

**Dokumenttype** NOU 1986:12 **Dokumentdato** 1986-04-02  
**Tittel** Datateknikk og samfunnets sårbarhet  
**Utvalgsnavn** Sårbarhetsutvalget  
**Utvalgsleder** Seip Helge  
**Utgiver** Forbruker- og administrasjonsdepartementet  
**Oppnevnt** 1983-02-28 **Sider** 160

ØØNOU-1986-04ØØ

---

## Kapittel 1.3 Sammendrag

1

Bakgrunnen for Samordningsutvalget for helse- og sosialtjenesten finner vi i reformene i helse- og sosialsektoren i siste halvdel av 1970-åra og 1980-åra i kjølvannet av bl.a utredningene fra Nyhusutvalget og Hovedkomiteen for lokalforvaltningen. Gjennom de senere års reformer er det skapt et klarere skille mellom forvaltningsnivåene i Norge. Fylkeskommunene var før 1977 på mange måter et samarbeidsorgan mellom kommunene i et fylke på den ene siden og staten på den andre siden om løsning av oppgaver av felles interesse.

Etter 1977 er fylkeskommunen etablert som et helt selvstendig forvaltningsnivå på linje med kommunene med egen administrasjon, direkte valg til fylkestinget og egen beskatningsrett.

Ansvar for tjenester/tiltak i helse- og sosialsektoren er så fordelt mellom kommunene og fylkeskommunene ved at fylkeskommunene har ansvaret for mere spesialiserte tjenester og institusjonsomsorgen, mens kommunene har ansvaret for de mer almenpregede tjenestene og omsorgen utenfor institusjon.

Videre er det såkalte kostnadsansvarsprinsipp innført, noe som medfører at hvert forvaltningsnivå skal være ansvarlig for å dekke de samlede kostnader til sine tilbud. Dersom utgiftene økes må dette belastes vedkommende forvaltningsnivå alene. På samme måte nyter vedkommende forvaltningsnivå helt ut gevinstene ved innsparinger i sitt tilbud.

Dette har gitt en vesentlig avklaring mht hvilket forvaltningsnivå som har ansvaret for bestemte tjenester/tiltak.

Dette har imidlertid ikke løst alle gråsoneproblemene i helse- og sosialsektoren fordi en rekke av de vanskelige problemene er knyttet til valg av hvilke tjenester/tiltak en pasient/klient er best tjent med. Dette kan ikke alltid avgjøres på et entydig grunnlag. Det er også slik at en rekke pasienter/klienter vil ha behov for tjenester både fra kommunens ansvarsområde og fra fylkeskommunens ansvarsområde.

Denne presiseringen av funksjonsfordelingen gir greie løsninger innenfor f.eks skolesektoren fordi det ikke vil være særlig tvil om en elev skal ha videregående undervisning (fylkeskommunen) eller grunnskoleundervisning (kommunen). Eller i veisektoren når en vei er klassifisert som fylkesvei, så er det fylkeskommunen som har ansvaret innenfor det regelverk som gjelder.

Denne funksjonsfordelingen løser ikke gråsoneproblemer innen helse- og sosialsektoren på grunn av at disse problemene langt på vei har sitt utspring i uenighet/usikkerhet om hvilket tjenestetilbud som er best eller mest effektivt for pasienten/klienten.

Vi kan vel også si at denne type gråsoneproblemer er forsterket av de reformene som er gjennomført fordi de økonomiske gevinster for kommunene ved å puffe en pasient/klient over på fylkeskommunen er blitt større. På samme måte vil tilsvarende forhold gjøre seg gjeldende for fylkeskommunene.

Også det forhold at det er skapt et skarpere skille mellom

fylkeskommunene og kommunene forsterker dette. Problemene er ikke lenger felles problemer.

### **Kapittel 1.3 Sammendrag**

2

Imidlertid er det også flere andre viktige forhold som bidrar til at samordningsproblemene i helse- og sosialsektoren kan øke. For enkelte viktige tjenester/tiltak som etter hvert har blitt bygget ut til særlige viktige ledd i behandlings- og omsorgskjeder, råder det stor uklarhet om hvilket forvaltningsnivå som har ansvaret. Utvalgets erfaring viser at dette gjelder i særlig grad for:

- alternative behandlings-, omsorgs- og pleietiltak for kronisk syke og funksjonshemmede som bor utenfor institusjon
- vernede boliger både med og uten service eller døgnservice
- avlastningsordninger
- støttekontaktordninger

Her synes det helt påkrevet med en presisering av ansvarsforholdene, og gjennomføring av ordninger som sikrer samarbeid om slike oppgaver mellom de ulike deltjenestene.

