen så langt som mulig samarbeider med bruker og pasient når tjenestetilbudet utformes, jf. Prop. 91 L (2010–2011) merknad til § 3-1. Det fremgår videre at kommunen må anstrenge seg for å finne individuelt tilpassede løsninger og at pasient/bruker må tas med på råd. Dette er viktigere jo mer vesentlig tjenesten er for brukerens eller pasientens velferd og livssituasjon. Pasientens behov og ønsker må således inngå i kommunens samlede vurdering ved utformingen av den enkeltes tjenestetilbud.

Det følger av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 tredje ledd at kommunen har 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. Det følger videre av lov 15. desember 2017 nr. 107 om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten mv. (Helsetilsynsloven) § 4 at Statens helsetilsyn

har det overordnede faglige tilsyn med helse- og omsorgstjenesten i landet og skal føre tilsyn med om tjenestene er i samsvar med det som er bestemt i lover og forskrifter.

6. Kort om toppfinansieringsordningen for ressurskrevende tjenester

Rammer for ordningen

Toppfinansieringsordningen for ressurskrevende tjenester ble opprettet i 2004. Formålet med ordningen er å legge til rette for at kommunene kan gi et godt tjenestetilbud til mottakere som har krav på omfattende helse- og omsorgstjenester. Helse- og omsorgstjenestene finansieres hovedsakelig gjennom kommunenes frie inntekter, og tilskudd til ressurskrevende tjenester er en tilleggsfinansiering. Behovet for ressurskrevende tjenester varierer betydelig mellom kommunene og det er vanskelig å finne kriterier som kan fordele disse midlene gjennom inntektssystemet på en treffsikker måte. Gjennom ordningen får kommunene refundert en andel (kompensasjonsgrad) av lønnsutgiftene til ressurskrevende tjenester utover et gitt nivå (innslagspunkt) per tjenestemottaker. Innslagspunktet og kompensasjonsgraden fastsettes i statsbudsjettet hvert år. I 2022 er innslagspunktet 1 470 000 kroner. Kommunene får da kompensert 80 pst. av utgiftene over innslagspunktet. Utgifter opp til innslagspunktet og 20 pst. over innslagspunktet må kommunene dekke av de frie inntektene og er utgifter som kommunene benevner som «egenandeler». Tilskuddet er en øremerket overslagsbevilgning (575.61) og utgjør 12,1 mrd. kroner.

Fra 2021 ble det innført en tilleggskompensasjon for kommuner under 3 200 innbyggere som har høye utgifter/«egenandeler» til ressurskrevende tjenester og skatteinntekter under 120 pst. av landsgjennomsnittet de siste tre årene. Kommuner som oppfyller kriteriene over, får utbetalt 80 pst. over et gitt nivå (terskelverdi). Med utgifter til ressurskrevende tjenester menes her den delen av innrapporterte netto lønnsutgifter i toppfinansieringsordningen som ikke dekkes av toppfinansieringstilskuddet, det vil si utgifter/«egenandeler» opp til innslagspunktet, samt 20 pst. andel over innslagspunktet. De kommunene som er under 3 200 innbyggere og har under 120 pst. av gjennomsnittlige skatteinntekter siste tre år, får da kompensert for 80 pst. av utgiftene over en terskelverdi per innbygger. Terskelverdien er anslått til 6 200 kroner per innbygger for 2022. Den faktiske terskelverdien vil bli beregnet i forbindelse med Helsedirektoratets tildeling av tilskuddet sommeren 2022, og vil kunne avvike fra dette anslaget. Tilskuddet ble i 2022 gitt som skjønnsmidler, mens det fra 2022 ligger på en øremerket post (575.61) og utgjør 55 mill. kroner.

HOD har det overordnede ansvaret for regelverk knyttet til helse- og omsorgstjenestene i kommunene. KDDs ansvar er avgrenset til administrasjon av budsjettpostene 575.60 og 61. Helsedirektoratet forvalter ordningene for KDD.

Utviklingen i toppfinansieringsordningen.

Tabellen nedenfor viser utvikling i utbetalingene, antall mottakere og kompensasjonsgraden for perioden 2004-2022. Det vises også enkelte år hvor det har vært kutt i ordningen ved at innslagspunktet har økt utover lønnsveksten i kommunene. Styrkinger og kutt som følge av endret kompensasjonsgrad fremkommer i kolonnen «kompensasjonsgrad (pst.)».

År	Utbetalinger i mill. kr.	Kompensasjonsgrad (pst.)	Antall mottakere	Økt innslagspunkt
2004	1 506	80	3 398	

2005	1 852	80	3 766	
2006	1 700	70	3 676	
2007	2 018	70	4 013	
2008 ¹	2 966	85	4 505	
2009	3 998	85	5 299	
2010	4 160	80	5 527	
2011	4 655	80	5 742	
2012 ²	5 330	80	6 118	
2013	6 361	80	6 667	
2014	7 271	80	7 125	
2015	8 264	80	7 517	
2016	8 642	80	7 781	10 000
2017 ³	9 039	80	7 927	50 000
2018 ³	9 326	80	8 033	50 000
2019 ³	10 183	80	8 135	
2020 ³	10 526	80	8 140	50 000
2021 ^{3,4}	10 069	80	7 829	46 000
2022 ^{3,5}	12 102	80		

Tabellfotnoter:

¹ Endring av ordningen; til kompensasjon per tjenestemottaker.

² Fra 2011–2012 kan 236 millioner kroner forklares med endringer i inntektssystemet.

³ I forsøk med statlig finansiering av omsorgstjenester, er det noen kommuner som ikke får utbetalt midler gjennom toppfinansieringsordningen, men gjennom forsøksordningen. Disse er ikke inkludert i tabellen.

⁴ Reduksjon skyldes nedgang i pensjonspremier og redusert arbeidsgiveravgift med ca. 1,1 mrd. kroner.

⁵ Anslag i budsjettet for 2022.

Tabellen viser at det har vært en høy vekst i toppfinansieringsordningen, både når det gjelder antall mottakere og utbetalinger. Den underliggende, årlige, gjennomsnittlige veksten de siste ti årene anslås til mellom seks og syv prosent.

7. Utfordringsbilde beskrevet av KS

7.1. Særlig om veksten i sektoren og bemanningsutfordringene

Det har vært en sterk vekst i pleie- og omsorgstjenester senere år. Nesten hele veksten i kommunenes pleie- og omsorgstjenester fra 2017 kommer i aldersgruppene under 80 år. Forutsatt at yngre brukere også har lengre forventet levetid vil det gi en sterk økning over tid. Kommunene har også over tid fått mer spesialiserte oppgaver innenfor helse – og omsorgsområdet, blant annet som en konsekvens av endringer i spesialisthelsetjenesten. Et økende antall mottakere av helse- og omsorgstjenester parallelt med økende omfang av tjenester som gis etter helse- og omsorgstjenesteloven, reiser også spørsmålet om denne utviklingen er bærekraftig.

Fremskrivninger (Perspektivmeldingen 2021) viser at gapet mellom behovet for helsetjenester og tilgjengelige ressurser vil fortsette å øke. I tillegg er forventningene til hva kommunal sektor skal levere økende. For å opprettholde dagens nivå på tjenestene må sektoren øke antallet årsverk betydelig de neste ti årene. Allerede i dag opplever mange kommuner store utfordringer med å rekruttere enkelte yrkesgrupper, særlig sykepleiere og leger. Sykepleiere er den enkeltgruppen som er mest utfordrende å rekruttere. Over halvparten av kommunene, 55 prosent, oppgir at de har meget store utfordringer med å rekruttere sykepleiere (Kommunesektorens arbeidsgivermonitor 2021). Om vi legger til de som svarer at situasjonen oppleves ganske utfordrende, så øker andelen til 86 prosent. En stor andel rapporterer også at det er utfordrende å rekruttere leger til sin kommune. To av tre kommuner melder at dette er meget eller ganske utfordrende.

