



Kommunehelsetjenesteloven § 2-1 og rett til ergoterapitjenester.

av Eli Åsgård

Liten masteroppgave i rettsvitenskap

ved Universitetet i Tromsø

Det juridiske fakultet

Våren 2008

INNHold

1. INNLEDNING

1.1 Presentasjon av tema

1.2 Hva er ergoterapi?

1.3 Rettskilder og spesielle metodespørsmål

1.4 Rettighetsbegrepet i kommunehelsetjenesteloven

1.5 Rettssikkerhet i kommunehelsetjenesten

2. HAR BORGERNE RETTSKRAV PÅ ERGOTERAPITJENESTER ETTER KOMMUNEHELSESTJENESTELOVEN § 2-1?

2.1 Kommunehelsetjenesteloven § 2-1 som rettighetsbestemmelse

2.2 Hva er vilkårene for rett til helsehjelp/ergoterapi?

2.3 Helsehjelpens art – er ergoterapitjenester omfattet av retten til helsehjelp?

2.3.1 Omfatter retten til helsehjelp i form av medisinsk rehabilitering ergoterapitjenester?

2.3.2 Innebærer khl § 1-3 andre og fjerde ledd noen begrensninger i forhold til borgernes rettigheter etter khl § 2-1?

3. DET NÆRMERE INNHOLDET I RETTSKRAVET

3.1 Helsehjelpens omfang – hvor ligger nivået for minstestandarden på helsehjelp i dag og omfatter minstestandarden ergoterapitjenester?

3.2 Helsehjelpens kvalitet – kan en fysioterapeut utføre ergoterapitjenester som tilfredsstillor lovens krav til helsehjelpens kvalitet jf khl § 2-1?

3.2.1 Hvilket ansvar har kommunen for at helsehjelpen er forsvarlig?

3.2.2 Kan en kommune pålegge en fysioterapeut å gi helsehjelp i form av ergoterapitjenester?

3.3 Når skal helsehjelpen/ergoterapitjenesten gis?

4. RETTSPOLITISK DRØFTELSE

1. INNLEDNING

1.1 Presentasjon av tema

Tema for oppgaven er kommunehelsetjenesteloven (khl) § 2-1 og spørsmålet om bestemmelsen gir rett til nødvendig helsehjelp i form av ergoterapitjenester. Et av de viktigste formålene med khl § 2-1 var i følge forarbeidene et ønske om å oppnå større likhet i adgangen til å få helsehjelp i hele landet. I forarbeidene går det fram at det med bestemmelsen var ment å lovfeste rettigheter for den enkelte borger, og tilsvarende plikter for det offentlige.¹ Samtidig var det ikke uten videre klart om bestemmelsen ga noe egentlig individuelt rettskrav på helsehjelp. Etter bestemmelsen har enhver som bor eller oppholder seg i en kommune "rett til" nødvendig helsehjelp. Ordlyden taler for at lovgiver har ment å gi rettigheter til borgerne. Bestemmelsen gir imidlertid ikke klare kriterier for tildeling og utmåling, og forarbeidsuttalelser kan tolkes til at kommunen kan ta ressursforbehold. Dette taler mot at bestemmelsen gir rettigheter til borgerne. Ut fra dette var det lenge etter at loven var trådt i kraft uklart om bestemmelsen ga borgerne materielle rettigheter til tross for ordlyden. Dette ble avklart i Fusa-dommen (Rt-1990-874) hvor det på side 888 heter at "I denne sak er det ikke tvilsomt at A i utgangspunktet hadde...rett til helsetjenester etter kommunehelsetjenesteloven § 2-1". Det taler for at bestemmelsen gir borgerne rettskrav på helsehjelp. Det nærmere innholdet i Fusa-dommen vil jeg komme inn på senere i oppgaven (punkt 2.1). I oppgaven vil jeg ikke gå i dybden på tolkning av rettighetsbegrepet i khl § 2-1.

Khl § 2-1 hjemler en rett av et svært ubestemt innhold. Jeg ønsker å se nærmere på spørsmålet om borgerne har rettskrav på ergoterapitjenester fordi det må anses som en uavklart rettslig problemstilling. Spørsmålet er av stor betydning for mange mennesker som har behov for tjenesten, men som ikke får sitt behov dekket. Det som skaper usikkerhet for om ergoterapi omfattes av rettskravet er ordlyden i khl § 1-3. Av denne bestemmelsens første ledd går det fram hvilke oppgaver helsetjenesten skal omfatte, og av andre ledd går det fram hvilke deltjenester kommunen "skal" ha for å løse disse oppgavene.

Ergoterapitjenester er ikke nevnt her som en tjeneste kommunen er forpliktet til å opprette, men er nevnt i § 1-3 fjerde ledd som en tjeneste kommunen "kan" organisere. Dette trekker i retning av at kommunen ikke er forpliktet til å opprette ergoterapitjenester. På den annen

¹ Ot.prp. nr. 36 (1980-1981) *Om lov om helsetjenesten i kommunene*, s.122

side gir khl § 2-1 en selvstendig hjemmel for rett for borgerne og plikt for kommunene. Dette har skapt tolkningstvil. I teorien har noen hevdet at bestemmelsen ikke gir rett til ergoterapitjenester, mens andre har hevdet at bestemmelsen gir rett til ergoterapitjenester.

En person som fyller vilkårene i khl § 2-1, har et rettskrav på nødvendig hjelp fra kommunen. Kommunen på sin side har en rettslig plikt til å gi den tjeneste søkeren har krav på. Hva det innebærer å ha en rettighet for borgeren og en plikt for kommunen vil jeg komme nærmere inn på i pkt 1.4. Selv om en person som har krav på nødvendig helsehjelp, ikke har et ubetinget rettskrav på en bestemt type helsehjelp, begrenses kommunens valgfrihet blant annet av forsvarlighetskravet i helsepersonelloven § 4 og tjenestemottakerens rett til å medvirke jf khl § 2-1 andre ledd og pasientrettighetslovens § 3-1. I de kommuner det ikke er ansatt ergoterapeuter vil det kunne oppstå spørsmål om andre yrkesgrupper vil kunne utføre ergoterapitjenester, og hvilke grenser det generelle forsvarlighetskravet vil sette for hva andre enn kvalifisert helsepersonell kan utføre. Disse problemstillingene vil også bli behandlet i oppgaven.

Oppgaven vil i liten grad komme inn på prosessuelle rettsspørsmål.

1.2 Hva er ergoterapi?²

Ergoterapeuter har sitt arbeidsfelt innen helsefremmende, forebyggende, behandlende, rehabiliterende, habiliterende og vedlikeholdende arbeid.

Ergoterapitjenesten arbeider med å fremme helse gjennom aktivitet. Alt mennesket gjør er aktivitet. Som eksempler på aktivitet kan nevnes å stå opp, vaske seg, kle på seg, spise, lage mat, handle, stelle barn, kjøre bil, arbeide, studere, lære, leke, dyrke hobbyer, være sammen med andre, lese med mer. Hvilke aktiviteter som er i fokus varierer med alder og er forskjellig fra person til person.

Behovet for ergoterapi melder seg når sykdom, funksjonsnedsettelse eller miljøfaktorer medfører problemer som hemmer, hindrer eller truer personens daglige aktiviteter. Ergoterapitilbudet retter seg mot trening og tilrettelegging i lek og andre aktiviteter som vedkommende deltar i på jobb, skole, i hjemmet og ved fritidsaktiviteter.

² Framstillingen i dette punktet bygger på informasjon som er hentet fra nettstedet til ergoterapeutforbundet og utdanningsinstitusjoner som utdanner ergoterapeuter. <http://www.netf.no/ergoterapi/ergoterapi1.htm>, <http://www.hitos.no>, <http://www.hib.no/studier/studie.asp?studieID=GRF> (tilgjengelig oktober 2008)

Ergoterapitjenesten tar utgangspunkt i personens ønsker og behov for hvilke aktiviteter de vil være med på. Personens funksjon og forutsetninger for å mestre aktiviteten blir vurdert sammen med omgivelsene aktiviteten skal foregå i. Virkemidler i ergoterapi kan være å gi råd om hvordan aktiviteter kan utføres for å fremme mestring og helse, råd om alternative arbeidsteknikker, forenkling av rutiner, tilpasning av omgivelser og tilpasning av tekniske hjelpemidler for å lette utføringen av daglige aktiviteter. Trening kan være rettet mot funksjoner som er grunnleggende for å mestre sammensatte aktiviteter i dagliglivet. Daglige gjøremål, fritidsaktiviteter og kreative aktiviteter benyttes som virkemidler i behandlingen, samtidig som mestring av aktiviteten kan være et mål i seg selv.

Ergoterapeuter jobber med relasjonen mellom person og omgivelser, ved blant annet å endre omgivelsene for at de skal passe for alle. At en persons fysiske funksjonsevne er nedsatt har i stor grad å gjøre med hindringer som begrenser individets deltagelse i samfunnet. Det kan oppstå et gap mellom personens forutsetning for aktivitet og omgivelsenes krav til aktivitet. Ergoterapeuter har god kompetanse på tiltak som kan minske gapet mellom borgernes funksjon og omgivelsenes krav.

1.3 Rettskilder og spesielle metodespørsmål

Ved tolkning av khl § 2-1 vil lovens ordlyd og tilhørende lovforarbeider være de viktigste rettskildefaktorene. Det første forslaget til lov om helsetjenesten i kommunen ble lagt fram i Ot.prp. nr 36 (1980-81). Dette forslaget ble ikke behandlet i Stortinget. Proposisjonen ble fremmet på nytt med de endringene som framgikk av Ot.prp. nr. 66 (1981-82). I Ot.prp. nr. 66 (1981-82)³ heter det at på de punkter det ikke er gjort forslag til endringer, gjelder de begrunnelsene som ble gitt i Ot.prp. nr. 36 (1980-81). Det er derfor flere steder i oppgaven vist til Ot.prp. nr 36 (1980-81). Det foreligger få andre tunge rettskildefaktorer i tillegg til lovteksten og forarbeidene. Det finnes noen forskriftsbestemmelser som vil ha betydning på området. Forskrifter er like bindende som loven selv, forutsatt at de ligger innenfor fullmaktens rammer.

Det foreligger lite rettspraksis på det viktige spørsmål om retten til nødvendig helsehjelp etter kommunehelsetjenesteloven § 2-1 er oppfylt. Det preger rettskildebildet på området. Høyesterett har tatt stilling til spørsmålet i Fusa-dommen. Avgjørelsen gir svar på spørsmål

³ Ot.prp. nr. 66 (1981-1982) *Om lov om helsetjenesten i kommunene* s. 3

av generell karakter, og har betydning for å klarlegge rekkevidden av retten til nødvendig helsehjelp. Det foreligger ikke rettspraksis som avklarer spørsmålet om borgerne har rettskrav på nødvendig helsehjelp i form av ergoterapitjenester.

I juridisk litteratur er retten til ergoterapi nevnt i noen få setninger, men det foreligger ikke noen grundig gjennomgang av temaet i litteraturen.