### **Kapittel 1.3 Sammendrag**

3

Av stor betydning for samordningsproblemene - og behovene er også de endringer og utfordringer helse- og sosialsektoren står overfor i åra framover. Stikkordsmessig vil disse være:

- Endringer i befolknings- og familiestrukturen (flere eldre, flere av de aller eldste, flere enslige eldre, færre barn, flere skilsmisser og samlivsbrudd, flere utearbeidende kvinner, økt mobilitet i de yngre aldersgruppene og redusert omsorgskapasitet i familien).
- Endringer i ideologi, fag og teknologi (økt tempo i den medisinske/teknologiske utviklingen, endringer i synet på hvor behandling kan og bør skje med en forskyvning fra institusjonsomsorg til hjemmebasert omsorg).
- Endringer i behov (nye epidemiske sykdommer, endret sykdomsmønster med flere kroniske sykdommer, livsstilssykdommer og sammensatte lidelser, økt pågang på både første- og annenlinjetjenesten, økt bevissthet og større krav til selvbestemmelse, medvirkning og rettigheter fra ulike brukergrupper).

Disse forhold vil stille krav om omstillinger, endrete prioriteringer, og bedre ressursutnyttelse, bedre planlegging, mer fleksibel bruk av tjenesteapparatet og nye måter å vurdere og å dekke behov på.

### **Kapittel 1.3 Sammendrag**

4

Ser vi på de rammebetingelser og organisatoriske forhold som tjenesteapparatet har å forholde seg til, framgår det at noen av årsakene til samordningsproblemene finnes innenfor følgende områder:

- Ulike prinsipper i lovgivning for de enkelte helse- og sosialtjenester.
- Ulike plansystemer for de enkelte helse- og sosialtjenester.
- Ulike betalingsordninger for en del helse- og sosialtjenester.
- Mangel på kapasitet i enkelte deler av tjenesteapparatet.
- Ulik politisk og administrativ organisering på de ulike forvaltningsnivåer.
- For svak vekt på det som er felles for helse- og sosialtjenesten i utdanningen av helse- og sosialpersonell.
- For liten kunnskap om hva som skaper samordningsproblemer.
- For svak erfarings- og kunnskapsformidling mellom de ulike instanser i helse og sosialsektoren.

### **Kapittel 1.3 Sammendrag**

5

Grovt sett synes samordningsproblemene å kunne grupperes i forhold til pasient/klientgrupper som er i følgende situasjoner:

- Pasienter/klienter utenfor institusjon med behov for tjenester både fra fylkeskommunen og kommunen. Et eksempel er en ungdom i det kommunale barnevernet som har behov for poliklinisk behandling i barne- og ungdomspsykiatrien.
- Pasienter/klienter som vandrer fram og tilbake mellom tjenester i og utenfor institusjon. Et typisk eksempel er den alkoholskadde som ofte har korte, men mange opphold i alkoholistinstitusjon og behov for for- og ettervern på hjemstedet.
- Langtidspasienter/klienter i institusjon som søkes utskrevet og etablert utenfor institusjon. Eksemplene her er mange og finnes særlig blant psykisk utviklingshemmede og personer med psykiske lidelser.
- Pasienter/klienter som ikke får plass i egnet institusjon til tross for behov. Dette er spesielt akutt for eldre med store omsorgs- og pleiebehov, men vil også gjelde eldre som har medisinsk behandlingsbehov, f.eks hofteleidelser, grå stær m.v.
- Pasienter/klienter som pga mangel på egnet tiltak i egen fylkeskommune, må legges inn i institusjon i et annet fylke. De menneskelige lidelsene blir store. Et eksempel er plassering av barn/unge langt fra hjemkommune og familie, venner osv.
- Pasienter/klienter som har behov for flere tjenester på samme forvaltningsnivå. Et eksempel er eldre pleietrengende som bor hos pårørende hvor både hjemmesykepleie, hjemmehjelp, avlastningsordninger og legetilsyn er aktuelle tiltak.
- Pasienter/klienter som i tillegg til helse- og sosialtjenester har behov for tiltak som andre sektorer har ansvaret for. F.eks vil psykisk utviklingshemmede unge som søkes utskrevet eller bor i foreldrehjemmet, ha behov for bolig, servicetiltak, aktivitets- og arbeidstreningstilbud, transport- og fritidsmuligheter.

### **Kapittel 1.3 Sammendrag**

6

Utvalget har i sin vurdering av hvilke pasient-/klientgrupper som synes særlig utsatte mht mangel på samordning lagt til grunn de reformene og samordningstiltakene som er besluttet gjennomført innen eldreomsorgen (overføring av somatiske sykehjem til kommunene), barne- og ungdomsvernet (handlingsplanen til styrking av barne- og ungdomsvernet) og rusmiddelomsorgen (forsøksprogrammet om samordning i rusmiddelomsorgen). Disse gruppene synes nå å være særlig utsatte:

- Barn og unge, spesielt sterkt pleie- og omsorgstrengende barn/unge med alvorlige funksjonshemninger og kroniske sykdommer.