7.2 Et rettslig utgangspunkt

Rettslig er det naturlig å ta utgangspunkt i rettsregler som regulerer forholdet mellom stat og kommune uttrykt i Grunnlovens § 49 andre ledd og kommunelovens § 2-2.

Både hensynet til selvstyret og nærhetsprinsippet er basert på at kommunene som forvaltningsnivået nærmest innbyggerne er best egnet til å løse oppgavene overfor innbyggerne innenfor lokaldemokratiets rammer. Denne organiseringen er ment å bidra til kostnadseffektive løsninger, men også til at det gjøres vurderinger og bevilges ressurser, i samråd med brukerne, som gir gode og forsvarlige tjenester. Hvilke utfordringer kommunene står overfor varierer. Det taler for at kommunene selv er nærmest til å vurdere oppgaveløsningen ut fra forholdene i egen kommune.

7.3 Regelverk som hindrer kostnadseffektivitet

Statens egen organisering og statlige styringsvirkemidler knyttet til lovverket griper inn i kommunenes handlingsrom og påvirker kostnadseffektiviteten på ulike måter. Det gis her først en oversikt over hvilke elementer ved regelverket som etter KS` oppfatning begrenser kommunens mulighet til å gi et forsvarlig tjenestetilbud på en så kostnadseffektiv måte som mulig. Disse kan også betraktes som drivkrefter til økte kostnader for både kommune og stat.

- Statens egen organisering av arbeid med lovverk rettet mot kommunesektoren
- Lovstruktur – det samlede regelverket
 - Oppholdsprinsippet
 - Rettighetsfesting
 - Statlig klagebehandling
- Øvrige statlige styringssignaler
- Særlig om enkeltregler som hindrer kostnadseffektive løsninger

Under hvert avsnitt foreslås tiltak som KS vurderer egnet til å redusere kostnadene.

7.3.1 Statens egen organisering av arbeidet med lovverk rettet mot kommunesektoren

Kommunene erfarer at staten i liten grad støtter opp om kommunenes behov for å prioritere mellom ulike gode formål.

Behovet for prioriteringer må ses i lys av fremtidens utfordringer for kommunene. I tiden som kommer vil det mangle personell i helse- og omsorgstjenestene, og det vil derfor bli svært utfordrende å yte tjenester på samme nivå som i dag.

KS mener at regelverket gir kommunene adskillig handlefrihet ved valg av tjenester og omfang, men at dette i liten grad fremheves, illustreres og begrunnes av staten. Derimot vektlegges begrensingene i lovverket, og begrunnelsene for disse. Dette er i seg selv kostnadsdrivende fordi det påvirker kommunens vurderinger, brukes forventninger og dernest lokal praksis.

KS erfarer at statens budskap oppfattes tvetydige. På den ene siden ønsker staten kostnadseffektive tjenester. På den andre siden fremhever og vektlegger staten elementer i lovverket som bidrar til økte kostnader nettopp i sin omtale av lovverket i rundskriv, gjennom klagebehandling og ved tilsyn.

KS mener det er viktig at Kommunal- og distriktsdepartementet (KDD), som samordningsdepartement, tar en tydelig rolle overfor fagdepartementene slik at nye lovforslag, reformer, meldinger, opptrappingsplaner mv. vurderes grundig i lys av kommunelovens formål om styrket selvstyre og de lovfestede elementene i rammestyringsprinsippet, for å redusere den statlige detaljstyringen i sektorpolitikken.

Det er KS erfaring at økt involvering og gjennomslagskraft fra KDD vil gi et regelverk med større vekt på lokal frihet i oppgaveløsningen, noe som igjen vil gi mer effektiv ressursbruk og samtidig styrke lokaldemokratiet.

Forslag:

- **Kommunal- og distriktsdepartementet (KDD) bør som samordningsdepartement, ta en tydelig rolle overfor fagdepartementene slik at nye lovforslag, reformer, meldinger, opptrappingsplaner mv. vurderes grundig i lys av kommunelovens formål om styrket selvstyre og de lovfestede elementene i rammestyringsprinsippet, med sikte på å redusere den statlige detaljstyringen i sektorpolitikken.**

7.3.2 Lovstruktur – det samlede regelverket

Med *lovstruktur* mener vi i denne sammenhengen det samlede regelverket som regulerer ansvar, rettigheter og tjenestenivå innenfor helse- og omsorgstjenestene. Helse- og omsorgstjenesteloven angir som nevnt foran under punkt 5 rammene for det kommunale ansvaret for helse- og omsorgstjenester.

I lovproposisjonen het det:

Det er særlig nærhet til brukerne, effektiv tjenesteproduksjon og hensynet til demokratisk styring av tjenestene, som begrunner lokal handlefrihet. Bare hvis det foreligger særlig tungtveiende nasjonale hensyn, bør staten styre tjenestetilbudet i form av krav til hvordan tjenestene skal gis og organiseres.

KS sa seg også enig med departementets egen beskrivelse av at detaljert statlig styring kan være et hinder for lokal utvikling og tilpasning. Departementet foreslo at;

..bestemmelsens ordlyd tydelig bør vise at kommunen i betydelig grad har anledning til selv å velge hvordan tjenestene skal organiseres. Mange høringsinstanser er positive til forslaget, og viser til at dette vil sikre kommunal handlefrihet basert på lokale forhold. Departementet mener dette oppnås bedre ved å forplikte kommunen til å «sørge for» tjenester enn ved å forplikte kommunen til å «yte» tjenester.

Utfordring/vurdering:

KS mener det er grunnlag for å vurdere hvorvidt regelverket samlet, medfører statlig styring i et omfang som går ut over dette utgangspunktet, begrenser lokale myndigheter og slik påvirker kostnadseffektiviteten.

Ordlyden i bestemmelsen om kommunens **“sørge-for” ansvar**¹ omtaler ikke kommunens handlingsrom. Det er lovens forarbeider som fremhever at ordlyden nettopp skal sikre at kommunene har mulighet til å utforme tjenestene ut fra lokale forhold. Bestemmelsen står i en rettslig kontekst der den er omgitt av en rekke klare ansvars- og rettighetsbestemmelser. Ordlyden i bestemmelsen kan dermed bidra til å sette kommunens handlingsrom i bakgrunnen snarere enn å fremheve det. Konsekvensen kan være at kommunens reelle handlingsrom overskygges av øvrige rettslige relevante momenter.

Det er **“nødvendige” tjenester** kommunene er forpliktet til å tilby. I kommunens tilpasning av et forsvarlig tjenestetilbud til den enkelte, er anerkjent fagkunnskap, faglige retningslinjer og allmenngyldige samfunnsetiske normer viktige elementer, som ligger utenfor loven. Slik KS ser det utgjør slike «nasjonale standarder» også elementer ved lovstrukturen som påvirker kommunenes muligheter til å foreta prioriteringer i tråd med lokale forhold.

Omfanget av **rettighetsbestemmelser** og kravene til utformingen av tjenestene har økt også etter at helse- og omsorgstjenesteloven ble vedtatt, uten tilsvarende endring i “sørge-for” formuleringen. Det kan dermed stilles spørsmål ved om både lovfesting av rettigheter og standardisering av tjenester gjennom nasjonale faglige standarder i realiteten har flyttet beslutningsmyndighet fra kommunene til staten.