Menneskerettighetene er en rettskilde som er av stor viktighet på helserettens område. Helselovgivningen påvirkes av og må forholde seg til folkerettslige krav til nasjonal lovgivning. Menneskerettigheter kan defineres som overordnede etiske og folkerettslige prinsipper.⁴ Etter menneskerettsloven (mnskrl) § 2 skal fire konvensjoner gjelde som norsk lov. Flere av bestemmelsene i konvensjonene er viktig for helselovgivningen. Hvis det er motstrid mellom bestemmelser i menneskerettskonvensjonene og norsk lov, skal konvensjonsbestemmelsene gå foran jf mnskrl § 3.

I FN konvensjonen om barns rettigheter er blant annet art 9 og 23 viktige bestemmelser for barn med nedsatt funksjonsevnes rettigheter etter helselovgivningen. Art 23 ivaretar hensynet til at barn med nedsatt funksjonsevne skal få helsetjenester på et nivå som sikrer en aktiv og meningsfull tilværelse i samfunnet på linje med andre. Art 9 ivaretar barnets rett til ikke å bli skilt fra sine foreldre mot deres vilje, der dette er mulig. Dette samsvarer også med det biologiske prinsipp som går ut på at barn skal vokse opp hos sine foreldre, dersom dette er mulig.⁵ Det har stor verdi for barn å kunne vokse opp hos sine foreldre, og helsetjenesten må være med å sikre dette.

Helsetjenesten må ha et innhold som i størst mulig grad sikrer disse rettighetene.

Når det gjelder klagesaker over avslag på ergoterapitjenester etter khl § 2-1 har jeg ikke kjennskap til relevant forvaltningspraksis.

Reelle hensyn vil være relevante når rettstilstanden på kommunehelsetjenestelovens område skal belyses og fastlegges. Når lovens ordlyd, rettspraksis, lovforarbeider og andre tungtveiende rettskildefaktorer gir liten veiledning om hvordan spørsmål etter khl § 2-1 skal løses, vil reelle hensyn være en viktig rettskildefaktor. Reelle hensyn vil i denne

⁴ NOU 2004: 18 *Helhet og plan i sosial og helsetjenestene* s. 30

⁵ Ot.prp. nr. 56 (1996-97) *Om lov om endringer i lov 8. april 1981 nr. 7 om barn og foreldre (barnelova) pkt. 5.4.14* (november 2008)

sammenhengen komme inn som vurderinger av ulike slag ved tolkning av loven og ved fastleggelse av en rettsregel. Med reelle hensyn menes blant annet alminnelige rettsprinsipper og formålsbetraktninger.⁶

Ved tolkning av loven vil formålet med loven kunne gi bidrag til hvordan loven skal forstås. Kommunehelsetjenesteloven inneholder en formålsbestemmelse i § 1-2. Formålet har tatt inn et samfunnsbyggende perspektiv i tillegg til behandlingsperspektivet.

Etter kommunehelsetjenesteloven ble vedtatt har det skjedd store endringer i helsesektoren. Innholdet i tjenestene har endret seg og mottakerne har endret seg. I tillegg er det tilsatt mer helsepersonell og driftsutgiftene til helsetjenestene har økt. Tjenestene må i dag ivareta andre behov enn det som var i fokus da loven ble gitt. Det har skjedd store sosialpolitiske endringer i tråd med menneskerettighetene. Det har skjedd en "av-institusjonalisering" ved for eksempel HVPU-reformen. Det er også vedtatt en rekke lover som gir borgerne rettigheter blant annet i forhold til opplæring, folketrygd og pasientrettigheter. Det har skjedd en økt vektlegging av integrering i nærmiljøet av personer med funksjonsnedsettelse hvor det er økt fokus på likeverdig deltagelse i samfunnet for alle og hvor barns rett til å vokse opp med familien og retten til å gå på skole i hjemmemiljøet er resultater av denne tankegangen. Målsettingen om at eldre skal bo lengst mulig i eget hjem, og at varig innleggelse i institusjon ikke skal være hovedløsningen er også et resultat av denne utviklingen.

Vurderinger av hvilke formål som søkes realisert gjennom lovgivningen og verdigrunnlaget som skal realiseres gjennom kommunehelsetjenestelovgivning må sees på bakgrunn av denne utviklingen.

I Sosialtjenesteloven (sotjl) § 1-1 går det fram at lovens formål blant annet er å bidra til at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig og til å ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre. Sosialtjenesteloven ble vedtatt ni år etter kommunehelsetjenesteloven. Formålsbestemmelsen i denne loven kan være illustrerende for den utvikling av verdisynet på kommunale tjenester som har skjedd etter kommunehelsetjenesteloven ble vedtatt, og kan derfor også ha betydning ved tolkning av kommunehelsetjenesteloven.

⁶Asbjørn Kjønstad: *Helserett* (2007) s. 66

Hensynet til likeverd og rettferdighet taler for at velferdsgoder skal være tilgjengelige og like for alle. Med likeverd forstås at alle mennesker er like verdifulle og har samme menneskeverd, og at variasjoner i funksjonsevnen er et naturlig uttrykk for menneskelig mangfold.⁷ I NOU 2004: 18 som inneholder utkast til lov om sosial- og helsetjenester i kommunen⁸ er likeverd og rettferdighet fremhevet som sentrale verdier. Disse verdiene er også fremhevet i forslag til lov om forbud mot diskriminering på grunn av nedsatt funksjonsevne (diskriminerings- og tilgjengelighetsloven). Loven trer i kraft 01.01.09. I formålsbestemmelsen går det fram at "lovens formål er å fremme likestilling og likeverd, sikre like muligheter og rettigheter til samfunnsdeltakelse for alle..."⁹ Dette speiler utviklingen i verdisynet i ny lovgivning og kan også ha betydning som tolkningsfaktor i forhold til khl § 2-1.

I forarbeidene til kommunehelsetjenesteloven er det fremhevet at den enkelte som har behov for helsehjelp gis rettskrav på den hjelp som er nødvendig for "å oppnå større likhet i adgangen til å få helsehjelp av forskjellig art i hele landet".¹⁰ Dette taler for at loven er ment å ivareta hensynet til en rettferdig fordeling, og at den skal virke kompenserende ut fra folks hjelpebehov.

Hensynet til likeverd og rettferdighet har stor betydning for å oppnå at helsetilbudet reelt skal være likt og rettferdig, og må anses å være et bærende hensyn i kommunehelsetjenesteloven i dag.

Synet på funksjonshemming har endret seg de senere årene. Fra å være sett som en egenskap ved individet – den funksjonshemmede personen, er det i dag sett på som en relasjon mellom person og omgivelser/situasjon. Nedsatt funksjonsevne trenger i seg selv ikke å utgjøre en funksjonshemming. "Funksjonshemming" eller "bevegelseshemming" oppstår når det er et gap mellom individets forutsetninger og omgivelsenes krav.¹¹ I dag ser en det slik at samfunnet som omgir den funksjonshemmede har avgjørende betydning for i

⁷ NOU 2005:8; *Likeverd og tilgjengelighet*, pkt 3.2

⁸ NOU 2004: 18 *Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene* s. 53

⁹ Ot.prp. nr. 44 *Om lov om forbud mot diskriminering på grunn av nedsatt funksjonsevne (diskriminerings- og tilgjengelighetsloven)* s.273

¹⁰ Ot.prp.nr.36 (1980-81)s.122

¹¹ St.meld.nr 40 (2002-2003) *Nedbygging av funksjonshemmende barrierer* s. 8.

hvilken grad for eksempel det å ikke kunne gå er funksjonshemmende.¹² Det er i dag et sterkt fokus i samfunnet på inkludering av personer med nedsatt funksjonsevne. I den nye diskriminerings- og tilgjengelighetsloven er formålet blant annet å sikre like muligheter og rettigheter til samfunnsdeltagelse for alle.¹³ For at borgerne skal sikres lik rett til samfunnsdeltagelse, må det være tilgjengelig helsepersonell som har kunnskaper og kompetanse til å ivareta disse behovene.

Når det gjelder forholdet til annen lovgivning er det naturlig å nevne at pasientrettighetsloven og helsepersonelloven gjelder for det rettslige forholdet mellom helsepersonell og pasienter også i kommunehelsetjenesten. Enkelte bestemmelser i disse lovene vil dermed ha betydning når innholdet i retten til helsehjelp skal belyses.

Hensynet til det kommunale selvstyret og deres frihet til selv å prioritere og å definere innholdet i sin tjenesteproduksjon er et viktig hensyn som også må trekkes inn ved tolking av loven. I det norske administrative systemet er kommunalt selvstyre en av de overordnede verdier. Dette kommer i konflikt med andre sentrale verdier og gjør statlig styring nødvendig. Rettighetslovgivning skal sikre likhet i tjenestetilbudet og rettssikkerhet for borgerne. Dette kommer i konflikt med hensyn som ligger til grunn for det kommunale selvstyret som er tuftet på verdier som frihet til selv å prioritere og å definere innholdet i kommunal tjenesteproduksjon.¹⁴

1.4 Rettighetsbegrepet i kommunehelsetjenesteloven

I oppgaven vil rettighetsbegrepet ha samme betydning som det som vanligvis forstås med "rettskrav" i tvistelovens § 1-3 første ledd. Det vil si at kravet må reguleres av rettsregler.

De senere år har det blitt vedtatt rettighetslovgivning på velferdsrettens område som gir innbyggerne krav på ytelser. Dette gjelder også i helselovgivningen og i kommunehelsetjenesteloven. Det er vanlig å oppstille et skille mellom materielle rettigheter og rett til å konkurrere om knappe ressurser.

¹² St.meld. nr 40 (2002-2003) s. 8 Denne forståelsen er også lagt til grunn i nyere dokumenter som *Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008-2011* (boks 9.1)

¹³ Ot.prp. nr. 44 (2007-2008) s. 11

¹⁴ Torstein Eckhoff og Eivind Smith: *Forvaltningsrett* (2006) s. 89 og 138

I teorien er det oppstilt fire momenter som er bestemmende for om det foreligger en rettighet. Lov eller forskrift må for det første angi kriterier for tildeling og utmåling av ytelsen, og for det andre må et krav om en ytelse ikke kunne avslås med den begrunnelse at det ikke er økonomiske midler til å imøtekomme kravet. Det må for det tredje være adgang til å påklage vedtak om helsehjelp, og saken må kunne bringes inn for domstolene til prøving. Det må for det fjerde gjelde visse regler om behandling av slike saker som skal trygge rettssikkerheten.¹⁵ Flere av de nevnte momentene vil jeg komme inn på ved drøftelsen av spørsmålet om khl § 2-1 gir rett til ergoterapitjenester.

Når en person har et rettskrav på helsehjelp, betyr det at kommunen må yte hjelp uavhengig av kommuneøkonomi og politiske prioriteringer. Det foreligger en lovbundet utgift for det offentlige. Alle kommuner plikter å sette av midler til nødvendig helsehjelp i sitt budsjett. Kommunen kan ikke avslå å gi nødvendig helsehjelp med den begrunnelse at det ikke er satt av tilstrekkelige midler hvis vilkårene ellers er oppfylt. Hvis et krav om nødvendig helsehjelp avslås med den begrunnelse at kommunen ikke har satt av nødvendige økonomiske midler, treffes et ulovlig vedtak. Et slikt vedtak kan settes til side av domstolene.¹⁶

1.5 Rettssikkerhet i kommunehelsetjenesten

Rettssikkerhetsbegrepet brukes som en samlebetegnelse for en rekke krav som stilles til forvaltningen og rettsvesenet for at saker skal behandles på en mest mulig betryggende måte og gi et mest mulig riktig og rettferdig resultat.¹⁷ Når vilkårene i loven er oppfylt skal borgerne få de rettigheter de har krav på, og skal ikke utsettes for tvangstiltak i større utstrekning enn loven tillater.