Vi har valgt å drøfte problemene barn og unge møter under ett uansett om de er funksjonsfriske eller funksjonshemmede. Utvalget ønsker å understreke at barn og unge har samme behov og krav til gode oppvekstforhold uansett problematferd, sykdom, funksjonshemning, familiesituasjon m.v. Enkelte vil ha særlige hjelpebehov, og disse må det etter utvalgets mening være et samlet tjenesteapparats plikt å dekke best mulig. Utvalget har merket seg at verken psykisk utviklingshemmede barn/unge eller andre sterkt pleietrengende i disse aldersgruppene er omtalt i St.meld nr 72 (1984-85) Om barne- og ungdomsvernet. Etter utvalgets mening må det kommunale barnevern sammen med den kommunale og fylkeskommunale helse- og sosialtjenesten i fellesskap føle et forpliktende ansvar for å løse de ulike helsemessige og sosiale problemer barn og unge og deres familier kan ha.

- Eldre, spesielt sterkt pleie- og omsorgstrengende eldre som har behov for både kommunale og fylkeskommunale tjenester, herunder eldre med medisinsk behandlingsbehov i sykehus, rehabiliterings-/attføringsbehov og eldre med psykiske lidelser/demensdiagnose.
- Funksjonshemmede, spesielt psykisk utviklingshemmede unge voksne og voksne og personer med langvarige psykiske lidelser.

Et stort antall psykisk utviklingshemmede ønskes utskrevet fra HVPU-institusjoner til egne hjem. Dette er stort sett voksne ettersom det de senere år har skjedd svært få innskrivninger i HVPU. Samtidig er det et stort antall unge og unge voksne psykisk utviklingshemmede som i dag bor i sine foreldrehjem, og som trenger ulike tjenester i kommunal regi, enten fordi de mister omsorgspersoner eller fordi de kommer i den alderen da de naturlig skal etablere seg utenfor foreldrehjemmet.

Også i omsorgen for personer med psykiske lidelser vil det fortsatt kunne oppstå store "gråsoner". Svært mange av innleggelsene i psykiatriske institusjoner gjelder reinnleggelsener, og vi har dermed mange såkalte "svingdørspasienter". I tillegg ønskes et relativt stort antall langtidspasienter i psykiatriske institusjoner utskrevet til egne hjem.

- Rusmiddelmisbrukere, spesielt de som til nå i stor grad har vandret fram og tilbake mellom kommunene og institusjonene (fra 1985 fylkeskommunene). Det kommunale apparatet har i for liten grad tilbudt forebyggende, oppfølgende og ettervernende tiltak for denne gruppen. Gruppen er svært sammensatt både mht alder, type rusmiddelmisbruk og ved at den enkelte ofte har sammensatte problemer.

## Kapittel 1.3 Sammendrag

### 7

For hver av disse gruppene har utvalget gitt en beskrivelse av behov for og forbruk av helse- og sosialtjenester, og hvordan rammebetingelsene og tilretteleggingen av tjenesteapparatet treffer behovene. Hovedinntrykket er:

- det skjer store endringer i pasient-/klientstrømmene til de ulike deltjenestene ved at flere og flere pasienter/klienter får eller kan få tilbud i det kommunale tjenesteapparatet mot tidligere det

- fylkeskommunale,
- ulike oppgaver og funksjoner defineres i større grad som et kommunalt ansvar, dette gjelder i særlig grad tiltak/tjenester som det er uklare ansvarsforhold for,
  - disse endrede bruker- og oppgavestrømmene er i utilstrekkelig grad fulgt opp av endringer i ressurstilgangen,
  - sektor- og profesjonsinteressene skaper hindringer for en god samordning og et godt samarbeid mellom de ulike enhetene i helse- og sosialsektoren,
  - rammebetingelsene er preget av for stor treghet og for liten fleksibilitet til å fange opp behovet for omstillinger og en oppfølging av nye problemer og behov, nye teknologiske behandlingsmuligheter m.v.,
  - til tross for disse problemene skjer det mye positivt rundt om i kommuner og fylkeskommuner, og en rekke gode løsninger er funnet mange steder. Dette er det viktig å ta vare på og bygge videre på.
- 

### Kapittel 1.3 Sammendrag

8

Med det som er beskrevet over som bakgrunn foreslår utvalget tiltak på en rekke områder:

---

### Kapittel 1.3 Sammendrag

8

Ansvarsforhold, lovgivning og saksbehandling  
(kap 5.2)

På dette området foreslås:

1. Kommunen får basisansvar for omsorgen for psykisk utviklingshemmede.
2. Utvalgets medlemmer Jensen, Naglestad og Vandeskog foreslår at det tas inn tilleggsbestemmelser i helse- og sosiallovene om samarbeid om generelle oppgaveløsninger og om den enkelte pasient/klient både på tvers av og innen forvaltningsnivåene.  
Utvalgets medlemmer Borgersen, Fjeld, Haugen og Myrseth finner det ikke hensiktsmessig å innføre slike lovbestemmelser.
3. Harmonisering av innholdet i "befolkningens rettigheter" og "forvaltningens plikter" i helse- og sosiallovene.
4. Harmonisering av klageordninger ved at de samles på et sted.
5. Innføring av juridiske klageordninger i institusjonshelsetjenesten på linje med de som gjelder for tjenester utenfor institusjon og delvis sosiale institusjoner. Klageordningen bør gjelde både klage på forhold under oppholdet og klage på at tilbud ikke blir gitt.
6. Harmonisering av egenbetalingsordningene på helse- og sosialsektoren.