Forslag:

KS mener det bør gjennomføres en helhetlig vurdering av regelverket som regulerer ansvar, rettigheter og tjenestenivå innenfor helse- og omsorgstjenestene. En slik vurdering må inneholde:

- **En vurdering av om dagens regelverk medfører statlig styring i et omfang som går ut over kommunenes rett til å velge hvordan de vil organisere virksomheten og tjenestene ut fra lokale forhold**

¹ Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1

- **En vurdering av hvordan lovgivers intensjon om å sikre kommunal handlefrihet basert på lokale forhold, kan synliggjøres bedre innenfor lovteksten**

7.3.3 Oppholdsprinsippet som en skranke for kommunalt handlingsrom

Kommunens ansvar gjelder alle som oppholder seg i kommunen. Det innebærer ikke bare ansvaret for egne innbyggere, men også for turister, pendlere og studenter. Det stilles ikke krav om oppholdstid eller at den enkelte må ha planer om å oppholde seg en bestemt tid i kommunen. Kommunens ansvar gjelder de som faktisk oppholder seg i kommunen til enhver tid. Oppholdsprinsippet er brukervennlig og forhindrer at hjelpesøkende blir kasteballer mellom kommuner, og er som sådan viktig å opprettholde.

I gitte tilfeller kan prinsippet få konsekvenser for kostnadseffektiviteten. Dette kan eksempelvis gjelde situasjoner der en BPA-bruker² pendler mellom kommuner over en kortere eller lengre periode. Andre eksempler er personer med omfattende og avanserte behov for døgkontinuerlig helsehjelp på som beveger seg mellom kommuner i fritiden, på hytter, ved at de følger opplæringstilbud i folkehøyskoler, eller har kortvarige studieopphold i annen kommune enn bostedskommunen i perioder og dermed har behov for bistand i begge kommuner. Der dette utløser behov for særskilt personell i korte perioder av gangen, vil det være utfordrende for kommunene å planlegge for dette i sin ordinære bemanningsplan, som igjen utløser kostbare kompenserende tiltak.

Forslag:

- **KS mener det må gjennomføres undersøkelse av omfanget av situasjoner der særlig avanserte helse- og omsorgstjenester ytes samtidig i bo- og oppholdskommune.**
- **Det må vurderes om retten til avanserte helse- og omsorgstjenester i oppholdskommunen skal være absolutt under kortvarige opphold der bostedskommunen allerede yter dette tilbudet.**

7.3.4 Rettighetsfesting

Pasient og brukeres rettigheter knyttet til tjenestene reguleres i pasient- og brukerrettighetsloven. Lovfestet rett til ulike tjenester og til medvirkning gir brukerne rettskrav på ulike offentlige tjenester som i siste instans kan realiseres ved domstolene. Pasient- og brukerrettigheter har trolig bidratt til å øke nivået på velferdstjenestene. Gode og trygge helse- og omsorgstjenester til innbyggerne er et selvsagt mål for KS og for kommunal sektor.

I denne sammenhengen peker vi likevel på at dagens rettighetslovgivning, påvirker kostnadseffektiviteten ved at den utgjør en begrensning for kommunens mulighet til å prioritere tjenester ut fra lokale forhold. Vi vil samtidig fremheve reglene om brukermedvirkning, og gi eksempler fra praksis som illustrerer reglenes konsekvenser for kostnadseffektiviteten og som kostnadsdriver.

Vurdering

² Brukerstyrt personlig assistent, hol § 3-8

Satt på spissen bryter rettighetslovgivning med grunntanken om at den beste og mest kostnadseffektive organiseringen av tjenestene overfor innbyggerne, er innenfor lokaldemokratiets rammer. Rettighetsfesting begrenser kommunens muligheter til å beslutte hvilke tjenester som skal tilbys, hvor de skal tilbys og i hvilket omfang.

Det kan stilles spørsmål ved om og eventuelt hvordan rettighetslovgivning har bidratt til å bevege praksis bort fra utgangspunktet omtalt foran under pkt. 7.3.2.

I lys av fremtidens demografiutfordringer og behovet for å utvikle bærekraftige tjenester, mener KS det er nødvendig å diskutere forholdet mellom rettighetslovgivning og den lokale handlefriheten på et prinsipielt plan.

Hensynet til det kommunale selvstyret tilsier at det bør være størst mulig frihet til å prioritere innenfor kommunens økonomiske rammer hvor det kommunale skjønnet kan ta høyde for lokale forhold og personlig kjennskap til bruker/tjenestemottaker. Rettighetsfesting bør derfor balanseres i forhold til nærhetsprinsippet.

Det kan illustreres ved erfaringer med retten til brukerstyrt personlig assistanse. I rapporten «Suksess eller katastrofe»³ pekte NORCE på at BPA-brukere i gjennomsnitt har høyere timetall enn i sammenlignbare tjenester. Rapporten dokumenterer en økning i kostnadene knyttet til ordningen. BPA-ordningen innehar en spenning mellom å fremme uavhengighet og brukerstyring, og samtidig sikre likhet mellom brukergrupper innenfor og utenfor ordningen. Askheim (2019⁴) har hevdet at denne spenningen blir mer fremtredende jo mer etablert ordningen blir. I tillegg må kommunene sikre kostnadskontroll for helse- og omsorgstjenestene der BPA inngår.

NORCE⁵ undersøkte også forvaltningen av BPA ordningen sammenholdt med nasjonale føringer og forventninger. Undersøkelsen fremhever at det ligger motstridende føringer i rundskriv om innholdet i BPA- ordningen. Tidligere studier viser høy brukertilfredshet og at ordningen fremmer uavhengighet og deltakelse. NORCE undersøkelsen dokumenterer en økning i kostnadene innenfor ordningen på 56 prosent i perioden 2014 – 2018.

Brukermedvirkning

KS forståelse av medvirkningsretten⁶ er at den i utgangspunktet var ment å sikre at pasienten eller brukeren fikk gi uttrykk for sitt ønske og fikk dette vurdert ved kommunens utforming av tjenestetilbudet. Utviklingen har imidlertid gått i retning av at rettigheten oppfattes og tillempes som en rett til få et tilbud i tråd med sitt ønske. Det er flere forhold ved utformingen av lovbestemmelsen som bidrar til dette.

Ordlyden slår fast at det «skal legges stor vekt på hva pasienten eller brukeren mener» ved utforming av tilbud om nærmere bestemte typer tjenester. Blant disse tjenestene er flere aktuelle for pasienter eller brukere med stort tjenestebehov.

Utfordring / vurdering:

3 «Suksess eller katastrofe?» Utviklingstrekk etter rettighetsfesting av brukerstyrt personlig assistanse (BPA) RAPPORT 19 – 2020 NORCE Samfunnsforskning

4 Norce 2020

5 Norce 2020

6 Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1

KS mener ordlyden i pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1 andre ledd skaper forventninger om at kommunene skal strekke seg svært langt for å ivareta den enkelte pasients eller brukers spesifikke ønsker om helse- og omsorgstjenester, både i art og omfang – herunder forventninger om at kommunene i stor grad skal tilrettelegge for kostbare individuelle og skreddersydde løsninger. KS erfarer at bestemmelsen påvirker både kommunenes tildelingspraksis og kommunenes organisering av sine tjenestetilbud. Ordlyden utfordrer kommunenes handlingsrom i utformingen av tjenestetilbudet, idet det gis anvisning på et enkeltstående moment som skal ha «stor vekt», uten samtidig å nevne andre momenter som kan tillegges vekt, og/eller hvilken relativ vekt andre momenter kan tenkes å ha når de veies mot pasientens eller brukerens mening.

I tråd med lovforarbeidene er det «... *kommunen som (...) utformer tjenestetilbudet og velger hjelpeform*». Ordlyden i bestemmelsen kan forstås slik at brukermedvirkningen går lengre, og at kommunen selv ikke utformer tjenestetilbudet og velger hjelpeform.