Man kan styrke rettssikkerheten gjennom ulike former for lovgivning. Det kan blant annet gjøres ved å utforme de materielle reglene mest mulig entydig, ved å ha prosessuelle regler som stiller betryggende krav til saksbehandlingen, ved at det finnes personelle regler som stiller krav til høy kompetanse hos dem som skal fatte vedtakene og ved etablering av betryggende kontrollorganer som klageinstanser og mulighet for domstolskontroll.¹⁸

¹⁵ Asbjørn Kjønstad: (2007) s. 32 og Olav Molven: *Helse og jus* (2006) s. 43

¹⁶ Asbjørn Kjønstad: (2007) s. 44 og 157

¹⁷ Jon Gisle m/fl: *Jusleksikon* (2003)

¹⁸ Asbjørn Kjønstad og Aslak Syse: *Velferdsrett I* (2008) s. 109

Forvaltningsloven tar sikte på å gi betryggende saksbehandlingsregler. Etter khl § 2-1 tredje ledd heter det at forvaltningslovens regler ikke gjelder for vedtak etter bestemmelsen. I forarbeidene er dette begrunnet med at det er tvilsomt om forvaltningslovens regler passer på de vedtak det her gjelder.¹⁹

For å verne partens rettssikkerhet er det viktig at parten har rett til deltagelse i beslutningsprosessen, rett til informasjon og innsyn, rett til begrunnet vedtak og rett til å klage. Dette er prosessuelle rettssikkerhetsprinsipper som er nedfelt i forvaltningsloven.²⁰ Selv om forvaltningsloven ikke gjelder vedtak etter khl § 2-1 er disse rettighetene i hovedsak ivaretatt ved tildeling av kommunale helsetjenester ved khl § 2-1 andre ledd, pasientrettighetslovens kapittel 3 og khl § 2-4. I klageomgangen gjelder forvaltningslovens regler jf § 2-4 tredje ledd siste setning.

I kommunehelsetjenesteloven er det ikke gitt regler om begrunnelsesplikt ved beslutninger om avslag på helsehjelp. Det er helsepersonell som i all hovedsak treffer slike vedtak. Det betyr at vedtak om helsehjelp som treffes av for eksempel lege eller fysioterapeut ikke er underlagt krav om skriftlighet og begrunnelse. I praksis treffes ikke formelle vedtak. Hvis pasienten ønsker å klage på et slikt vedtak, har vedkommende ikke rett til opplysninger som begrunner avslaget på helsehjelp. Dette er en svakhet. Samtidig er det gitt klagerett på avslag, og dermed må det gis begrunnelse på avslaget i forhold til klageorganet.

Som nevnt kan rettsikkerheten styrkes blant annet ved at de materielle reglene som gis er klare og entydige. Khl § 2-1 benytter skjønnsmessige kriterier for tildeling og utmåling. Det gjør at reglene kan være vanskelig å praktisere og kan gjøre det vanskelig for borgerne å forutberegne sin rettsstilling. De skjønnsmessige kriteriene i khl § 2-1 kan føre til forskjellsbehandling og brudd på prinsippet om at like tilfeller skal behandles likt. Gjennom denne oppgaven håper jeg at min presisering av innholdet i reglene i khl § 2-1 vil være et bidrag til å bedre rettssikkerheten på området.

¹⁹ Ot.prp.nr.66 (1981-1982) s. 31

²⁰ Bente Ohnstad: "Prosessuell rettssikkerhet, internkontroll og kvalitetssikring i helse- og sosialtjenesten" s.174-176, *Kritisk Juss* 2004 s. 172-

2.0 HAR BORGERNE RETTSKRAV PÅ ERGOTERAPITJENESTER ETTER KOMMUNEHELSETJENESTELOVEN § 2-1?

2.1 Kommunehelsetjenesteloven § 2-1 som rettighetsbestemmelse

I khl § 2-1 første ledd heter det at "enhver har rett til nødvendig helsehjelp i den kommune der han eller hun bor eller midlertidig oppholder seg".

Ordlyden "rett til" nødvendig helsehjelp taler for at bestemmelsen oppstiller en rettighet for borgerne. I forarbeidene til bestemmelsen²¹ heter det at regelen "inneholder hjemmel for at pasienten har et rettskrav på helsehjelp i den kommune han til enhver tid oppholder seg". Dette taler for at lovgiver har ment å lovfeste en individuell rettighet, som den enkelte kan gjøre gjeldende overfor kommunen.

Det uttales imidlertid også i forarbeidene²² at "hjelpeplikten vil være begrenset til det som økonomi, tilgang på helsepersonell og utstyr gjør mulig". Samtidig heter det videre at kommunen plikter å holde helsetjeneste av en medisinsk faglig standard og "at man må forutsette at det finnes en minstestandard som en kommune ikke kan gå under". Uttalelsene i forarbeidene er motstridende. De taler på den ene side for at kommunen kan ta hensyn til økonomi ved tildeling av helsetjenester, og som taler mot at det dreier seg om en rettighetsbestemmelse. Tas disse uttalelsene på ordet, vil tolkningen stride mot lovens ordlyd. På den annen side er det samtidig sagt i forarbeidene at det finnes en minstestandard kommunen ikke kan gå under. Disse uttalelsene tilsier at kommunen er forpliktet til å gi en minstestandard av hjelp uavhengig av økonomi.

Det kan anføres at om man legger vekt på lovforarbeidenes økonomiske og ressursmessige forbehold, vil dette stride mot et av de vesentlige formålene med kommunehelsetjenesteloven. I Ot.prp.nr 36 (s. 122) er det fremhevet at et av de vesentlige formål med loven var "å oppnå større likhet i adgangen til å få helsehjelp av forskjellig art i hele landet". Resultatet av at man vektlegger ressursforbeholdet kan bli at den enkeltes rett vil være avhengig av hvor i landet man oppholder seg, og hvilken kommune man ber om helsehjelp fra. Skal retten til helsehjelp avhenge av kommunenes økonomi vil det stride mot dette og det generelle likhetsprinsipp som er en del av vår offentlige rett. Det trekker i

²¹ Ot.prp.nr. 66 (1981-82) s.30

²² Ot.prp.nr. 66 (1981-82) s.31

samme retning som lovens ordlyd. Lovens ordlyd er utgangspunktet for tolkningen og må tillegges avgjørende vekt.

I Fusa-dommen, Rt-1990-874, ble rettighetsbegrepet i khl § 2-1 nærmere klarlagt. Saken gjaldt en sterkt fysisk funksjonshemmet kvinnes rett til hjemmehjelp og hjemmesykepleie. Fusa kommune hadde redusert hennes tilbud på disse tjenestene vesentlig. Kvinnen reiste sak mot kommunen for å få kjent vedtaket ugyldig jf khl § 2-1 og lov om sosial omsorg § 3. Høyesterett fastslo at hjemmesykepleie og hjemmehjelp i prinsippet var rettigheter som kunne håndheves av domstolene og at kvinnen hadde rett til helsetjenester etter khl § 2-1. I dommen uttales blant annet at "i denne sak er det ikke tvilsomt at A i utgangspunktet hadde...rett til helsetjenester etter kommunehelsetjenesteloven § 2-1". Spørsmålet Høyesterett videre tok stilling til var om kommunens vedtak tilfredstilte lovens krav med hensyn til omfanget av ytelser. Her uttalte Høyesterett (på side 888) at spørsmålet vil være "om det aktuelle forvaltningsvedtak tilfredstiller et visst minstekrav som må forutsettes å gjelde for slike ytelser". I dommen kom Høyesterett til at Fusa kommune sitt vedtak på helsehjelp var ugyldig. Som begrunnelse for at vedtaket ble kjent ugyldig kom Høyesterett med en uttalelse som må anses som prinsipielt viktig i forhold til minstestandardens innhold og grenser (s.888); "Vedtaket innebar en vesentlig reduksjon av de ytelser som A tidligere hadde hatt, og det var åpenbart at det ikke tilfredstilte hennes helt livsviktige behov for stell og pleie. Et slikt vedtak kan etter min mening ikke forsvares ut fra hensynet til kommunens økonomi".

Høyesterett fastslo i dommen at kommunene uavhengig av egen økonomi må gi en minstestandard av helsetjenester ut fra pasientens behov for helsehjelp. Det anses dermed klart at minstestandarden ikke kan begrenses ut fra det ressursforbeholdet som var tatt i forarbeidene til kommunehelsetjenesteloven. I dommen fastslås det at khl § 2-1 er en bestemmelse som gir borgerne et individuelt krav på helsehjelp. Ytelsene kommunen skal gi må ligge på et forsvarlig minimum, hvor kommunens økonomi ikke kan sette grenser for dette minimumskravet. Det vil si at når en person har et rettskrav på nødvendig helsehjelp, må kommunene yte hjelp uavhengig av kommunens økonomi.

Denne tolkningen støttes i teorien av blant annet Kjønstad²³, Molven²⁴ og Rasmussen²⁵.

Ut fra lovens ordlyd og Fusa-dommen anses det i dag klart at khl § 2-1 gir borgerne rettskrav på helsehjelp.

Rettigheten er imidlertid uklar med hensyn til innhold og omfang. Det er for det første uklart hvilke faktiske forhold som utløser rettigheten. For det andre er det uklart hvilke rettsfølger bestemmelsen omfatter og om borgere har rett til ergoterapitjenester.

2.2 Hva er vilkårene for rett til helsehjelp/ergoterapi?

Ordlyden i khl § 2-1 angir at "enhver" som "bor eller midlertidig oppholder seg" i en kommune har rett til nødvendig helsehjelp. Det er den enkelte borger som har en rett. Etter ordlyden er det nok at du oppholder deg i kommunen. Når noen har en rettighet, må andre ha en korresponderende plikt. Det er kommunene som har plikt til å sørge for nødvendige helsetjenester etter § 2-1 jf §§ 1-1 og 5-1. Det er kommunen som sådan som er forpliktet etter bestemmelsen.

Ordlyden i khl § 2-1 angir ikke nærmere hvilke betingelser som må være oppfylt for at det skal utløses et rettskrav. Rettsvirkningen etter bestemmelsen er angitt til å være "nødvendig helsehjelp". "Nødvendig" knytter seg til behovet den enkelte har for helsehjelp, noe som tilsier at det er en individuell rettighet hvor individuelle behov skal danne grunnlaget for tjenesteytelser. Man må være i en posisjon hvor man har behov for "nødvendig helsehjelp" for å være berettiget etter bestemmelsen. Helsefaglige vurderinger for hva som er nødvendig helsehjelp er viktig i denne sammenhengen.

Formålsbestemmelsen i § 1-2 sier noe om hva som er helsetjenestens formål. Khl § 2-1 tolket i lys av formålet tilsier at man må ha eller stå i fare for å få sykdom, skade eller lyte for å ha rettigheter etter § 2-1. Med "lyte" forstås en legemsfeil eller en funksjonshemming. Bestemmelsen oppstiller ikke noe krav til bestemte diagnoser.