Utvalget anbefaler at Sosialdepartementet setter igang et utviklingsarbeid på dette feltet, eventuelt som et utredningsprosjekt i regi av departementet. Utvalget viser her til at det foregår et omfattende utredningsarbeid om de kommunale avgifter som bør ses i sammenheng med dette arbeidet.

**Kapittel 1.3 Sammen drag**

8

Planlegging, ressursfordeling og  
dimensjonering (kap 5.3)

Her foreslår utvalget at:

1. Det utarbeides en felles planlov for all helse- og sosialtjeneste som er tilpasset den øvrige planleggingsvirksomheten i kommunene og fylkeskommunene.

Spørsmålet vurderes i forbindelse med arbeidet med ny sosiallov.

I mellomtiden arbeides det med videreutvikling av nåværende plansystemer etter følgende opplegg:

2. Det tas inn en bestemmelse i helse- og sosiallovene om behandlingen av de fylkeskommunale helse- og sosialplanene. Bestemmelsen tar sikte på at fylkeskommunen tidligst mulig under planbehandlingen skal utarbeide og gjøre kjent forslag til løsning av spørsmål i planarbeidet som bør gjøres til gjenstand for nærmere orientering og debatt (åpen planprosess), og at planutkastet sendes kommunene i fylket til uttalelse.

Bestemmelsen begrenses til å gjelde hovedrevisjonen av den fylkeskommunale helse- og sosialplanen, bortsett fra i de tilfeller det planlegges endringer på områder som vil kunne få stor betydning for kommunenes virksomhetsområder.

Kommunenes muligheter for å gjøre seg kjent med og avgi uttalelse må gjelde såvel den fylkeskommunale helseplanleggingen som planleggingen av barnevern- og alkoholistinstitusjoner.

3. Det innføres i tillegg et formalisert samarbeid mellom kommunene og fylkeskommunen om helse- og sosialplanleggingen etter følgende samarbeidsmønster:

Det innkalles til drøftingsmøter knyttet til hovedrevisjonen av de kommunale og fylkeskommunale helse- og sosialplanene. Hensikten med dette er at begge parter skal avdekke problemfelter og klargjøre den videre behandlingen av disse.

4. Uavhengig av om en bestemmer seg for en felles planlov for all helse- og sosialtjeneste eller velger å videreutvikle nåværende plansystemer uten større endringer, foreslås at det legges stor vekt på at kommuner og fylkeskommuner har felles kunnskapsgrunnlag. Dette tilrås gjort slik:

Kommuner og fylkeskommuner mottar samme veiledningsmaterieil. Dette utformes slik at det er enkelt å se helheten og sammenhengene.

Det sendes årlig ut et felles skriv med planforutsetninger til begge forvaltningsnivåer.

Den temaplanleggingen som nå er under utarbeiding i Sosialdepartementet retter seg mot både kommuner og fylkeskommuner på områder hvor felles oppgaveløsninger er særlig aktuelle.

5. Med bakgrunn i informasjonsopplegget som er knyttet til nytt inntektssystem for kommunene og fylkeskommunene foreslås Sosialdepartementets planleggingsinformasjon lagt opp slik:

Det utarbeides årlige planforutsetninger på bakgrunn av Stortingets behandling av det kommunaløkonomiske opplegget hver vår slik at sentralforvaltningen og helse- og sosialadministrasjonen i kommuner og fylkeskommuner reelt kan bruke denne informasjonen i sitt års- og langtidsbudsjettarbeid.

Det utarbeides i tilknytning til dette et samlet årlig planskriv med planforutsetninger for både kommunal og fylkeskommunal helse- og sosialtjeneste.

6. For å bedre kommunenes og fylkeskommunenes grunnlag for å vurdere behov og problemer lokalt, foreslås at:

Sosialdepartementet utarbeider stikkordsmessige oversikter over hva slags informasjon som kan legges til grunn for behovsvurderinger,

hvordan den kan nyttes og hvor den finnes.

Slike oversikter oppdateres med jevne mellomrom og må være en del av det samlede veiledningsmaterieell sentrale myndigheter sender kommuner og fylkeskommuner.

For å bedre samordningen mellom det kommunale og fylkeskommunale planarbeidet må disse oversiktene rette seg mot begge forvaltningsnivåer og inneholde en samlet framstilling av datagrunnlaget for planleggingen på begge nivåer.

Statistisk sentralbyrå må utvikle snarstatistikk som kan brukes i det løpende planarbeidet.

7. Ut fra økende behov for at planleggingen skal konsentrere seg om områder og problemstillinger som vil være av størst samfunnsmessig og politisk betydning i kommende år, foreslår utvalget at:

Det innføres en fast ordning med frivillig temaplanlegging på tvers av forvaltningsnivåene etter modell fra Danmark.

Temaplanleggingen knyttes til eksisterende plansystemer (eventuelt til ny samlet planlov) på begge forvaltningsnivåer.

Når sentrale myndigheter fastlegger tema, følges dette opp med veiledningsmaterieell som utformes i nært samarbeid med Norske kommuners sentralforbund.