KS erfarer i kontakten med medlemmene at kommuner ledes til å gi det tjenestetilbudet som pasienten/ brukeren ønsker, selv om fullt forsvarlige tjenester – og i enkelte tilfeller til og med faglig sett mer forsvarlige tjenester – kunne vært gitt, til lavere økonomisk kostnad. Ved utforming av tjenestetilbud ser en at økonomiske hensyn som ville gavnet innbyggerne som gruppe, ikke får gjennomslag overfor enkeltbrukerens individuelle ønsker, fordi lovens utforming ikke legger til rette for det. Problematikken omfatter flere typer problemstillinger – blant annet tilfeller hvor pasienten eller brukeren ønsker å motta tjenester i sitt nåværende hjem, mens kommunen kunne tilbudt fullt forsvarlige og mer kostnadseffektive tjenester i institusjon eller samlokalisert bofellesskap – og det motsatte, altså tilfeller hvor pasienten eller brukeren ønsker institusjonsplass mens kommunen kunne tilbudt mer kostnadseffektive tjenester i hjemmet.

Dersom loven bedre understøttet at også bredere hensyn enn enkeltbrukerens ønsker kunne tillegges vekt i kommunens vurdering og utforming av tilbudet til den enkelte, ville det støttet kommunene i utforming av tjenestetilbud som sikret bedre samlet bruk av både økonomiske og faglige ressurser – «mest mulig helse for hver krone».

KS ønsker gode prosesser for brukermedvirkning, som skal inngå som en del av de faglige vurderinger som skal gjøres når kommunen tar stilling til innholdet og omfanget av en tjeneste. God brukermedvirkning er en selvfølge og kan også være kostnadsbesparende. Utfordringen er at reglene om brukermedvirkning kan favorisere noen grupper med sterke interessegrupper bak seg, og de med advokathjelp. Sosial ulikhet i helse er en stor utfordring i helsetjenestene og kan også vise seg som manglende tilgang til helse- og omsorgstjenester og medføre at visse grupper prioriteres fremfor andre.

Forslag:

- **KS mener det bør vurderes hvordan lovgivers intensjon om å sikre kommunal handlefrihet basert på lokale forhold, kan synliggjøres bedre innenfor regelverket.**
- **Rettighetsfesting bør derfor balanseres i forhold til nærhetsprinsippet for å realisere det grunnleggende demokratiformålet i Grunnloven.**
- **KS mener det er nødvendig å diskutere forholdet mellom rettighetsfesting og den lokale handlefriheten på et prinsipielt plan.**

7.3.5 Statlig klagebehandling

Med *statlig klagebehandling* menes i denne sammenhengen statsforvalternes klagebehandling knyttet til tjenestene i helse- og omsorgslovgivningen og knyttet til pasient- og brukerrettighetene.

Klageinstansens kompetanse fremgår av forvaltningsloven § 34 andre ledd, som slår fast at hovedregelen er full prøvingsadgang, hvoretter klageinstansen kan «prøve alle sider av saken». I vedtak hvor kommunene har utøvd såkalt fritt skjønn, er prøvingsadgangen begrenset i medhold av § 34 andre ledd tredje setning. Klageinstansen skal «legge stor vekt på hensynet til det kommunale selvstyre ved prøving av det frie skjønn». Denne begrensningen i klageinstansens prøvingsadgang ble innsnevret ved lovendring 1. januar 2018.

Innskrenkingen i statlige klageinstansers adgang til å overprøve kommunenes utøvelse av fritt skjønn underbygger den grunnleggende retten til kommunalt selvstyre, jf. pkt. 7.2

Utfordring / vurdering:

Kommunenes skjønnsutøvelse er de lovlige vurderingene av relevante hensyn som kan danne grunnlag for et vedtak der de rettslige rammene ikke bestemmer nøyaktig hva vedtaket må bli. Avgjørelser som bygger på skjønn er med andre ord lovlige, innenfor disse rammene, så sant det ikke foreligger myndighetsmisbruk.

Etter gjeldende klageordning kan statsforvalteren overprøve lovlige vedtak. Gjennom kontakt med medlemmene får KS tilbakemelding om at statsforvalteren også prøver kommunens frie skjønn i klagebehandlingen. Dette kan gjelde spørsmål om hvilken type tjeneste klageren skal innvilges, i hvilket omfang, og hvordan tjenesten skal organiseres. Det finnes også eksempler på at klageinstansen vurderer ikke bare hvorvidt medvirkningsretten er ivaretatt, men også selve vektleggingen av pasientens eller brukerens ønske eller synspunkter, herunder setter dette foran andre hensyn i sin vurdering.

KS erfarer også at kommunens vedtak endres gjennom klagebehandlingen og at det tildeles konkrete tjenester. Det er signaler på at dette også skjer i saker der det ikke slås fast at tilbudet i kommunens opprinnelige vedtak var uforsvarlig eller uverdig.

De tjenestene som statsforvalter tildeler gjennom klagebehandlingen må dernest organiseres, bemannes, finansieres og utføres av kommunene. En slik praksis hindrer realisering av nærhetsprinsippet og kan dermed også hindre effektiv tjenesteproduksjon. I avveiningen mellom enkeltindividets og fellesskapets interesser settes lokale økonomiske eller organisatoriske hensyn til side eller får mindre vekt enn det som var lovgivers intensjon. KS mener det ikke er grunnlag for å tro at staten representert ved statsforvalter, har bedre forutsetninger for å utøve skjønn enn kommunen.

Eksempler fra klagepraksis:

Økt bruk av velferdsteknologi kan være et alternativ til mer personellintensive måter å gi praktisk bistand på. Velferdsteknologi kan på sikt bidra til å redusere lønnskostnader. Eksempler er sensorsystemer for natt-tilsyn, sensorer som registrerer bevegelse, fallalarm etc.

Telemarksforskning pekte i sin rapport⁷ om ressurskrevende tjenester- ordningen på at:

⁷ «Ressurskrevende omsorgstjenester i kommunene», Telemarksforskning 2020.

Forsøk på effektivisering ser i større grad ut til å bli hindret av regelverk og tolkninger av dette enn av de rent økonomiske insentivene. Et eksempel fra en av case-kommunene er deres forsøk på å innføre elektronisk natteovervåkning for enkelte brukere som i dag har nattlig tilsyn gjennom fysisk tilstedeværelse. Ifølge kommunen vil elektronisk natteovervåkning være klart kvalitetsfremmende fordi det innebærer mindre forstyrrelser for brukeren i løpet av natten, i tillegg til at det kan spare ressurser for kommunen (og staten). Fylkesmannen ga derimot ikke tillatelse til denne endringen, da de mente at det var kostnadsbesparelsen som var kommunens motivasjon.

Eksempelet her refererer seg til en enkelt kommune, og vi har ikke grunnlag for å trekke slutninger om omfanget av slike begrunnelser på området for velferdsteknologi generelt.

Et annet eksempel gjelder retten til brukerstyrt personlig assistent (BPA):

Etter gjennomgang av Statsforvalterens klagesaksbehandling med hovedvekt på omgjøringsvedtak viser oppsummeringen blant annet at det var variasjon mellom statsforvalterne i vurdering av hva slags bistand som bør inngå i en BPA-ordning, eksempelvis med hensyn til aktivitet utenfor hjemmet. Forskerne peker på at dette i noen grad kan være et resultat av at embetene bygger på delvis ulike rettskilder i sitt arbeid. De fant også liten grad av samarbeid mellom statsforvalterembetene for å sikre likebehandling.⁸

Tabell 5.4 Andel klager på vedtak om BPA som ble realitetsbehandlet innen tre måneder

År	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Andel klager på vedtak om BPA som ble realitetsbehandlet innen tre måneder	64 %	68 %	57 %	47 %	47 %	49 %	43 %	49 %

Kilde: NESTOR.