Paragraf 1-3 hjemler hvilke oppgaver og tjenester kommunens helsetjeneste skal omfatte. Ved å bruke § 1-3 som tolkningsfaktor taler det for at man må ha behov for de tjenester og

²³ Asbjørn Kjønstad: (2007) s.156-172

²⁴ Olav Molven: *Helse og jus* (2006)s.110

²⁵ Ørnulf Rasmussen: "Fordeling av helsetjenester" i *Samfunnsmedisin i praksis* (1986) s.72flg.

oppgaver som kommunens helsetjeneste skal sørge for. Ergoterapitjenesten er en naturlig bidragsyter for å oppfylle borgernes behov.

Kommunens helsetjeneste har ansvar for å ivareta oppgaver som "fremme helse og forebygge sykdom, skade eller lyte" jf khl § 1-3. Dette skal i følge bestemmelsen skje blant annet ved miljørettet helsevern, opplysningsvirksomhet, helsestasjonsvirksomhet og helsetjenester i skoler. Ordlyden taler for at helsefremmende og forebyggende arbeid primært skal skje i forhold til barn (helsestasjon og skole) og ved miljørettet helsevern og opplysningsvirksomhet. I forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten²⁶ heter det i § 2-1 at "kommunen skal tilby helsestasjons- og skolehelsetjeneste til barn og ungdom 0-20 år...". Ordlyden i lov og forskrift taler mot at voksne og eldre personer fyller vilkårene for rett til nødvendig helsehjelp i form av forebyggende helsehjelp etter en slik tolkning. Imidlertid er "helsehjelp" etter pasrl § 1-3 bokstav c definert som "handlinger som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål og som er utført av helsepersonell". Her er forebyggende og helsebevarende oppgaver regnet som "helsehjelp". Det taler for at alle som har behov for nødvendig helsehjelp i form av forebyggende helsetjenester kan fylle vilkårene om rett til helsehjelp etter khl § 2-1. Pasientrettighetsloven gjelder for alle som oppholder seg i riket jf pasrl § 1-2. Loven gir rett til nødvendig helsehjelp fra kommunehelsetjenesten jf pasrl § 2-1 første ledd, og skal gjelde for personer som søker helsehjelp i kommunene. Ordlyden i pasientrettighetsloven må tillegges stor vekt, og taler for at personer med behov for helsefremmende og forebyggende tiltak kan oppfylle vilkårene om rett til nødvendig helsehjelp etter khl § 2-1.

Begrepet "nødvendig helsehjelp" gir anvisning på et strengt krav. Det må helsefaglige vurderinger til for å kartlegge behovet til den som ønsker helsehjelp, og denne vurderingen må tillegges stor vekt.

Å ta hensyn til hvilken nytte pasienten har av behandlingen kan ha betydning for vurderingen etter kommunehelsetjenesteloven, slik det også er etter pasientrettighetsloven (pasrl) § 2-1 andre ledd. Om man tolker begrepet "nødvendig" kan det anses å dekke

²⁶ FOR 2003-04-03 nr. 450: Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten

hensynet til forventet nytte. Helsehjelp som man ikke har nytte av vil vanskelig kunne anses som nødvendig.

Forebyggende helsehjelp skal gis før det har oppstått sykdom eller skade. Et spørsmål som må avklares er om vilkåret om forventet nytte kan oppfylles hvis man har behov for forebyggende helsehjelp. Kan man ha forventet "nytte" av helsefremmende og forebyggende helsehjelp?

For eksempel vil et barn som har nedsatt funksjon i armer og bein ikke ha de samme forutsetninger for å kunne utvikle seg på samme måte eller like raskt som funksjonsfriske barn. Det er viktig å forebygge at barnet blir passivisert og inaktiv og taper mulighet for å utvikle viktige funksjoner.

Å iverksette forebyggende tiltak for eldre som står i fare for å utvikle en tilstand med et stort ressursbehov vil kunne sikre at de lengst mulig kan bo i eget hjem.

Forebyggende tiltak vil kunne redusere risikoen for at det oppstår sykdom og skade og at det senere oppstår store pleiebehov. Det vil for mange kunne være av avgjørende betydning for senere å fungere i hjem og på skole og i andre sammenhenger i samfunnet.

Eksemplene over viser at personer med nedsatt funksjonsevne kan ha "forventet nytte" av forebyggende helsehjelp som består av tiltak for å fremme aktivitet og utvikling.

Den som oppfyller lovens vilkår vil ha rettskrav på nødvendig helsehjelp. De som ikke oppfyller lovens vilkår, vil ikke ha rettskrav på helsehjelp. Deres mulighet for å få helsehjelp vil avhenge av hvor store ressurser kommunen har satt av og hvordan de har fordelt disse.

2.3 Helsehjelpens art – er ergoterapitjenester omfattet av retten til helsehjelp?

Etter khl § 2-1 har man rett til "helsehjelp". Ordlyden gir liten veiledning i hva som ligger i begrepet. Legger man en snever definisjon til grunn dekker begrepet bare kroppslige faktorer. En videre definisjon dekker både funksjon, aktivitet og deltagelse. Helsetjenestens formål er å fremme helse og å forebygge og behandle sykdom, skade eller lyte jf khl § 1-2. Formålsbetraktninger tilsier at det skal legges en vid definisjon til grunn. Definisjonen på "helsehjelp" i pasrl § 1-3 bokstav c trekker i samme retning. Her er blant annet helsefremmende og forebyggende handlinger omfattet.

Støtte for standpunktet kan en finne ved å se på nyere lovgivning som kan illustrere utviklingen i verdisynet i helsesektoren. Eksempler på dette finner en blant annet i utkast til ny lov om sosial- og helsetjenester²⁷, hvor det i § 1-4 stilles krav til at kommunens tjenestetilbud blant annet skal ta sikte på "å styrke mottakerens mestrings- og funksjonsevne, og hans eller hennes evne til en selvstendig og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre". Videre kan man finne støtte i formålsbestemmelsen i sosialtjenesteloven, den nye diskriminerings- og tilgjengelighetsloven og menneskerettighetene (jf pkt 1.3). Nevnte kilder vil kunne ha betydning for tolkningen av helsehjelpsbegrepet. Likeverd og rettferdighetsbetraktninger tilsier at alle mennesker uavhengig av funksjonsnivå skal ha samme muligheter for samfunnsdeltagelse. Det er selvsagt i dag at barn skal ha mulighet til å bo hjemme med sine foreldre og kunne gå på nærmeste skole, at eldre skal kunne bo i eget hjem lengst mulig og at voksne som ønsker det skal kunne være i jobb uavhengig av funksjonsnivå. Det tilsier at helsehjelpsbegrepet må dekke både funksjon, aktivitet og deltagelse.

Dagens helsetjenester må ha et innhold i tråd med denne utviklingen av verdisynet og som retter seg mot tilrettelegging for å fremme funksjon, aktivitet og deltagelse.

Den som søker helsehjelp har rett til å delta i beslutningsprosessen ved gjennomføring av helsehjelpen. Denne retten er ivaretatt i khl § 2-1 andre ledd og pasrl § 3-1 jf § 3-2. Nevnte bestemmelser hjemler pasientens rett til å få nødvendig informasjon for å kunne medvirke og for å ivareta sin rett. Dersom en person gir uttrykk for at han ønsker og mener han har behov for helsehjelp i form av ergoterapi, skal dette tas med i vurderingen ved tildeling av helsehjelp.

For å få adekvat informasjon for ivareta sin rett er den som søker helsehjelp avhengig av at helsepersonell innehar kompetanse om hvilke alternative former for helsehjelp som er tilgjengelige og hvordan en kan forvente at de ulike alternativene vil virke. I de kommuner det ikke er tilsatt ergoterapeut, vil sjelden verken helsepersonell eller innbyggerne ha tilstrekkelige kunnskaper om hva ergoterapi er og at tjenesten kan gi viktige bidrag til oppfyllelse av helsehjelpen. Det er en svakhet. Manglende kunnskap om dette kan føre til at personer som har bruk for ergoterapi, ikke får nytte godt av de rettigheter khl § 2-1 gir dem.

²⁷ NOU 2004: 18 s. 155

Om den som søker helsehjelp ikke blir hørt, er det en saksbehandlingsfeil som kan påberopes ved klage på tildelingsvedtaket. Samtidig er det slik at hvis en ikke vet at en kan ha nytte av helsehjelp i form av ergoterapi, vil en ikke be om tjenesten, og vil heller ikke klage på at en ikke har fått innvilget et slikt helsetilbud.

2.3.1 Omfatter retten til helsehjelp i form av medisinsk habilitering ergoterapitjenester?

Medisinsk rehabilitering er en av mange oppgaver ergoterapitjenesten jobber med. Samtidig er ikke dette ensbetydende med at borgerne har rettskrav på tjenesten.

I khl § 1-3 første ledd kommer det fram hvilke oppgaver kommunens helsetjeneste skal omfatte for å dekke innbyggernes behov for nødvendig helsehjelp etter § 2-1. Her er medisinsk habilitering og rehabilitering tatt inn som en lovfestet oppgave for kommunehelsetjenesten. Attføring er det norske ordet for rehabilitering. Begrepet habilitering blir brukt om attføring av barn og unge som har medfødte eller tidlig ervervede sykdommer, skader eller lyte. Rehabilitering blir brukt om attføring av personer som pådrar seg funksjonshemninger på et senere tidspunkt i livet.²⁸

Ordlyden i khl § 1-3 sier ingenting om hvordan re-/habiliteringstjenesten skal organiseres, og det framgår ikke hvilke yrkesgrupper/tjenester som skal være representert.

I forarbeidene til kommunehelsetjenesteloven ble det fastslått at helsevesenets oppgaver og ansvar i re-/habiliteringsarbeidet hadde vært for dårlig definert og utredet.²⁹ Disse forholdene var også bakgrunnen for at det ble laget en utredning, NOU 1980:47, Medisinsk attføring. I denne utredningen ble det slått fast at re-/habiliteringsvirksomheten i distriktshelsetjenesten måtte videreutvikles. Det het i utredningen at det i alle distrikter eller områder må være "et fast organisert tverrfaglig og tverretatlig samarbeid". I utredningen ble det fremhevet at det i attføringsarbeidet er nødvendig med flere leger og sykepleiere, og at det også er "behov for distriktsfysioterapitjeneste og distriktsergoterapitjeneste".³⁰ Ergoterapeuter er i utredningen eksplisitt nevnt som en yrkesgruppe som det er behov for i re-/habiliteringsarbeidet, og som bør inngå i et tverrfaglig og tverretatlig samarbeid.

²⁸ St.meld. nr. 36 (1989-90) *Røynsler med lova om helsetenesta i kommunen* s. 85

²⁹ Ot.prp. nr. 36 (1980-1981) s. 66-67

³⁰ Uttalelsene i NOU 1980:47 er referert slik i St.meld. nr. 36 (1989-90) s. 85

Med hjemmel i khl § 1-3 femte ledd og khl § 1-4 andre ledd siste setning er det fastsatt forskrift om habilitering og rehabilitering.³¹ Her defineres re-/habilitering i § 2 som "tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører skal samarbeide om å gi bistand til brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet". Definisjonen i forskriften fremhever at re-/habilitering er den hjelpetrengendes egen prosess. Det taler for at det er brukerens behov og ønsker som skal være utgangspunktet for re-/habiliteringsprosessen. Har en person behov for bistand fra ergoterapeut for å få dekket sitt behov for nødvendig og forsvarlig helsehjelp tilsier dette at ergoterapitjenesten må være med i det tverrfaglige arbeidet rund personen.