Veiledningsmaterieellet utformes slik at det kan være til nytte både for kommuner og fylkeskommuner.

Som et ledd i sentrale myndigheters arbeid med helse- og sosialplanleggingen, formidles erfaringene fra temaplanleggingen tilbake i form av veiledningsmaterieell/løpende publikasjoner.

Det vurderes om det er hensiktsmessig å utforme slikt veiledningsmaterieell rettet mot spesifikke brukergrupper eller om en bør legge mer vekt på de oppgaver og funksjoner som skal planlegges.

8. Uavhengig av innføring av temaplanlegging foreslår utvalget at den løpende veiledningsvirksomheten styrkes ved at:

Sosialdepartementet så raskt som mulig samler inn vedtatte kommunale og fylkeskommunale helse- og sosialplaner og bearbeider disse etter det tilbakemeldingsopplegget en har i Danmark.

9. Til slutt på dette området foreslås at det igangsettes et utviklingsarbeid om den statlig-kommunale planleggingsaktiviteten i Norge. Etter utvalgets mening skulle forholdene ligge vel til rette for en samlet vurdering av plan- og budsjettssystemene for kommunesektoren i og med nytt inntektsystem, ny plan- og bygningslov og videreutviklingen av helse- og sosialplanleggingen.

## Kapittel 1.3 Sammendrag

### 8

Betalings-/oppgjørsordninger mellom kommuner og fylkeskommuner. (kap 5.4)

Bruk av betalingsordninger eller oppgjørsordninger mellom kommuner og fylkeskommuner er en type tiltak som kan brukes for å fjerne de økonomiske gevinster ved å skyve pasienter/klienter over i det andre forvaltningsnivås tjenestetilbud.

Betalingsordninger kan også utformes slik at de gir direkte økonomisk stimulans til å bygge ut tiltak på en slik måte at tjenester og tiltak på det kommunale og fylkeskommunale plan blir tilpasset hverandre, og til at pasienter/klienter blir behandlet på det mest effektive omsorgsnivå.

F.eks kan betalingsordninger brukes som et aktivt virkemiddel for å få til en raskere utbygging av omsorgstilbud utenfor institusjon for pasienter/klienter som i dag ikke kan skrives ut fordi en mangler tilbud i den hjemmebaserte omsorgen.

De kan utformes slik at de stimulerer til samarbeidstiltak mellom

kommuner og fylkeskommuner om pasienter/klienter som er i gråsonen mellom dem.

Slike ordninger kan også utformes for å stimulere til en mer effektiv utnyttelse av de tjenestetilbud vi har i dag.

Betalingsordninger mellom kommuner og fylkeskommuner kan derfor etter utvalgets mening bli et viktig virkemiddel til å unngå gråsoneproblemer der det er uavklarte ansvarsforhold, medvirke til en omstrukturering der hvor dette er ønskelig og føre til bedre ressursutnyttelse og dimensjonering av tjenestetilbudene. En kan også via betalingsordninger bedre samarbeidet mellom kommuner og fylkeskommuner. Utvalget viser til at en i Danmark har arbeidet lenge med slike spørsmål. Resultatene der er at en fra 1987 innfører betalingsordninger mellom kommuner og amtskommuner for en rekke sosiale tjenester, og at det vurderes å innføre en kommunal betalingsordning for alle somatiske og psykiatriske institusjonstjenester.

Hvordan betalingsordninger virker vil langt på vei avgjøres av hvordan de utformes og hvilke priser som settes.

Utvalget har vurdert 3 hovedmodeller for innføring av betalingsordninger for sosial- og helsetjenester i Norge:

- Modell 1 - Kommunal betaling for fylkeskommunale tjenester.
- Modell 2 - Fylkeskommunal medfinansiering av kommunale tjenester.
- Modell 3 - Fylkeskommunen og kommunen betaler for tjenesten uavhengig av hvem som har ansvaret for tjenesten (gjensidighetsprinsippet).

Utvalgets vurdering oppsummerer seg slik:

## **Kapittel 1.3** Sammendrag

8

Betalings-/oppgjørsordninger mellom kommuner og fylkeskommuner. (kap 5.4)

1 Somatisk sykehussektor

Det innføres ingen generell betalingsordning mellom kommuner og fylkeskommuner for somatiske helsetjenester i institusjon. Dette vil eventuelt kreve en mer omfattende utredning enn utvalget har hatt muligheter til å gjennomføre.

Utvalget har delt seg i spørsmålet om en betalingsordning for "ferdigbehandlede" pasienter i somatiske sykehus.

Utvalgets medlemmer Borgersen, Fjeld, Haugen, Jensen, Myrseth og Vandeskog går heller ikke inn for at det innføres en kommunal betaling for "ferdigbehandlede" pasienter i somatiske sykehus.

Medlemmet Naglestad foreslår at kommunene betaler "pleietakst" for ferdigbehandlede pasienter i sykehus.

Hele utvalget foreslår at:

Det innføres en lovbestemt plikt for fylkeskommunene til å betale for særlig ressurskrevende kommunale tiltak utenfor institusjon for kronisk syke/funksjonshemmede barn opp til 18 år.