Tabell 5.5 Utfall av klagesaksbehandlingen hos statsforvalteren i 2020

Kategori	Stadfestet	Opphevet	Endret	Antall
Helsetjenester i hjemmet	60,6 %	29,8 %	9,6 %	94
Plass i sykehjem	71,6 %	19,0 %	9,5 %	116
Plass i annen institusjon	69,0 %	31,0 %	0,0 %	29
Praktisk bistand og opplæring	61,0 %	27,9 %	11,0 %	136
Støttekontakt	70,3 %	25,4 %	4,3 %	138
Omsorgsstønad	65,3 %	27,3 %	7,5 %	308
Avlastningstiltak	50,8 %	37,0 %	12,2 %	189
<i>Brukerstyrt personlig assistanse</i>	<i>59,5 %</i>	<i>33,7 %</i>	<i>6,8 %</i>	<i>264</i>
Kommunale helse- og omsorgstjenester for øvrig	69,7 %	23,2 %	7,1 %	99
Alle saker	62,9 %	29,0 %	8,2 %	1373

Kilde: NESTOR.

(Kilde:Nestor)

Vi tar her med eksempler fra KS medlemmer som illustrerer behovet for gjennomgang av klagesakspraksis i lys av hensynet til det kommunale selvstyret. Teksten i kursiv er sitat fra kommunene om deres opplevelser i møte med statlig klagesakspraksis:

⁸ NORCE 2020

Kommuneeksempel 1:

I Statsforvalters skriftlige tilbakemelding kom det fram at kommunen ikke hadde utredet saken tilstrekkelig og at den var mangelfull. Statsforvalter brukte likevel kommunens "mangelfulle" opplysninger til å fatte et nytt vedtak.

«Statsforvalter har et veldig sterkt fokus på brukermedvirkning. Noe vi også tenker er veldig viktig. Men det kan i enkelte tilfeller virke som om Statsforvalter tar mer hensyn til hva verge/pårørende mener i stedet for hva bruker selv mener. Dette ser vi særlig når det gjelder mennesker med funksjonsnedsettelse som ikke har blitt fratatt sin samtykkekompetanse, men som kan ha verge ifht personlig og økonomiske forhold. Vi tenker det er viktig at det som bruker kommer med selv, og som ikke går ut over liv og helse, må ivaretas.

Kommuneeksempel 2:

To eksempler fra en kommune om omsorgsstønad:

Statsforvalter innvilger det klager ønsker i klagen, f.eks. 80 % stilling mot kommunens vedtak på 75 timer pr. måned,

eller 20 timer pr. uke mot kommunens vedtak på 12 timer pr. uke.

Det neste eksemplet gjaldt statsforvalters overprøving av kommunens avgjørelse i sak om innvilgelse av koordinator. Dette illustrerer hvordan kommunene opplever at klagesaksavgjørelser får ringvirkninger for deres tjenester;

kommunen peker på at helsesøster og fastlege er tilstrekkelig for å fylle vilkårene i helse- og omsorgstjenesteloven § 7-2 om koordinator. Når statsforvalter innvilger koordinator medfører dette at alle barn i både barnehage og skole fyller vilkårene og kan få innvilget koordinator. Dette til tross for saksbehandlers argumentasjon om at disse tjenestene ikke behøver koordinering i det enkelte tilfellet.

Det vi ofte opplever er at Statsforvalteren gir strenge signal mtp at kommunene må tilpasse driftsnivået ut fra tildelte rammer, og at kommunene må foreta grep for å frigjøre midler for å møte morgendagens utfordringer. På den andre side så gjenspeiler ikke dette signalet fra Statsforvalteren med tanke på klagebehandling og tildeling av tjenester. Vi har blant annet opplevd at Statsforvalteren har opphevet kommunens vedtak med begrunnelse i at de mener kommunen IKKE har tilstrekkelig med informasjon om å fatte akkurat dette vedtaket, derpå innvilger de tjenester basert på de opplysningen som framkommer i saken.

Utfordring/vurderinger:

Ved slik klagesakspraksis blir viktige beslutninger for kommunene avgjort hos statsforvalterne. Kommunene har både det faglige og det økonomiske ansvaret og kompetansen til å oppfylle pliktene. Klagesakspraksis griper slik inn i kommunens mulighet til å ta kostnads- og effektivitetshensyn ved utformingen av tjenestetilbudet til sine innbyggere. Ordningen virker dermed direkte inn på kommunenes mulighet til å yte 'mest mulig helse for hver krone'.

KS mener at det er grunn til å se nærmere på om klagesakspraksis medfører at kommunene settes i dårligere stand til å utføre sitt samfunnsoppdrag, særlig sett i lys av fremtidens utfordringer.

KS mener det er nødvendig å innhente kunnskap om klagesakspraksis, herunder av hvorvidt lovendringen i 2018 har medført endring i statsforvalternes praksis. Med slik kunnskap kan det

vrderes om det er behov for ytterligere endringer i klageordningen, med sikte på oppfyllelse av nærhetsprinsippet i kommuneloven § 2-2, 2. ledd.

KS har tidligere – senest i sin høringsuttalelse til ny forvaltningslov – bedt Regjeringen om å utrede etablering av kommunale klageordninger fremfor statlige klageordninger over kommunale vedtak.

KS er av den oppfatning at det bør vurderes å innrette klagesaksordningen slik at den bedre underbygger lovens system der hovedregelen er at kommunen har et handlingsrom i utformingen av tjenestetilbudet, forutsatt at tilbudet samlet sett ikke er faglig uforsvarlig eller ulovlig. Dette mener KS best samsvarer med charteret for lokalt selvstyre⁹ og grunnlovsbestemmelsen¹⁰ om at statens styring av kommuner skal skje ved lov. Det samsvarer også mest med kommunelovens nærhetsprinsipp¹¹ at hensiktsmessighetskjønnet ligger til kommunene.

KS mener uansett at statlig klagebehandling må begrenses til å prøve lovligheten av kommunens vedtak.

Forslag:

- **Statsforvalternes klagesakspraksis på området analyseres, med sikte på å avklare hvorvidt praksis medfører at kommunene settes i dårligere stand til å utføre sitt samfunnsoppdrag så kostnadseffektivt som mulig, og for å sikre en mer enhetlig praksis.**
- **Statlig klagebehandling må begrenses til å prøve lovligheten av kommunens vedtak.**

7.3.6 Øvrige statlige styringssignaler

Også andre statlige styringssignaler begrenser kommunens handlingsrom. Dette kan være signaler i rundskriv, retningslinjer og veiledere, eller signalene kommunene får fra statsforvalterne når de søker veiledning der.

Retningslinjer, rundskriv, veiledere mv. omtales gjerne som “myk lovgivning” fordi de ikke er rettslig bindende. De er likevel nyttige hjelpemidler i kommunens innretning av tjenestene.

Helsedirektoratet utgir eksempelvis retningslinjer og nasjonale veiledere som skal bidra til at tilbudet blant annet i helse- og omsorgstjenesteloven samsvarer med gjeldende lov- og forskriftsverk.

Utfordring / vurdering:

KS mener at ordlyden i statlige anbefalinger som gis gjennom retningslinjer og veiledere, må kommunisere materiellets rettslige status tydelig. Pålegg av nye oppgaver krever lovhjemmel, jf. ovenfor. Motsatt vil de kunne virke for normerende på praksis og begrense den lokale handlefriheten.

Som nevnt innledningsvis er det KS` oppfatning at kommunenes handlefrihet fremheves i for liten grad. Det er viktig at veiledningsmateriell som utdyper faglige elementer og avveininger, samtidig omtaler kommunens handlingsrom slik at ikke dette utelates i den totale avveiningen.

⁹ European Charter of Local Self-Government

¹⁰ Grl. § 49 andre ledd

¹¹ Kommuneloven § 2-2 andre ledd

Det er viktig med kontinuerlig kvalitetsutvikling innenfor primærhelsetjenesten. Det er imidlertid uheldig dersom nasjonale veiledere og nasjonale faglige retningslinjer innebærer forpliktelser som overskrider det kommunene har muligheter og kapasitet til å oppfylle.