I forskriften er formålet angitt i § 2 til å være å sikre at de som har behov for habilitering og rehabilitering tilbys og ytes tjenester som kan bidra til "økt funksjons- og mestringsevne, likeverdighet og deltagelse". Dette er i tråd med ergoterapeutens arbeidsområder. Ergoterapeuter jobber med å bedre funksjon og mestringsevne gjennom trening og tilrettelegging. Ergoterapitjenestens kjernekompetanse ligger i tilpasning av tekniske hjelpemidler, trening og tilrettelegging av miljø for at den enkelte skal kunne være mest mulig selvhjulpne og kunne delta i meningsfulle aktiviteter. Det taler for at ergoterapeuten har en plass i rehabiliteringsarbeidet for å bidra til å dekke innbyggernes behov.

Bestemmelsen i re-/habiliteringsforskriftens § 11 pålegger kommunen ansvar for hjelpemiddelformidling og tilrettelegging av miljøet rundt den som har behov for re-/habilitering. Det går ikke frem av ordlyden i bestemmelsen hvilke yrkesgrupper som har det faglige ansvaret for hjelpemiddelformidlingen.

Imidlertid er det understreket i forarbeidene til kommunehelsetjenesteloven³² at sentrale oppgaver for ergoterapitjenesten i distriktshelsetjenesten vil være attføring i hjemmet, integrering i barnehage og skole, teknisk samfunnsplanlegging og tekniske hjelpemidler. Det heter i nevnte forarbeider at ved re-/habilitering i hjemmet vil det naturlig høre under ergoterapitjenestens arbeidsområde å tilrettelegge boliger og nærmiljø og sikre at utstyr og tekniske hjelpemidler egner seg for dem som skal bruke det, og at dette er "en forutsetning

³¹ FOR 2001-06-28 nr 765: *Forskrift om habilitering og rehabilitering*.

³² Ot.prp.nr.36 (1980-1981) s.89

for et selvstendig liv". Videre heter det at en sentral oppgave for ergoterapitjenesten i distriktshelsetjenesten er trening i bruk av hjelpemidler.

I arbeidet med integrering av barn med nedsatt funksjonsevne i skole uttaler nevnte forarbeider at ergoterapitjenestens viktigste oppgave vil være å sørge for at det fysiske miljøet blir tilrettelagt og at nødvendige hjelpemidler som egner seg for den enkelte blir anskaffet.

Lovgiver har i klartekst fremhevet ergoterapitjenestens rolle både i forbindelse med medisinsk re-/ rehabilitering og ved formidling av tekniske hjelpemidler, noe som taler for at lovgiver har ment at tjenesten er viktig i kommunehelsetjenesten generelt og ved re-/ rehabiliteringsarbeidet spesielt.

For å finne gode individuelt tilpassede løsninger for de som har rett til helsehjelp må det foretas faglige vurderinger av kompetent helsepersonell. Det kan neppe gis noe generelt svar på hvilke yrkesgrupper som må være representert for at kommunens plikt til å yte re-/ rehabiliteringsoppgaver skal være oppfylt. Hvilke helsetjenester som er adekvate i det enkelte tilfellet må vurderes konkret ut fra personens problemtype og helsefaglige vurderinger. I mange tilfeller vil ergoterapitjenester være viktig for at den enkeltes behov for nødvendige helsetjenester skal anses dekket.

2.3.2 Innebærer khl 1-3 andre og fjerde ledd noen begrensninger i forhold til borgernes rettigheter etter khl § 2-1?

Khl § 2-1 gir en "rett til nødvendig helsehjelp" for borgerne. Ordlyden taler for at bestemmelsen gir en selvstendig rett til "nødvendig helsehjelp" for borgerne og en plikt for kommunene. Etter bestemmelsens ordlyd henvises det ikke til khl § 1-3.

I lovforarbeidene heter det i forbindelse med fastlegging av borgernes rettigheter etter § 2-1 at innbyggerne kan kreve "nødvendig hjelp", og at "den hjelp kommunen plikter å yte, er slik som hører under dens ansvarsområde", hvoretter det henvises generelt til § 1-3.³³ Når det henvises generelt til denne bestemmelsen taler det for at retten til nødvendig helsehjelp kan omfatte alle oppgaver og tjenester som er nevnt i § 1-3. Verken ordlyden i § 2-1 eller forarbeidene henviser til § 1-3 andre ledd. Dette taler mot at begrepet "helsehjelp" skal

³³ Ot.prp. nr 66 (1981-82) s. 31

tolkes innskrenkende slik at det bare omfatter enkelte av de tjenester som faller inn under § 1-3, og taler for at retten til helsehjelp kan omfatte ergoterapi.

Etter khl § 1-3 andre ledd vises det til tjenester kommunen "skal" opprette for å løse de oppgavene som er nevnt i første ledd. Når ordlyden "skal" er valgt taler dette for at kommunen er forpliktet til å opprette nevnte tjenester, og at tjenestene omfattes av begrepet "helsehjelp" i § 2-1. At kommunen skal ha en "tjeneste" må tolkes til det at de er pålagt å opprette stillinger og ansette personer i disse stillingene.

Etter § 1-3 fjerde ledd nevnes tjenester som kommunen "kan" organisere. Dette gjelder ergoterapi og bedriftshelsetjeneste. Når lovgiver har valgt ordlyden "kan" tilsier det at kommunen ikke har plikt til å opprette ergoterapi "tjenester" i form av stillinger. Kommunen selv har ikke en plikt til å opprette ergoterapistillinger og å ansette ergoterapeuter. Kommunen har likevel plikt til å tilby den helsehjelp innbyggerne har behov for slik at de får oppfylt sin rett. Det kan også omfatte ergoterapi.

Uttalelser i forarbeidene støtter denne tolkningen. I NOU 1979: 10, som omhandler organisering av kommunehelsetjenesten, finner en uttalelser som viser at kommunen har ansvar for ergoterapitjenester. I utredningen heter det at "en lang rekke helsetjenester vil naturlig høre inn under kommunens ansvarsområde. Dette gjelder...[blant annet] ergoterapitjenester...".³⁴ Hva det innebærer at kommunen har ansvar for bestemte tjenester framgår av Ot.prp. nr. 36 (1980-81). Her heter det på side 27 at betegnelsen "kommunalt ansvar" ikke er entydig, og "at det kommunale ansvaret vil kunne stille seg noe forskjellig fra tjeneste til tjeneste". Videre heter det at "for enkelte tjenester kan dette [ansvaret] begrense seg til å sikre at befolkningen får tilbud på helsetjenester" og at dette kan skje ved blant annet samarbeid med andre kommuner.

Den klargjøring av det kommunale ansvaret som framgår av forarbeidene taler for at kommunenes ansvar for å tilby ergoterapitjenester, ikke nødvendigvis betyr at kommunene selv må opprette ergoterapistillinger og ansette egne ergoterapeuter. Ansvaret kan gå ut på at kommunen inngår samarbeid eller kjøper ergoterapihjelp fra andre kommuner for å oppfylle sitt ansvar for at innbyggerne som har behov for det får denne type tjenester.

³⁴ NOU 1979: 10 *Helsepolitikken, Funksjonsfordeling og administrasjonsordninger* s. 37

Støtte for denne tolkningen finner en i Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008-2011. I punkt 9.2 som omhandler kommunenes ansvar for helsetjenester heter det at kommunene skal tilby tjenester fra allmennlege, fysioterapeut, sykepleiere samt jordmødre. Videre står det at "alene, eller i samarbeid med andre kommuner, må kommunen også ha tilgang på andre yrkesgrupper som ergoterapeuter".

Det er i forarbeidene også sagt noe om hvorfor kommunene ikke ble pålagt å ansette ergoterapeuter da loven ble gitt. I NOU 1979: 28 går det fram at årsaken til at ergoterapitjenester ikke er tatt med i kommunehelsetjenestelovens opplisting over deltjenester kommunen "skal" ha, er at "tilgangen på ergoterapeuter tilsier at man ikke kan gjøre ergoterapi til en obligatorisk del av distriktshelsetjenesten, i hvertfall ikke foreløpig".³⁵ Her er det fremhevet at ergoterapitjenester funksjonelt bør være et ledd i distriktshelsetjenesten, men at det på grunn av stor mangel på ergoterapeuter i landet ikke er realistisk å få det til. Det ble foreslått at ergoterapitjenester på sikt skulle inngå i den kommunale distriktshelsetjeneste.³⁶ Også i Odelstingsproposisjonen til kommunehelsetjenesteloven³⁷ går det frem at departementet gikk inn for at ergoterapitjenesten "må bli en del av distriktshelsetjenestens tilbud". Også her ble det argumentert med at lav tilgang på ergoterapeuter gjorde at tjenesten ikke kunne gjøres til en obligatorisk tjeneste. Det er også uttalt i forarbeidene at i de kommuner det er mulig å få ansatt ergoterapeuter "regner [departementet] med at dette blir organisert".³⁸

Det var med andre ord tilgangen på ergoterapeuter som stoppet lovfesting av en plikt for kommunen til å opprette ergoterapitjenester i form av ergoterapeutstillinger da loven ble gitt. Dette er ikke situasjonen i dag. Utdanningskapasiteten har økt betydelig i løpet av 1990-tallet. I NOU 1979: 28 (s. 72) ble det oppgitt at det fantes ca 500-600 ergoterapeuter. I november 2008 er det registrert 3695 ergoterapeuter ved Statens autorisasjonskontor for helsepersonell.³⁹ I telefonsamtale med Statens autorisasjonskontor for helsepersonell ble det fra deres side understreket at det er mange flere ergoterapeuter med autorisasjon, som

³⁵ NOU 1979: 28 *Helse- og sosialtjenesten i lokalsamfunnet* s.159

³⁶ NOU 1979: 28 s.66 og 72

³⁷ Ot.prp. nr. 36 (1980-1981) s. 159

³⁸ Ot.prp. nr. 36 (1980-1981) s. 159

³⁹ Opplysninger innhentet i telefonsamtale med Statens autorisasjonskontor for helsepersonell, Catrine Lien Jensen tlf 21 52 97 33 (28.11.08).

kommer i tillegg til det tallet på ergoterapeuter de har registrert, og som har fått sin godkjenning av Fylkeslegen etter det gamle systemet.

Forarbeidsuttalelsene sier eksplisitt at ergoterapitjenester anses som en viktig tjeneste for å løse kommunens lovpålagte oppgaver. Kommunene kunne ikke pålegges å ansette ergoterapeuter på grunn av at det ikke var mulig å få kvalifisert personell i stillingene. Det er derfor lite i tråd med dagens virkelighet at loven ikke oppstiller en plikt for kommunene til å opprette ergoterapeutstillinger og ansette ergoterapeuter. At retten til selvstendig liv og deltagelse i samfunnet er fremhevet som viktige målsettinger i nyere lovgivning, taler også for at retten til helsehjelp omfatter ergoterapi da dette ligger i kjernen av ergoterapeutens arbeidsområde.