Fylkeskommunenes betalingsplikt inntreer når omkostningene til tiltaket overskrider et beløp i størrelsesorden dagens barneverntakst.

Fylkeskommunens medfinansiering kan fastsettes på to måter enten ved at fylkeskommunen fullt ut betaler det beløp som overskrider denne taksten eller ved at kommunen og fylkeskommunen betaler 50 pst hver av det overskytende.

Taksten fastsettes av departementet.

Ordningen forutsetter at fylkeskommunen godkjenner opplegget i hvert enkelt tilfelle.

Konflikter om utgiftsdekningen løses etter forslaget i kap 5.7 om konfliktløsning.



---

**Kapittel 1.3 Sammendrag**

8

Betalings-/oppgjørordninger mellom kommuner og fylkeskommuner. (kap 5.4)

2 Helsevernet for psykisk utviklingshemmede

Det innføres en betalingsordning med kommunen som kjøper av fylkeskommunale HVPU-tjenester. Taksten settes til gjennomsnittlig kurdøgnpris for somatiske sykehjem "pleietakst", løpende fra første innleggelsesdag fra det tidspunkt ordningen gjennomføres.

Denne ordningen er et alternativ til HVPU-utvalgets forslag om endring i ansvar og finansieringsordning (statlig finansiert fond) og kan gi noen av de samme effektene uten at det tas stilling til om HVPU-institusjonene skal nedlegges.

Kommunen må få tilført et beløp tilsvarende de merutgiftene kommunene får ved ordningen.

---

**Kapittel 1.3 Sammendrag**

8

Betalings-/oppgjørordninger mellom kommuner og fylkeskommuner. (kap 5.4)

3 Psykisk helsevern

Utvalget har delt seg i spørsmålet om en generell betalingsordning for psykiatriske institusjonstjenester.

Utvalgets medlemmer Borgersen, Haugen, Fjeld, Myrseth og Vandeskog går ikke inn for at det innføres en kommunal betaling for alle typer psykiatriske institusjoner.

Utvalgets medlemmer Jensen og Naglestad ønsker at det innføres en generell kommunal betalingsordning for psykiatriske institusjoner av liknende type som utvalget har anbefalt for HVPU-omsorgen.

Hele utvalget avviser en betalingsordning knyttet bare til gruppen langtidspasienter i psykiatriske institusjoner.

Også når det gjelder spørsmålet om å innføre en betalingsordning for psykiatriske sykehjem er utvalget delt.

Medlemmene Borgersen, Haugen og Myrseth ønsker ikke en betalingsordning på dette området før en har vunnet erfaring med betalingsordning innen HVPU og med integreringen av de somatiske sykehjemmene i den kommunale helse- og sosialtjenesten.

Medlemmene Jensen og Naglestad viser til at disse medlemmers forslag om en generell betalingsordning for psykiatriske institusjonstjenester også omfatter psykiatriske sykehjem.

Medlemmene Fjeld og Vandeskog foreslår at det innføres en betalingsordning hvor kommunene i prinsippet er økonomisk ansvarlig for almene tjenester i psykiatriske sykehjem, og at kommunene kjøper et visst antall plasser på årsbasis gjennom avtale med fylkeskommunen.

Samtlige betalingsordninger foreslås innført samtidig som de somatiske sykehjemmene overføres til kommunene, dvs fra 1.1.1988

---

**Kapittel 1.3 Sammendrag**

8

**Organisering av offentlig forvaltning  
(kap 5.5)**

Organisering av den offentlige forvaltningen (politisk og administrativt) vil være et viktig virkemiddel til å oppnå en bedre samordning og et bedre samarbeid mellom forvaltningsnivåene. Utvalget foreslår på dette området:

1. Samtlige kommuner som har fått dispensasjon fra særlovgivningen for å drive forsøk med felles helse- og sosialstyre gis anledning til å fortsette med dette uten ny dispensasjon. Kravet til evaluering faller bort.
2. Kommunene anbefales å opprette et felles helse- og sosialstyre etter kommunelovens bestemmelser og stilles fritt til å velge underutvalg.
3. Kommunene anbefales å organisere sine helse- og sosialtjenester i en felles helse- og sosialadministrasjon.
4. Det vurderes en samordning av fylkesmannsembetet og fylkeslegeembetet etter følgende alternativ;
  - det etableres en felles helse- og sosialavdeling ved fylkesmannens kontor,
  - det etableres en samlokalisering kontormessig for fylkesmannen og fylkeslegen,
  - det innføres faste samarbeids- og informasjonsrutiner og møter.

---

**Kapittel 1.3 Sammendrag**

8

**Samarbeidsopplegg/daglige rutiner (kap 5.6)**

Innenfor dette tiltaksområdet gir utvalget en rekke anbefalinger. De mange opplegg som drøftes må ses på som en idekatalog som kommuner og fylkeskommuner kan vurdere og dra nytte av etter behov.