KS anser at det i utarbeidingen av faglige retningslinjer legges opp til en standardheving som medfører økt bruk av ressurser, uten at dette er tilstrekkelig kostnadsberegnet eller vurdert i en prioriteringssammenheng med andre retningslinjer og veiledere. Det vil dermed skape prioriteringsutfordringer for kommunene, særlig hvis tilsynsmyndigheter følger opp med avviksmeldinger. Det er problematisk dersom Helsedirektoratet kan fylle «mellomrommet» mellom lovene og forskriftene på den ene siden og varierende kommunal praksis på den andre siden med faglige retningslinjer, uten at disse er gjenstand for demokratiske prosesser eller etterfulgt av nødvendige ressurser.

Utviklingen har gått i retning av at Helsedirektoratet i større grad hensyntar behovet for at hver enkelt nasjonale faglige retningslinje blir kostnadsberegnet. Derimot blir summen av ulike veiledere og retningslinjer ikke vurdert. Slik kan kommunene forpliktes av kostnadskrevende standardhevinger uten at dette har vært gjenstand for demokratisk kontroll gjennom behandling i folkevalgte organer.

KS mener det bør rettes oppmerksomhet mot at kommunens handlingsrom i praksis innskrenkes gjennom retningslinjer som vurderes vanskelige å fravike.

7.4 Særlig om enkeltregler som hindrer kostnadseffektive løsninger

KS vil videre fremheve enkelte særlige regler som motvirker og hindrer kostnadseffektive løsninger.

7.4.1 Regler knyttet til utforming av bygningsmasse

Det er et mål at utleieboliger, omsorgsboliger og sykehjem skal fremme normalisering og integrering. Dette innebærer at prosjekter som søker om investeringstilskudd, skal tilstrebe små bogrupper.

Utfordring / vurdering:

Mange kommuner påpeker overfor KS at det er et gap mellom offentlige heldøgnsstilbud og lettstelte, tilrettelagte boliger på det ordinære boligmarkedet. **Trygghetsboliger** kan være et alternativ fra det offentlige i tillegg til private initiativ i den vanlige boligmassen. Trygghetsboliger har tradisjonelt vært tiltenkt eldre brukere. KS mener tilbudet bør vurderes også for brukere under 67 år. På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet utredet Husbanken hvordan en egen stimuleringsordning for trygghetsboliger kunne innrettes og hvilke økonomiske insentiver som kunne benyttes. Piloten som tester konseptet med trygghetsboliger er foreløpig ikke igangsatt.

Økt bruk av trygghetsboliger utvider omsorgstrappen, og gir mulighet for å benytte også andre personellgrupper enn helsepersonell til enklere ettersyn og servicefunksjoner. En stadig økende andel eldre i mange distriktskommuner gjør det utfordrende å rekruttere fagpersonell i distriktene, hvilket gjør det vanskelig å oppfylle målet om at den enkelte skal kunne leve og bo selvstendig. Økt bruk av trygghetsboliger kan dermed både få effekt på kostnadene, og samtidig bidra til at den enkelte kan bo hjemme lenger.

Det er et uttalt politisk mål at **personer med utviklingshemming** skal bo i mest mulig vanlige boliger og motta nødvendige tjenester der. Målet er god integrering i lokalsamfunnet, og et høyt antall

samlokalisererte boenheter skal unngås. Selv om vurderingen av hva som er en «god» størrelse i det enkelte prosjekt, gjøres ut fra en helhetsvurdering der de ulike aspekter ved prinsippene for normalisering og integrering ses i sammenheng, jf. Husbankens dialogverktøy, så har lenge fagrådene vært 4-6 personer.¹²

I 2020 utgjorde boligprosjekter for utviklingshemmede med inntil 8 beboere 79 prosent av alle prosjektene til denne målgruppen. Utvides antallet til inntil 12 beboere omfattet dette 96 prosent av prosjektene i 2020.¹³

Mulighet for samlokalisering av flere brukere i bofellesskap kan gi mer kostnadseffektive løsninger. Det finnes løsninger hvor det kan bygges smått i det store, dvs at boenheter kan ligge i samme område, men med ulike innganger og løsninger som hensyntar normalisering og integrering. Det bør dermed tydeliggjøres i Husbankens regelverk om investeringstilskudd at kommunene har mulighet til å bygge større boenheter enn 4 – 6 personer. Det er imidlertid viktig å understreke at store institusjonslignende bofellesskap er uønsket.

Kommunene hevder økt antall boenheter i prosjektene motvirker ensomhet og er mer kostnadseffektivt. Litt større bofellesskap vil kunne spare inn 1 eller flere nattevakter, avhengig av størrelse.

Samlokalisering av flere brukere i bofellesskap der boenheter ligger i samme område, men har inngang og bygningsløsninger som hensyntar normalisering og integrering, vil kunne bidra til lavere kostnader.

Forslag:

- **Det tidligere foreslåtte pilotforsøket for stimulering av trygghetsboliger bør igangsettes**
- **I Husbankens regelverk om investeringstilskudd bør det tydeliggjøres en større fleksibilitet i det enkelte prosjekt om samlokalisering,**

7.4.2 Dagaktivitetstilbud

Lokaler for dagaktivitetstilbud til personer med omfattende behov for helse- og/eller omsorgstjenester, kan finansieres med investeringstilskudd gjennom Husbanken. Målgruppen begrenses i gjeldende regelverk til personer som på grunn av somatisk eller psykisk sykdom, funksjonsnedsettelse eller rusavhengighet har behov for dagaktivitetstilbud.

Dersom dagaktivitetstilbud finansiert gjennom investeringstilskuddsordningen åpner for andre brukergrupper, avgrenses tilskuddet i forhold til antall brukere fra opprinnelig målgruppe.

Utfordring/ vurdering:

Kommunene peker på at regelverket er for rigid. Tilskuddsordningen stiller krav om at lokalene må være i bruk til omsøkt formål i 30 år etter tilskuddet ble utbetalt. Dette samsvarer med vilkårene i tilskuddsordningene for sykehjem og omsorgsboliger. Kravene i tilskuddsordningen innebærer at

¹² <https://nedlasting.husbanken.no/Filer/8e12.pdf>

¹³ <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/omsorg-2020--arsrapport-2020/egnedelokaler-og-boformer/fremtidens-sykehjem-og-omsorgsboliger>

kommunene i mindre grad kan gi tilbud til flere målgrupper i samme lokaler. Etablering av separate enheter som hver for seg oppfyller vilkårene for tilskudd, er ineffektiv arealbruk og lite kostnadseffektivt for kommunene.

Vilkåret om 30 års bruk til omsøkt formål er lite fremsynt sett i forhold til utfordringsbildet for kommunene; fraflytting, alderssammensetning, økende krav til kompetent personell mv. Det er mange gode grunner for å ha separate tilbud til enkelte målgrupper. Samtidig kan det være både hensiktsmessig og kostnadseffektivt å yte samlokaliserte tilbud til flere brukergrupper. Eksempelvis kan dagaktivitetstilbud for personer med demens, vurderes samlokalisert med tilbud til brukere med andre hukommelsessykdommer. Større muligheter for slik effektivisering i tilskudsregelverket vil kunne bidra til kostnadseffektivisering i en del kommuner og vil bidra til at kommunene kan oppfylle sitt samfunnsansvar.

Forslag:

- **Kravene i investeringstilskuddsordningen bør bli mer fleksible.**

7.4.3 Tvangsregelverk

Behandling og helsehjelp skal i utgangspunktet skje frivillig, men i noen tilfeller kan tvang være nødvendig når andre løsninger er forsøkt. Vedtak om tvang skal alltid forankres i lovverket for å sikre brukerens / pasientens rettssikkerhet. Gjennomføring av tiltak ved tvang overfor personer med psykisk utviklingshemming utløser blant annet krav til dokumentasjon, vedtak, krav til omfanget av personell og krav til personellens kvalifikasjoner. Når det fattes vedtak om bruk av tvang, skal den det gjelder involveres for å finne de tiltak og metoder som vil oppleves som minst inngripende. Verge og pårørende er også sentrale rettssikkerhetsfaktorer, og skal trekkes inn i prosessen sammen med brukeren/ pasienten. Spesialisthelsetjenesten skal bistå ved gjennomføringen av tiltak.