At khl § 2-1 hjemler en selvstendig rett til individuelt tilpassede tjenester er et ytterligere argument som taler mot at khl § 1-3 andre og fjerde ledd innebærer noen begrensning i borgernes rettigheter og for at ergoterapi omfattes av rettskravet. I Fusa-dommen uttaler Høyesterett at ytelsene som ble gitt til A "ikke tilfredsstilte hennes helt livsviktige behov for stell og pleie". Uttalelsen må tolkes til at det er den enkeltes behov for nødvendig helsehjelp som må være dekket for at rettskravet skal anses oppfylt. Støtte for standpunktet finner en i NOU 2004: 18 (s. 66) som inneholder utkast til lov om sosial- og helsetjenester i kommunen og hvor det er fremhevet at det er individuelle behov som skal danne grunnlaget for kommunale tjenesteytelser. Khl § 2-1 må forstås slik at retten til nødvendig helsehjelp gir rett til de helsetjenester som etter en faglig vurdering dekker den enkeltes individuelle behov. Det betyr at bestemmelsen ikke kan tolkes til at borgerne bare har rettskrav på enkelte av de tjenestene som faller inn under § 1-3. Legges denne tolkningen til grunn betyr det at ergoterapitjenester omfattes av ytelsene som borgerne har rettskrav på.

I utkast til ny lov om sosial og helsetjenester i kommunene er det ikke listet opp hvilke deltjenester kommunen er pålagt å ha når det skal gis helsetjenester.⁴⁰ I utkastets § 2-3 er det fremhevet hvilke oppgaver kommunen er pålagt å gi tilbud om til de som fyller lovens vilkår. Lovgiver har i ny lovgivning valgt å legge vekt på hvilke oppgaver kommunene skal løse, og har gitt kommunene ansvar for å avgjøre hvilke tjenester/yrkesgrupper de mener best dekker innbyggernes behov for helsehjelp. Det er i tråd med hensynet til kommunalt

⁴⁰ NOU 2004: 18, kap 17

selvstyre og kommunenes frihet til selv å prioritere og definere hvilket innhold de vil ha på helsetjenestene. I utkastet er rettighetskatalogen gjort generell og resultatrettet i utformingen. I utkastet er det ingen bestemmelse som lister opp hvilke deltjenester kommunen er pålagt eller "skal" ha. Det er et argument som taler for at lovgiver ikke anser skillet mellom "skal" og "kan" tjenester som viktig lenger.

Det er imidlertid en viss uenighet i teorien om "kan" tjenestene omfattes av retten til helsehjelp. Kjønstad hevder at retten til helsehjelp kan omfatte alle de tjenester som er nevnt i § 1-3, også ergoterapi.⁴¹ Olsen⁴² og Rasmussen⁴³ hevder at rettskravet ikke omfatter de tjenester kommunene "kan" organisere. Disse uttalelsene kan ikke tillegges avgjørende vekt. Lovens ordlyd er klar og må tillegges avgjørende vekt.

Ut fra det som er sagt over kan det ikke utledes av khl § 2-1 jf. § 1-3 at man ikke har rettskrav på ergoterapitjenester hvis man fyller vilkårene for rett til helsehjelp. Det er individuelle behov som skal danne grunnlaget for tjenesteytelser etter khl § 2-1. Hvilke tjenester en person har behov for og rettskrav på, må derfor vurderes på samme måte enten det gjelder ergoterapitjenester eller andre tjenester. Tjenestetilbudet skal være individuelt tilpasset. Kommunen har en plikt til å gi nødvendig helsehjelp. Det tilsier at skillet mellom "kan"- og "skal"-tjenester i § 1-3 ikke har betydning ved avgjørelsen av hvilke tjenester man har krav på. At det står at kommunen "kan" organisere ergoterapitjenester i khl § 1-3 fjerde ledd er ikke et argument som kan frata borgerne sitt rettskrav på ergoterapi.

Det kan på bakgrunn av overnevnte konkluderes med at retten til helsehjelp omfatter ergoterapi. Khl § 2-1 andre og fjerde ledd innebærer ikke noen begrensninger i forhold til borgernes rettigheter etter khl § 2-1.

3. DET NÆRMERE INNHOLDET I RETTSKRAVET

3.1 Helsehjelpens omfang – hvor ligger nivået for minstestandarden på helsehjelp i dag og omfatter minstestandarden ergoterapitjenester?

Khl § 2-1 omfatter rett til "nødvendig" helsehjelp. Det er et vagt begrep og ordlyden gir liten veiledning i hva som ligger i begrepet. Begrepet "nødvendig" knytter seg til behovet den

⁴¹ Asbjørn Kjønstad: (2007) s.160

⁴² Leif Oscar Olsen: "Retten til helsehjelp etter kommunehelseloven", *Pasientrettigheter – Hva nå?* (1985) s.79

⁴³ Ørnulf Rasmussen: (1987) s.72 flg.

enkelte har for helsehjelp, og må anses som et strengt kriterium. I forarbeidene⁴⁴ er det antatt at retten til nødvendig helsehjelp "må antas å gå ut over" den alminnelige hjelpeplikt ved øyeblikkelig hjelp (tidligere sykehuslovens § 6 og legelovens § 27). I dag er ordlyden i spesialisthelsetjenesteloven (sphls) § 3-1 og hlspl § 7 at pasienten har rett til øyeblikkelig hjelp hvis den er "påtrengende nødvendig". Forarbeidsuttalelsene må tolkes til at omfanget av "nødvendig" hjelp går lenger enn retten til øyeblikkelig hjelp, slik at det skal gis mer hjelp enn det som er "påtrengende nødvendig". Samtidig må man anta at bestemmelsen ikke hjemler en rett til optimal livsstandard. Hjelp som er påtrengende nødvendig og hjelp til optimal livsstandard må anses som to ytterpunkter. Hvor mye helsehjelp borgerne har rett til på må ligge et sted mellom disse ytterpunktene.

Det uttales også i nevnte forarbeider at kommunen "plikter å holde helsetjeneste av medisinsk faglig standard", men at man ikke kan "forvente at alle kommuner i landet til enhver tid skal kunne ha en helsetjeneste som yter mer enn fastlagte minstekrav til standard tilsier.[...]Det er ikke meningen med bestemmelsen å pålegge kommunene en urimelig og urealistisk forpliktelse. Dog må man forutsette at det finnes en minstestandard som en kommune ikke kan gå under[...]Fastlegging av standarden må overlates til praksis, og sees på bakgrunn av den økonomiske situasjonen i helsesektoren generelt og i den enkelte kommune spesielt, slik den til enhver tid fortøner seg." ⁴⁵

Ved fastlegging av ytelsens omfang gir lovens ordlyd liten veiledning og forarbeidene gir grunnlag for ulike tolkningsalternativer. Forarbeidene angir at hensynet til økonomi er et relevant moment i vurderingen av omfanget, samtidig som det vises til en minstestandard.

I Fusa-dommen uttalte Høyesterett at kommunens vedtak på omfanget av ytelser "ikke tilfredsstilte hennes helt livsviktige behov for stell og pleie" og at et slikt vedtak "ikke [kan] forsvares ut fra hensyn til kommunens økonomi". Det taler for at den som fyller vilkårene for rett til helsehjelp har rettskrav på en minstestandard av helsetjenester ut fra sine behov. Man har rett til å få sine livsviktige behov for helsehjelp dekket. Omfanget på ytelsene må ligge på et forsvarlig minimum hvor kommunen ikke kan ta hensyn til økonomi.

⁴⁴ Ot.prp. nr 66 (1981-82) s.31

⁴⁵ Ot.prp. nr 66 (1981-82) s.31

Khl § 2-1 hjemler en rettslig standard. En rettslig standard viser til en vurderingsnorm utenfor seg selv som avgjørende kriterium. En slik standard kan variere over tid, avhengig av målestokker som ligger utenfor bestemmelsen.⁴⁶ Nivået for minstestandarden på helsehjelp må bygge på synspunkter som man vanligvis bygger på når innholdet i rettslige standarder skal fastlegges.

I Fusa-dommen ble det klargjort at det finnes en nedre grense for hvor lite helsehjelp kommunen kan gi. For å fastlegge hvor denne minstestandarden ligger, kreves for det første helsefaglige vurderinger. Vurderingene må baseres på et medisinskfaglig skjønn med utgangspunkt i den enkeltes behov. Men minstestandarden kan ikke bare avgjøres ut fra disse sakkyndige vurderingene. Et annet moment i vurderingen er sentrale verdier i samfunnet generelt og i helsetjenesten spesielt. Disse verdiene er uttrykk for vurderinger av hva vi anser som er av det gode. Ny lovgivning, utredninger og proposisjoner i forbindelse med ny lovgivning og stortingsmeldinger vil kunne si noe om utviklingen av verdisynet i helsetjenesten, hvilket nivå vi ønsker det skal være på helsetjenesten og hvordan vi ønsker at mennesker skal leve i vår velferdsstat. Jussen kan gi selvstendige bidrag til fastlegging av standarden (for eksempel hvordan begrepet "nødvendig helsehjelp" skal tolkes). Det blir til slutt et juridisk spørsmål å harmonisere verdisynet i samfunnet med de faglige og de etiske kravene.⁴⁷

Da Fusa-dommen ble avsagt i 1990 uttalte Høyesterett at kommunens ytelser må tilfredsstillende "livsviktige behov for stell og pleie". Når man ser på hvilke verdier som preger helseretten og samfunnet i dag taler det for at minstestandarden har utviklet seg og ser annerledes ut i dag enn for 18-20 år siden. Den rettslige standarden må tolkes i lys av dagens situasjon. I NOU 2001:22 heter det at det overordnede målet for den norske politikken for funksjonshemmede har siden 1981 vært full deltakelse og likestilling.⁴⁸ I tråd med dette og med sotjl § 1-1 er det i dag en selvfølge at helsetjenesten skal være med å bidra til at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig og ha en aktiv og meningsfylt tilværelse med andre. Det er også en selvfølge at funksjonshemmede barn har rett til et fullverdig og anstendig liv som sikrer verdighet, fremmer selvstendighet og bidrar til barnets aktive deltagelse i samfunnet. Det er i tråd med barnekonvensjonens art 23. Barnekonvensjonen

⁴⁶ Ragnar Knoph: *Rettslige standarder* (1948) s. 3, 5 og 13-14

⁴⁷ Asbjørn Kjønstad: (2007) s.162

⁴⁸ NOU 2001: 22 *Fra bruker til borger*, s. 10

art 9 fremhever barns rett til å bo i hjemmet sammen med sine foreldre. Det må anses som selvfølgeligheter at det gis tilstrekkelig helsehjelp slik at barn uavhengig av funksjonsnivå får mulighet til å bo hjemme sammen med sine foreldre. Vedtagelsen av den nye diskriminerings- og tilgjengelighetsloven er et illustrerende eksempel på at synet på funksjonshemming har endret seg, og denne utviklingen vil bringe oss et langt skritt videre i retning av likeverd og samfunnsdeltagelse for alle.