Utvalget anbefaler:

1. At den enkelte kommune etablerer en samlet og enhetlig organisert omsorgstjeneste, og at det legges vekt på de funksjoner som skal dekkes og ikke på hvilke profesjoner som utfører de ulike tjenestene.
2. At sosialtjenesten blir representert i inn- og utskrivingsrådet for de somatiske sykehjemmene.
3. At det gis anledning til prøveopphold i sykehjem før det tas stilling til mer langvarige opphold.
4. At det innføres en rekke rutiner for samarbeidet mellom somatiske sykehus og det kommunale tjenesteapparat.
5. At det utarbeides en pasient-/klientplan til bruk under innskriving, selve oppholdet og utskrivning av andre (langtids-)institusjoner.
6. At en lager gode samarbeidsrutiner mellom barne- og ungdomspsykiatrien og barnevernet (både det kommunale barnevernet og de fylkeskommunale barneverninstitusjonene).
7. At kommuner og fylkeskommunen utarbeider rammeavtaler for samarbeid om pasienter/klienter etter visse kriterier, og at disse suppleres med individuelle-/gruppeavtaler i det enkelte tilfelle.
8. At kommunene oppretter eller viderefører arbeidet med tverretatlige/tverrfaglige team etter visse hovedprinsipper.

9. At det daglige arbeidet på pleie- og omsorgssektoren skjer ut fra en distriktsvis inndeling av personellet.
10. At det vurderes å innføre pasientplaner-/omsorgsplaner/mer langsiktige oversiktsplaner for oppfølgingen av den enkelte pasient/klient og til hjelp i planleggingen.
11. At kommunene og fylkeskommunene vurderer å utvikle modeller for ambulerende spesialistpraksis som en samarbeidsmodell.
12. At tiltakskjedepriippet (jfr barne- og ungdomsvernet og rusmiddelomsorgen) kan være nyttig også for andre områder på helse- og sosialsektoren.
13. At statlige fagmyndigheter vurderer nærmere å igangsette veiledende behandlingsprogrammer i Norge slik en har gode erfaringer fra i Sverige.

## Kapittel 1.3 Sammendrag

### 8

#### Konfliktløsning (kap 5.7)

Utvalget har vurdert det som nødvendig å innføre en konfliktløsningsordning som skal kunne fungere som et sikkerhetsnett i saker som ikke lar seg løse ved andre tiltak som er foreslått eller ved eksisterende konfliktløsningsordninger. Med de mange muligheter som allerede er til stede av både uformell og formell art, antar utvalget at en slik konfliktløsningsordning ikke vil være mye brukt, men at den vil være nødvendig for å sikre en lik behandling landet over uavhengig av problem som skal løses.

Utvalget har festet seg ved en tvisteløsning tilsvarende den en har om utgiftsfordeling mellom kommuner (sosialomsorgsloven) og mellom kommuner og fylkeskommuner (barnevernloven). Rent konkret foreslår utvalget at:

1. Det vurderes i det enkelte fylke å utarbeide samarbeidsavtaler om løsning av fellesoppgaver, jfr de avtalene som allerede er etablert/er under utarbeiding mange steder.
2. Dersom det er enighet om det, bør fylkesmannen kunne innkalle partene til drøftinger med sikte på å komme fram til en omforent løsning på en enkeltsak.
3. Dersom disse ordningene ikke lykkes, følges et slikt opplegg:  
Det tas inn bestemmelser i helse- og sosiallovene om at tvister som oppstår mellom en kommune og fylkeskommunen om hvem som skal ha ansvaret for å yte tjenester/tiltak til en bestemt pasient/klient, herunder behovet for samarbeid om oppgaveløsning og utgiftsfordeling, avgjøres av Sosialdepartementet.

Departementet avgjør slike tvister på grunnlag av opplysninger fra partene. Saken sendes via fylkesmannen som sørger for at alle relevante opplysninger følger saken samt gir sin vurdering med forslag til løsning.

Etter en forholdsvis kort innkjøringsperiode delegeres slike saker til fylkesmannen. Departementet gir regler for saksbehandlingen.

Departementet gir et generelt pålegg om at det forvaltningsnivået som har ansvaret for den tjenesten/tiltaket pasienten/klienten er i når tvisten oppstår, har plikt til å påse at konflikten ikke medfører at vedkommende klient/pasient står uten tilbud.

Sakene vil ofte omfatte spørsmål som gjelder helsetjenester og sosialtjenester. Det er derfor viktig å komme fram til en egnet organisering av saksbehandlingen i departementet som ivaretar dette. Tilsvarende ved eventuell delegering til fylkesmannen.

**Kapittel 1.3 Sammendrag**

8

Forskning, utredning og forsøk -  
kunnskapsformidling og informasjon kap 5.8)

Utvalget foreslår at:

1. Det utarbeides et program for forskning, utredning og forsøk for å få belyst samordningsaspekter ved helse- og sosialtjenesten. Kommuner og fylkeskommuner må stå sentralt i utformingen av programmet. Programmet bør vare over en viss tid, f.eks 3 - 5 år. Som et minimum må avsettes 3 mill kroner årlig til et slikt program. Dette bør tas opp av Sosialdepartementet i budsjettssammenheng.