Sivilombudets pekte i sin rapport etter tilsyn i Drammen kommune¹⁴, på at flere vedtak om bruk av tvang overfor denne gruppen inneholdt lite informasjon om beboerens, vergens eller pårørendes holdninger til tiltaket. Funnene tydet på at kommunen burde jobbe mer systematisk for å innhente og dokumentere opplysninger om beboernes egne ønsker og behov. Dette gjaldt også involvering av pårørende og verge for å forebygge bruk av tvang, og ved vedtak om bruk av tvang.

Det har vært en betydelig faglig utvikling på dette feltet, drevet frem av nasjonale politiske føringer og med ulike tilsynsinstanser som setter standard for dokumentasjonskravene knyttet til oppfølging av tvangsregelverket generelt og til medvirkning. Kommunene evaluerer egen praksis etter tilsyn med sikte på å oppfylle de krav som stilles.

KS mener det bør vurderes om dokumentasjonskravene knyttet til medvirkningsretten kan oppfylles på en mindre omfattende måte enn i dag.

Utfordring / vurdering:

Økt bruk av velferdsteknologiske løsninger som erstatning for personell kan gi mindre bruk av tvang og større frihet for den enkelte bruker. I tillegg kan det være et effektiviseringsgrep. Muligheten for dette beror på dagens definisjon av tvang i lovverket. Denne problemstillingen har også utvalget som

¹⁴ Bofellesskap for personer med utviklingshemning i Drammen kommune, Sivilombudet november 2020.

vurderte dagens lovverk påpekt. Etter pasient- og brukerrettighetsloven er det ikke åpnet for kontinuerlig observasjon eller overvåkning av viljestyrt atferd med bruk av lyd, bilde eller lignende.¹⁵

Dokumentasjonskrav knyttet til bruk av tvang er et viktig premiss for brukerens rettssikkerhet. Samtidig får KS tilbakemelding fra kommuner om at dokumentasjonskravene er så vidt omfattende at arbeidet med dette kan redusere personellens tid sammen med brukeren.

Rettsikkerhetsgarantien som ligger i at statsforvalteren skal overprøve kommunens vedtak om tvang, forutsetter at det ikke går lang tid fra et vedtak er oversendt til det blir overprøvd. Dersom omfattende dokumentasjonskrav bidrar til å øke saksbehandlingstiden i kommunen og hos statsforvalteren, vil det være ugunstig for brukeren.

KS erfarer også at tjenestene opplever utfordringer med det generelle kravet til dokumentasjon av brukermedvirkning. Brukermedvirkning på individnivå er et grunnleggende element ved tjenestene og en rett for den enkelte til å bestemme over sitt eget liv. Det drøftes imidlertid i for liten grad på hvilket nivå brukervirkning skal dokumenteres. Tilbakemeldingene fra kommunesektoren er at det er behov for et forenklingsarbeid for å oppnå målet om gode og trygge tjenester for den enkelte.

Forslag:

- **Dokumentasjonskravene som gjelder bruk av tvang bør gjennomgås med sikte på forenkling.**
- **I oppfølgingen av NOU´ en om tvangsbegrensningsloven bør forslagene som omhandler velferdsteknologi gjennomgås.**

7.4.4 Psykisk helse og rus

Kommunene har i løpet av de siste årene fått ansvar for et økende antall innbyggere med alvorlige psykiske helseproblemer, volds-/trusselproblematikk, og sammensatte og kompliserte tilstander.

Fra 2009 til 2018 gikk den gjennomsnittlige liggetiden i psykisk helsevern ned fra henholdsvis 27 til 18 liggedøgn. Dette tilsvarer en reduksjon på i overkant av 30 prosent. [2] Den reduserte innsatsen i spesialisthelsetjenesten forklarer behovet for høyere innsats fra kommunen for denne gruppen.

Overføring av oppgaver fra spesialisthelsetjenesten til kommunene og stadig kortere behandlingstid på sykehusene, innebærer samtidig at pasienter skrives ut i dårligere tilstand enn tidligere.

Dette har medført et økt behov for spesielt tilrettelagte, i noen tilfeller 'skreddersydde' bo- og tjenestetilbud. Likeledes har behovet for kompetent personell økt, eksempelvis i kommunens miljøtjeneste eller bofelleskap.

Problemstillingene knyttet til sikkerhetsrisiko er problematisert fra kommunal sektor siden endringene i psykisk helsevernloven i 2017.¹⁶ Kommunene peker på svært store utfordringer med å klare å tilby tilstrekkelige tilbud, håndtere brukere etter lovverket, og samtidig balansere hensynet til samfunnsvern.

¹⁵

<https://www.regjeringen.no/contentassets/78974ebb760a412cb646611ad2e57b9d/no/pdfs/nou201920190014000dddpdfs.pdf>, NOU 2019: 14 s 561 Tvangsbegrensningsloven

¹⁶ <https://www.ks.no/horingssvar/horingssvar-oppfolging-av-forslagene-fra-tvangslovutvalget/>

Kortere varighet på døgnopphold, mer svingsdørsproblematikk som følge av endret lovverk, og høyere terskel for tvangsinnleggelse, forklarer noe av kommunenes erfaringer. Fra 2009 til 2018 har den gjennomsnittlige liggetiden i psykisk helsevern gått ned fra henholdsvis 27 til 18 liggedøgn. Dette tilsvarer en reduksjon på i overkant av 30 prosent.¹⁷

Tilgjengelig statistikk gir imidlertid ikke et helhetlig bilde av disse situasjonene og sammenhengene. Enetilbud for brukere med sikkerhetsrisiko er svært kostnadskrevende for kommunene. Behov for å i større grad sikre samfunnsvern gjør tilbudene mer kostnadskrevende.¹⁸

Utfordring / vurdering:

Utviklingen har økt behovet for kompetent arbeidskraft og kapasitet i kommunene. Dette genererer også andre kostnader i form av økt sykefravær, oppfølging av ansatte etter hendelser, og økt 'turnover'.

Kommunene opplever at det er vanskelig å finne gode og vedvarende tilbud til brukere med aktiv rus, alvorlig psykisk lidelse og/ eller voldsproblematikk. Mange i denne gruppen veksler mellom opphold på institusjoner og akutt plasser, samt kortere og lengre opphold på psykiatriske avdelinger, fengselsopphold og kommunal bolig. Kommuner oppretter ofte enetilbud for å imøtekomme brukerens behov, og uttrykker at de opplever dette både svært krevende og noen ganger mer krevende enn de har kompetanse til å håndtere.

Det gjør at vanlige samhandlingsavtaler som virkemiddel for denne pasientgruppen ikke fungerer. Det betyr også at ansvaret for pasientgruppen ikke nødvendigvis bør ligge i kommunesektoren. Personer i denne gruppen kan være i besittelse av våpen – både som en del av kriminalitet, men også for å beskytte seg, ofte på grunn av høy paranoid beredskap.

I praksis vil ofte tvangen gjennomføres ved hjelp av bistand fra politiet. Denne ordningen krever således en del ressurser og samhandling mellom spesialisthelsetjenesten, kommunen og politiet. Dette kan i praksis by på utfordringer. Kommunen opplever at kriteriene for tvangsinnleggelse i psykiatrien har blitt strengere. Det resulterer i at kommunen må håndtere mer krevende, herunder mer voldelige og truende, brukere enn før. En ser økt bruk av vakt/vektertjenester i tilknytning til ytelse av helse- og omsorgstjenester, en ser også økt bruk av legevakt, fastlege og politibistand i slike sammenhenger. Dette har økt kostnadene for kommunal sektor.