De hensyn som skal ivaretas når det gis helsetjenester i dag tilsier at helsehjelpen må være på et nivå som sikrer likestilling, selvhjulpenhet, mulighet til å bo i eget hjem og mulighet for deltagelse i samfunnet for alle. Når helsetilbudet skal være tilpasset den enkeltes behov, må tjenestenes omfang derfor gjenspeile behovet. Ser man dette i sammenheng tilsier det at mennesker med funksjonsnedsettelse i dag har rett til helsetjenester som går ut over en rett til livsnødvendig stell og pleie, og som går på oppfyllelse av grunnleggende behov for å kunne oppnå full deltakelse og likestilling i samfunnet på egne premisser, i et samfunn som har rom for ulike måter å fungere på. Tildeling av helsetjenester som gjør innbyggerne i stand til å klare seg mest mulig selv uten store pleie og omsorgstjenester, vil også kunne forebygge at disse personene senere får behov for store pleie og omsorgstjenester. Dermed vil samfunnsøkonomiske hensyn og hensynet til en effektiv utnyttelse av kommunenes ressurser også trekke i retning av at helsetjenesten skal gi tjenester ut over livsviktige behov for stell og pleie, da denne type helsehjelp kan være ressursbesparende for kommunen.

Ergoterapeutene jobber ut fra en tankegang om at alle mennesker er likeverdige og har grunnleggende behov for aktivitet og deltagelse, og at det er en klar sammenheng mellom aktivitet, helse og livskvalitet. Videre baseres ergoterapivirksomhet på at mennesker utvikler seg selv og sine omgivelser gjennom aktivitet, og at alle mennesker har rett til helsefremmende og meningsfull aktivitet og deltagelse i samfunnet.⁴⁹ Dette viser at grunnleggende verdier i ergoterapifaget er i tråd med utviklingen i verdisynet som en ser i lovgivningen og samfunnet for øvrig. Det tilsier at yrkesgruppen er en naturlig bidragsyter som kan være med å oppfylle dagens krav til nivået på helsetjenestene.

Variasjon i behovene gjør det vanskelig å fastsette generelle krav til omfanget av helsetjenester. Det er derfor ikke mulig å angi presist hvor omfattende denne hjelpen skal

⁴⁹ <http://www.netf.no/ergoterapi/samfunnskontrakt.htm> (tilgjengelig september 2008)

være, men den må ligge på et forsvarlig nivå i forhold til de behovene som skal dekkes. For å oppfylle minstestandarden på omfang av helsetjenester må grunnleggende behov som fremmer utvikling og mestring av daglige aktiviteter hos den enkelte være oppfylt slik at flest mulig får mulighet til å bo hjemme og delta i samfunnet.

Hvor nivået på minstestandarden i dag ligger skal illustreres med et praktisk eksempel. Et barn eller en eldre person søker helsehjelp på grunn av nedsatt fysisk funksjonsevne. Både barnet og den eldre personen bor hjemme. Begge har problemer med utførelse av daglige aktiviteter på grunn av nedsatt fysisk funksjon og fordi boligen ikke er tilrettelagt ut fra deres funksjonsnivå. Det er ikke tilstrekkelig tilrettelagt på arbeidsplass, skole/barnehage. Det fører til at miljøet rundt dem gjør dem funksjonshemmet og ingen av dem er selvhjulpne i forhold til personlig stell og andre daglige aktiviteter. Begge er avhengig av store pleie og omsorgsressurser.

Ved å tilrettelegge boligen, arbeidsplassen, skolen/barnehagen, tilpasse tekniske hjelpemidler og ved trening i daglige aktiviteter vil disse personene kunne bli mer selvhjulpne og vil i større grad mestre daglige aktiviteter, de vil kunne få en aktiv og meningsfylt tilværelse og får mulighet til deltagelse i samfunnet.

Tiltakene det er behov for i eksemplet må anses å ligge innenfor dagens minstestandard for hvilket omfang av helsetjenester borgerne har rettskrav på. Behovet for helsehjelp i eksemplet ligger innenfor ergoterapeutens kjernekompetanse. En ergoterapeut vil utvilsomt være en viktig yrkesgruppe som kan gi helsehjelp som vil tilfredsstille brukernes behov. Hvis en person ikke får dekket sine behov for et slikt omfang av helsehjelp må det anses å være i strid med loven.

For at de som har behov for nødvendig helsehjelp skal få oppfylt sin rett til en slik minstestandard på helsetjenester, stilles det krav til hvilke yrkesgrupper som må være representert i kommunehelsetjenesten. De yrkesgrupper som skal ivareta borgernes behov må gi helsetilbud som går ut over tradisjonell stell og pleie og som ivaretar borgernes mulighet for en aktiv og meningsfylt tilværelse. Ergoterapeuter arbeider med tiltak for bedring av den enkeltes funksjonsevne for at alle skal kunne delta på ulike arenaer i samfunnet. Dette tilsier at ergoterapitjenester er viktig for at kommunen skal oppfylle sin

plikt til å gi nødvendig helsehjelp og for at mennesker med nedsatt funksjon skal få oppfylt sitt krav på en minstestandard på helsehjelp.

Et viktig spørsmål i denne sammenheng er om kommunen kan se hen til det samlede tjenestetilbudet for hvorvidt minstekravet for helsehjelp er dekket. Ordlyden i khl § 2-1 gir ingen veiledning på spørsmålet.

Tolga-dommen (Rt-1997-877) som direkte gjelder omsorgslønsordninga slik den var etter kommunehelseloven, har uttalelser som kan gi grunnlag for tolkningen av minstestandarden. Her uttalte Høyesterett om vurderingen av når det skal tilbys omsorgslønn at "det er også naturlig å se de ulike tjenestene i sammenheng. Alle har sin bakgrunn i at det foreligger behov for helsehjelp." Høyesterett uttalte at det skal skje en bred, skjønnsmessig helhetlig vurdering der omsorgslønn blir satt i sammenheng med andre pleie- og omsorgstjenester. Dette må også antas å gjelde for helsetjenester som har forebyggende og behandlende formål. Ut fra uttalelsene i Tolga dommen kan man anta at et tjenestetilbud som samlet sett dekker behovene til den som trenger nødvendig helsehjelp, ikke vil være i strid med minstestandarden.

Denne tolkningen støttes av uttalelser i NOU 2004: 18, som inneholder utkast til ny lov om sosial- og helsetjenester i kommunene. I utredningen heter det om minimumskravet at "spørsmålet om de tjenestene som blir gitt til vedkommende tjenestemottaker, oppfyller lovens minimumskrav, må avgjøres ut fra en helhetsvurdering av de tilbudene som gis til den enkelte".⁵⁰

Dette kan også få betydning for ergoterapitilbudet ved at man må se det i sammenheng med andre tjenester. En ergoterapeut kan for eksempel gå inn med veiledning i forhold til hjemmetjenesten, slik at de kan ivareta deler av treningen i daglige situasjoner. På denne måten kan den som har behov for helsehjelp i noen situasjoner klare seg med mindre ergoterapi. Hvis tilbudet som gis til den enkelte etter en helhetsvurdering oppfyller kravet til minstestandarden vil rettskravet på helsehjelp være dekket.

⁵⁰ NOU 2004: 18 s. 133

3.2 Helsehjelpens kvalitet – kan en fysioterapeut utføre ergoterapitjenester som tilfredsstillers lovens krav til helsehjelpens kvalitet jf khl § 2-1?

Ordlyden i khl § 2-1 gir lite veiledning for hvilke krav til kvalitet som stilles.

I Fusa-dommen kom Høyesterett med uttalelser som taler for at den enkelte ikke har et ubetinget rettskrav på en bestemt tjeneste for å få oppfylt sin rett til nødvendig helsehjelp. På side 888 i dommen uttalte Høyesterett at sosialomsorgsloven § 3-1 ikke gir noe rettskrav på bestemte former for sosialhjelp og at "hvilke ytelser som skal gis, beror på et forvaltningsskjønn". Det må forstås slik at kommunen som utgangspunkt kan bestemme hvilket tilbud som skal gis etter loven om sosiale tjenester. Dette må antas å gjelde tilsvarende ved kommunale helsetjenester. Støtte for dette finner en i NOU 2004:18 (s. 65). Her heter det om retten til helsetjenester at tjenestemottakeren ikke har "et ubetinget rettskrav på en bestemt tjeneste" og at det er "forvaltningen som ut fra opplysninger i saken fatter beslutning om hvilke tjenester som skal tilbys..." Denne tolkningen støttes i teorien blant annet av Kjønstad ⁵¹.

Det vil si at det i utgangspunktet er kommunen som ut fra opplysninger i saken fatter beslutning om hvilke tjenester som skal tilbys. Det skal imidlertid tas hensyn til søkerens ønsker og synspunkter jf khl § 2-1 andre ledd og pasrl §§ 3-1 og 3-2. Som tidligere nevnt er det individuelle behov som skal danne grunnlaget for tjenesteytelser, og tjenestetilbudet skal dekke søkerens konkrete behov for tjenester. Dette følger forutsetningsvis av kommunehelsetjenesteloven. For at kravet til kvalitet skal anses oppfylt må den som søker helsehjelp få sitt behov for "nødvendig helsehjelp" dekket. Hvilken yrkesgruppe som utfører helsehjelpen vil kunne ha betydning for om kravet til kvalitet anses oppfylt.

Ergoterapeuter og fysioterapeuter omfattes av helsepersonelloven (hlspl) jf § 3 nr. 1 og § 48. I hlspl § 4 er det hjemlet et krav til helsepersonells yrkesutøvelse.

Det påpekes i forarbeidene til helsepersonelloven at forsvarlighetskravet i hlspl § 4 er en rettslig standard. ⁵² Det vil si at lovteksten henviser til en målestokk og til normer som ligger utenfor loven selv. En rettslig standard har en dynamisk karakter og er i stadig endring. En og samme lovbestemmelse kan tillegges ulikt innhold i takt med blant annet endrede

⁵¹ Asbjørn Kjønstad: (2007) s. 166-167

⁵² Ot.prp.nr.13 (1998-1999) Om lov om helsepersonell s.216

forventninger ut fra faglig utvikling og endrede verdioppfatninger på området.⁵³ Det vil si at den rettslige standarden utvikler seg i takt med utviklingen i helsevesenet og den enkelte fagprofesjon. Det forutsetter også at den enkelte helsearbeider må holde seg faglig oppdatert for å kunne utøve faglig forsvarlig helsetjeneste på sitt felt.

I forhold til det kvalitative innholdet i helsetjenesten opererer Kjønstad med en standard han har hentet fra kontraktsretten om at kvaliteten på tjenestene skal tilfredsstillere kravene til "vanlig god vare" og at arbeid skal utføres på en "fagmessig god måte". Det betyr at leveransen av ytelsen eller arbeidsoppgavene ikke representerer et mislighold om den ligger noe under gjennomsnittet. Den nedre grensen for mislighold går ved at tjenesten ligger vesentlig under gjennomsnittet.⁵⁴ Overføres dette til helseretten vil det si at det finnes en minstestandard for kvalitet på helsetjenesten. Er kvaliteten på helsetjenesten så dårlig utført at hensikten med tjenesten ikke oppnås, vil kvaliteten ikke tilfredsstillere behovet for "nødvendig helsehjelp". Dermed har den som søker helsehjelp ikke fått sitt behov dekket, og det foreligger brudd på khl § 2-1.

Etter hlspl § 4 skal helsepersonell utføre sitt arbeid i samsvar med de "krav til faglig forsvarlighet" "som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner".

Hva som menes med "faglig forsvarlighet" må man gå utenfor jussen å finne svar på. Denne type henvisningsteknikk er typisk for rettslige standarder.⁵⁵ I forarbeidene til helsepersonelloven⁵⁶ er det fremhevet at utgangspunktet er at det som ut fra den enkelte yrkesorganisasjons normer er forsvarlig, også vil være forsvarlig etter helsepersonellovens forsvarlighetskrav. Det vil si at det som er forsvarlig ut fra for eksempel ergoterapifagets eller fysioterapifagets egne kunnskaper, innsikter og holdninger, også som utgangspunkt være forsvarlig etter hlspl § 4.