Som et ledd i programmet settes snarlig igang et forsøks- og evalueringsprosjekt i ett fylke for utprøving av en modell for en samordnet tjenestekjede for behandling, pleie og omsorg. Det legges vekt på å få vurdert konsekvensene for ulike brukergrupper. Herunder funksjonsfordelingen mellom forvaltningsnivåene og hvordan en samordnet kommunal og fylkeskommunal planlegging og aktuelle betalingsordninger virker. Prosjektet bør ha en varighet på 3 - 5 år.

Sosialdepartementet har ansvar for evaluering og bearbeiding av forsøks- og utviklingsresultatene. Erfaringene systematiseres og formidles tilbake til kommunesektoren som en naturlig del av virksomheten.

2. Det igangsettes et utviklingsarbeid med sikte på å opprette en felles idebank for helse- og sosialsektoren. NKS må stå sentralt i dette.

Kommuner, fylkeskommuner og andre brukergrupper deltar i utviklingsarbeidet.

**Kapittel 1.3 Sammendrag**

8

Utdanning av helse- og sosialpersonell  
(kap 5.9)

Helse- og sosialpersonellet er en av de viktigste ressursene i helse- og sosialsektoren. Det er en viktig forutsetning for kvaliteten på tjenesteapparatet at det faglige nivå på de ulike personellgruppene svarer til de oppgavene som skal løses. For å sikre denne kvaliteten må det etter utvalgets mening legges mer vekt på samordning/samarbeid i utdanningen av personellet. En bedre skolerung av både faglært og ufaglært personell er et viktig grunnlag for gjennomføring av mange av utvalgets øvrige forslag.

De tiltakene utvalget foreslår på dette feltet er:

1. Det legges større vekt på tverrfaglig samarbeid på alle nivåer i utdanningen.

Dette kan gjøres ved at det gis kunnskap om hva andre yrkesgrupper det er naturlig å samarbeide med, sitter inne med av kompetanse og tilbud/tiltak. Dette kan gjennomføres på mange måter: Samlokalisering, felles lærerkrefter, felles pensum på enkelte viktige samarbeidsområder, og felles grunnlag i grunnutdanningen.

2. Mer og bedre kunnskaper om det systemet personellet skal fungere i.

Dette vil bl.a være opprioritering av kunnskaper om administrative forhold, forvaltningens oppbygging, saksbehandling, brukerrettigheter m.v., kunnskaper om samfunnsplanlegging, samfunnsøkonomi, sektorplanlegging og helseøkonomi.

### 3. Konkret opplæring i samarbeidsmodeller m.v.

Slik opplæring kan best skje gjennom videre- og etterutdanning. Videre- og etterutdanning kan skje gjennom den vanlige virksomheten på dette området: Eksterne og interne opplæringstilbud, "på-jobben-trening", utveksling av personell mellom tjenestegrener og forvaltningsnivåer m.v. Hovedpoenget her er at en legger vekt på tverrfaglig samarbeid, mer og bedre kunnskap om det systemet helse- og sosialpersonellet skal fungere i og hvordan en skal samarbeide i praksis, og at helse- og sosialpersonell får felles videre- og etterutdanningstilbud hvor begge personellgrupper møtes i den grad det er behov for det.

## Kapittel 1.3 Sammendrag

### 9 Administrative og økonomiske konsekvenser kap 6)

De administrative konsekvensene av utvalgets forslag antas ikke å føre til merbelastning for de ulike forvaltningsnivåene totalt sett. Tvert imot har utvalget lagt til grunn at en bedre samordning og bedre samarbeid mellom forvaltningsnivåene og de ulike enhetene i helse- og sosialtjenesten vil føre til en mer effektiv måte å utnytte personellressurser på. Også for brukerne av tjenesteapparatet må det antas at virkningene blir positive i og med at lov- og regelverk foreslås harmonisert, og at utvalget understreker behovet for en mest mulig samlet helse- og sosialtjeneste. På ett punkt vil muligens utvalgets forslag føre til merarbeid for kommuner og fylkeskommuner, det er forslagene om innføring av betalingsordninger på ulike områder. Utvalget har anbefalt at slike ordninger innføres samtidig som de somatiske sykehjemmene overføres til kommunene slik at det merarbeid kommunene får med sykehjemmene kan ses i sammenheng med andre større reformer på det administrative og økonomiske plan.

Utvalget understreker behovet for at kommunesektoren, og da i særlig grad kommunene, får tilført økte ressurser i tida framover. Både som følge av de betalingsreformene utvalget foreslår, og som en følge av at utbyggingen av en del viktige tjenester/tiltak ikke synes å ha vært tilstrekkelig sett i forhold til befolkningens behov og problemer.

Isolert sett antar utvalget at innføring av betalingsordninger ikke forutsetter økte ressurser idet det her er snakk om å omfordele inntekter mellom kommuner og fylkeskommuner. Utvalget vurderer imidlertid dagens situasjon slik at det er lite realistisk å anta at de reformer/endringer utvalget foreslår vil kunne la seg gjøre uten økte ressurser.