Enetilbud for brukere med sikkerhetsrisiko er svært kostnadskrevende for kommunene. Det bør vurderes om slike tilbud i større grad bør gis i spesialisthelsetjenesten. Samlet sett kan det gi lavere kostnader og bedre kvalitet for den enkelte bruker. En høyere døgnkapasitet i spesialisthelsetjenesten kan også gi samme effekt på det som i dag betegnes som svingdørspasienter. Problemstillingene om sikkerhetsrisiko har vært tatt opp i lang tid fra kommunal sektor etter endringene i psykisk helsevernloven i 2017.

Intensjonene med endringen i loven var at pasientene selv i større grad skulle kunne velge om de ønsket å være underlagt behandling. Loven har hatt positive effekter ved at det har vært et sterkt søkelys på å redusere bruken av tvang. Samtidig peker kommunene på svært store utfordringer med å gi et godt nok tilbud, håndtere brukere i henhold til lovverket og balansere hensynet til samfunnsvern.

¹⁷ [Kortere liggetid i psykisk helsevern - SSB](#)

¹⁸ [sikkerhetspsykiatri i Norge 2019 \(sifer.no\)](#)

Det er grunn til å tro at kortere døgnopphold, og mer svingdørsproblematikk som følge av endret lovverk og høyere terskel for tvangsinnleggelse etter loven forklarer noe av kommunenes store utfordringer med å håndtere brukere med sikkerhetsrisiko. Tilgjengelig statistikk gir ikke et nyansert nok bilde av disse forholdene.

Det bør vurderes om disse tilbudene i større grad bør gis i spesialisthelsetjenesten. Samlet sett kan det gi lavere kostnader og bedre kvalitet for den enkelte bruker. En høyere døgnkapasitet i spesialisthelsetjenesten kan også gi samme effekt på det som i dag betegnes som svingdørspasienter.

Forslag:

- **Døgnkapasiteten innen psykisk helsevern må økes.**
- **Antall plasser i sikkerhetspsykiatrien økes.**
- **Ekspertutvalget som skal evaluere vilkåret om manglende samtykkekompetanse for bruk av tvang i psykisk helsevern bør vurdere hensynet til samfunnsvern i kommunal sektor.**

7.4.5 Oppsummering

Gode og trygge helse- og omsorgstjenester til innbyggerne er et selvsagt mål for KS og for kommunal sektor. Regelverket som er omtalt i denne rapporten kan medvirke til en prioriteringsvridning, som samlet sett ikke er til innbyggernes beste. Den enkelte borgers individuelle rettigheter til tjenester, og adgangen til å klage på omfanget av de tjenester som gis, kan gi enkeltmottakere omfattende tjenestetilbud fra kommunen. Dette kan imidlertid skje på bekostning av hva som er optimal organisering av tjenestetilbudet ut fra hensynet til innbyggernes samlede beste.

Rettighetsfesting herunder regler om brukermedvirkning er sider ved regelverket som i praksis begrenser kommunens handlingsrom. KS understøtter reglene, men mener kommunenes handlingsrom ville kunne realiseres i sterkere grad dersom loven fremhevet at også bredere hensyn enn enkeltbrukerens ønsker kunne tillegges vekt ved vurderingen og utformingen av tilbudet. Dette ville i større grad sikret bedre samlet bruk av både økonomiske og faglige ressurser – «mest mulig helse for hver krone».

KS ønsker å fremme brukermedvirkning, pasientrettigheter, likebehandling og klageadgang, men i lys av dagens og fremtidens utfordringer mener vi det er viktig med en åpen debatt om prioriteringer.

Adgangen til overprøving av vedtak er en viktig rettssikkerhetsgaranti for den enkelte.

Klagebehandling som overprøver kommunenes frie skjønn griper derimot inn i nærhetsprinsippet og påvirker kommunenes muligheter for tilpasninger etter lokale forhold og behov. Det er problematisk at kommunen, som har økonomisk ansvar for tjenestene, ikke har endelig myndighet til å treffe vedtak, og at viktige beslutninger for kommunene fattes på saksbehandlingsnivå hos statsforvalterne. Overprøving begrenset til lovlighetskontroll samsvarer best med hensynet til det lokale selvstyret.

KS har gitt råd til nasjonale myndigheter om å unngå særlige krav og sterke føringer til organisering, bemanning og innretning av helse og omsorgstjenestene både i lov, forskrift og i nasjonale retningslinjer. Omfanget av nasjonale styringssignaler eller standardiserte pakker som i praksis legger sterke føringer for organisering øker. Dette binder kommunene slik at det blir vanskelig å finne fleksible løsninger innenfor helse og omsorgstjenestene.

Oppsummert forslag:

- 1. Statens egen organisering av arbeid med lovverk rettet mot kommunesektoren**
 - a. Kommunal- og distriktsdepartementet (KDD) bør som samordningsdepartement, ta en tydelig rolle overfor fagdepartementene slik at nye lovforslag, reformer, meldinger, opptrappingsplaner mv vurderes grundig i lys av kommunelovens formål om styrket selvstyre og de lovfestede elementene i rammestyringsprinsippet, med sikte på å redusere den statlige detaljstyringen i sektorpolitikken.

- 2. Det bør gjennomføres en helhetlig vurdering av regelverket rettet inn mot kommunesektorens helse og omsorgstjenester. Gjennomgangen bør inneholde:**
 - a. En vurdering av om dagens regelverk medfører statlig styring i et omfang som går ut over kommunenes rett til å velge hvordan de vil organisere virksomheten og tjenestene ut fra lokale forhold.
 - b. En vurdering av hvordan lovgivers intensjon om å sikre kommunal handlefrihet basert på lokale forhold, kan synliggjøres bedre innenfor lovteksten.
 - c. En undersøkelse av omfanget av situasjoner der særlig avanserte helse- og omsorgstjenester ytes samtidig i bo- og oppholdskommune.

- 3. Oppholdsprinsippet**
 - a. Det bør vurderes hvorvidt retten til avanserte helse- og omsorgstjenester i oppholdskommunen skal være absolutt under kortvarige opphold der bostedskommunen allerede yter dette tilbudet.

- 4. Rettighetsfesting**
 - a. Det bør vurderes hvordan lovgivers intensjon om å sikre kommunal handlefrihet basert på lokale forhold, kan synliggjøres bedre innenfor regelverket.
 - b. Rettighetsfesting bør balanseres i forhold til nærhetsprinsippet for å realisere det grunnleggende demokratiformålet i Grunnloven.
 - c. Forholdet mellom rettighetsfesting og den lokale handlefriheten på et prinsipielt plan bør diskuteres.

- 5. Statlig klagebehandling**
 - a. Statsforvalternes klagesakspraksis på området må analyseres, med sikte på å avklare om praksis medfører at kommunene settes i dårligere stand til å utføre sitt samfunnsoppdrag (kostnadseffektivitet), og for å sikre en mer enhetlig praksis.
 - b. Statlig klagebehandling bør begrenses til å prøve lovligheten av kommunens vedtak.

- 6. Særlig om enkeltregler som hindrer kostnadseffektive løsninger**
 - a. Den varslede trygghetspiloten bør igangsettes våren 2023.
 - b. Det bør tydeliggjøres en større fleksibilitet lokalt i det enkelte prosjekt rundt samlokalisering, i Husbankens regelverk.
 - c. Mer fleksibel bruk av investeringstilskuddet.
 - d. Dokumentasjonskravene angitt av statsforvalter knyttet til deler av regelverket om tvang og medvirkning bør gjennomgås med sikte på å forenkle omfang.
 - e. Opptrappingsplanen for psykisk helse må gi økt kapasitet på døgnplasser i spesialisthelsetjenesten.

- f. *Ekspertutvalget som skal evaluere vilkåret om manglende samtykkekompetanse for bruk av tvang i psykisk helsevern bør vurdere hensynet til samfunnsvern i kommunal sektor.*