Plikten til forsvarlighet setter videre krav til helsepersonellens "kvalifikasjoner". Med dette forstås etter vanlig språklig forståelse at man må være kompetent og skikket. Begrepet "kvalifikasjoner" dekker utdanning og erfaring i yrket. I forarbeidene går det frem at med "kvalifikasjoner" siktes det til formelle og reelle kvalifikasjoner, dvs helsefaglig utdanning,

⁵³Ragnar Knoph (1948) s. 3, 5 og 13-14

⁵⁴Asbjørn Kjønstad: (2007) s. 163

⁵⁵Asbjørn Kjønstad: (2007) s. 226

⁵⁶Ot.prp. nr 13 (1998-1999) s. 216

tilleggsutdanning og erfaring”.⁵⁷ For å si det enkelt skal helsepersonell utføre arbeidsoppgaver i tråd med det de har lært og kan ved utdanning og praksis.

Det finnes en autorisasjonsordning for ulike grupper helsepersonell, hvor vilkårene er hjemlet i hlspl § 48. Autorisasjonsordningen omfatter i dag 27 grupper helsepersonell. Både fysioterapeut og ergoterapeut er omfattet av ordningen. Ordningen stiller krav til utdanning og praksis for å bli autorisert. I forarbeidene heter det at autorisasjonen skal bidra til at innholdet i yrkesutøvelsen blir forutsigbar for pasienten.⁵⁸ Det er fremhevet i forarbeidene at offentlig godkjenning/autorisasjon utløser en rett til å benytte beskyttet tittel og rett til å benytte bestemte undersøkelses- eller behandlingsmetoder.⁵⁹ Forarbeidene uttaler også at forsvarlighetskravet ”innebærer at enkelte typer handlinger er forbeholdt særskilt kvalifisert helsepersonell”.⁶⁰

Autorisasjonsordningen gjør at brukere av helsetjenesten kan ha berettigede forventninger om at de yrkesgrupper som er autorisert og som benytter en beskyttet tittel har en særlig kyndighet på sitt respektive område, og at denne kyndigheten brukes i pasientbehandlingen.

I hlspl § 4 andre ledd heter det at helsepersonell skal ”innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner”, og skal innhente bistand der dette er nødvendig og mulig. Ordlyden må forstås slik at man ikke skal påta seg andre arbeidsoppgaver enn det man er kvalifisert til og at den som har de beste faglige kvalifikasjonene skal utføre helsehjelpen. I forarbeidene heter det at det generelle forsvarlighetskravet innebærer ”plikt for alt helsepersonell til å holde seg innen sitt fagområde, og ikke overskride sine faglige kvalifikasjoner”.⁶¹ Det betyr at ved undersøkelse, behandling og annen helsehjelp til personer skal helsepersonell ikke gå ut over sine kvalifikasjoner. Det stiller også krav til at helsepersonell må ha kunnskap om hvilken kompetanse annet helsepersonell har, og hvilke forventninger de kan ha til helsehjelpen andre yrkesgrupper utfører.

En person som fyller vilkårene etter § 2-1 og hvor en faglig vurdering tilsier at vedkommende har behov for ergoterapitjenester, og som søker helsehjelp i form av ergoterapi, kan ha

⁵⁷ Ot.prp. nr. 13 (1998-1999) s. 216

⁵⁸ Ot.prp. nr. 13 (1998-1999) s. 216

⁵⁹ Innst. O. nr. 58 (1998-1999) Innstilling fra sosialkomiteen om lov om helsepersonell mv. pkt 1.17 (desember 2008)

⁶⁰ Innst. O. nr. 58 (1998-1999) pkt. 1.4 (desember 2008)

⁶¹ Innst. O. nr. 58 (1998-1999) pkt 2, § 4 (desember 2008)

berettigede forventninger om at helsehjelp i form av ergoterapi skal utføres av ergoterapeut.

Om en kommune ikke har ergoterapeut tilknyttet sin helsetjeneste, kan det bli spørsmål om en fysioterapeut kan gi en person med behov for ergoterapitjenester nødvendig helsehjelp.

Ergoterapeuter og fysioterapeuter har en del overlappende faglig kunnskap og kompetanse. Dette har utviklet seg over tid, og utviklingen har medført at metoder som før ble ansett å være forbeholdt den ene gruppen nå kan utføres av begge grupper siden begge yrkesgrupper har fått tilstrekkelige kvalifikasjoner. Dette gjelder for eksempel funksjonsanalyser og tilpasning av bevegelsehjelpemidler som rullestoler, gåstoler og lignende. På andre områder varierer kvalifikasjonene, noe som vil innebære forskjeller med hensyn til hvilken helsehjelp som kan gis av den enkelte yrkesgruppe. Her vil kravet til kvalitet i helsetjenesten sette skranker for når den ene yrkesgruppen kan erstatte den andre, og når samarbeid er påkrevet.⁶²

Behovet for ergoterapi melder seg når sykdom, funksjonsnedsettelse eller miljøfaktorer medfører problemer som hemmer, hindrer eller truer personens daglige aktiviteter. Det må anses som en selvfølge at en person som søker helsehjelp i form av ergoterapitjenester bør kunne forvente at ergoterapitjenester utføres av en ergoterapeut, og at en som bruker denne tittelen har bestemte kvalifikasjoner. Hensynet til å beskytte pasientens forventninger og ivaretagelse av forutsigbarhet med hensyn til innholdet i yrkesutøvelsen trekker i samme retning jf lovens formål i § 1 og forarbeidsuttalelser.

Mens fysioterapitjenesten har hovedfokus på funksjon og den funksjonssvikt som sykdom eller skader i ledd og muskler (bevegelsessystemet) fører med seg, har ergoterapitjenesten fokus på menneskets muligheter, talenter og ressurser framfor tapte funksjoner. Mens fysioterapeutens grunnlag for tiltak og behandling vil være undersøkelse og vurderinger av pasientens bevegelsesmønstre og funksjonsnivå vil ergoterapeutens grunnlag for tiltak være undersøkelse og vurderinger av hva som hemmer aktivitetsutførelsen. Begge yrkesgrupper

⁶² Beskrivelse av ergoterapitjenester og fysioterapitjenester er hentet fra nettstedene til ergoterapeutforbundet og fysioterapeutforbundet og utdanningsinstitusjoner som utdanner ergoterapeuter og fysioterapeuter. <http://www.netf.no/ergoterapi1.htm>, <http://www.fysio.no/FAG/Hva-er-fysioterapi>, <http://www.hitos.no>, <http://www.hib.no/studier/studie.asp?studieID=GRF> (samtlige nettsteder var tilgjengelige oktober 2008)

bruker funksjonsanalyse som redskap i arbeidet, mens det for eksempel bare er ergoterapeuten som utfører aktivitetsanalyse (redskap for å vurdere aktivitetens muligheter og begrensninger). Aktivitetsanalysen danner grunnlaget for hvordan ergoterapeuten velger å tilpasse miljøet og hvordan tilrettelegging av aktiviteten skal skje for mennesker med aktivitetsproblemer. Denne kompetansen har ergoterapeuter særskilt kyndighet på. Funksjonsvurderingen danner grunnlag for hvordan fysioterapeuten velger å behandle sykdom og plager i bevegelsesapparatet.

På bakgrunn av fysioterapeutens utdanning vil en fysioterapeuts behandlingstilbud i hovedsak være massasje og annen manuell påvirkning av ledd, muskler og hud, øvelser, trening, tilpasning av hjelpemidler, kulde- og varmebehandling, elektroterapi og andre behandlingsformer. Et slikt behandlingstilbud vil ikke anses som ergoterapitjenester. Fysioterapeuten søker å hjelpe den syke pasienten gjennom å bedre den fysiske funksjonssvikten, øke bevegeligheten og redusere smerter. Ergoterapitilbudet vil på bakgrunn av ergoterapeutens utdanning rette seg mot tilrettelegging for deltagelse i aktiviteter. Det kan være tilrettelegging for at personen skal kunne utføre aktiviteter eller det kan være tilrettelegging av aktiviteter for å fremme utvikling av funksjoner og ferdigheter som påvirker personens evne eller kapasitet til å delta i sentrale virksomheter. Ergoterapimetoder retter seg mot trening i aktiviteter, bruk av alternative arbeidsteknikker, tilpasning av tekniske hjelpemidler og miljø.

Hvis en person søker helsehjelp på grunn av sykdom, funksjonsnedsettelse eller miljøfaktorer som medfører problemer som hemmer, hindrer eller truer personens utførelse av daglige aktiviteter, vil vedkommende ha behov for trening og tilrettelegging i daglige situasjoner. Personen vil i nevnte tilfelle ofte ha behov for ergoterapitjenester. Aktivitetsanalyse er en kompetanse som ergoterapeuten har særskilt kyndighet på, og som er en metode som vil være naturlig å benytte i denne situasjonen. Fysioterapeuten har ikke tilstrekkelig kompetanse til å bruke den aktuelle ergoterapeutiske metode som aktivitetsanalyse er. På grunn av at ergoterapeuter har særlig kyndighet på trening og tilrettelegging for aktivitet og fysioterapeuter har særlige kvalifikasjoner i forhold til kropp og funksjon, vil de sjelden kunne erstatte hverandre. Det vil ofte være behov for begge yrkesgrupper.

Det er viktig å merke seg at selv om fysioterapeuten utfører fysioterapitjenester som isolert sett tilfredsstillende kravet til faglig forsvarlighet, kan en person likevel ha et udekket behov for nødvendig helsehjelp. Selv om fysioterapeuten ikke har opptrådt uforsvarlig ved å gi nødvendige fysioterapitjenester, kan likevel en person fremdeles ha et udekket behov for helsetjenester i form av ergoterapi. Helsepersonell skal imidlertid av eget tiltak gi tilsynsmyndighetene opplysninger om forhold som kan medføre fare for pasienter jf hlspl § 17.

Det kan anføres ulike argumenter mot at kravet til kvalitet i helsetjenesten er oppfylt om en fysioterapeut skal kunne utføre ergoterapitjenester. For det første tilfredsstillende ikke fysioterapeuten kravene til hva man kan forvente av ergoterapitjenester på bakgrunn av utdanning, tittel og autorisasjon. Lovgivningen har valgt å skille mellom de to yrkesgruppene i hlspl § 48. Autorisasjonsordningen setter krav til at de som bruker tittelen "ergoterapeut" har bestemte kvalifikasjoner. For det andre vil hensynet til pasientens forventninger til kvaliteten og tillit til helsevesenet og helsepersonell tale mot en slik tolkning. Et ytterligere argument mot å overlate utførelsen av ergoterapitjenester til en fysioterapeut er at det ut fra ergoterapifagets egne kunnskaper, innsikter og holdninger neppe vil anses som forsvarlig.

Det tilsier at kravet til en minstestandard på kvalitet i helsetjenesten som hovedregel ikke vil være oppfylt ved at en fysioterapeut utfører ergoterapitjenester, da det i mange tilfeller ikke kan anses at ergoterapitjenesten er utført på en "fagmessig god måte" jf kontraktsrettslig standard. I de tilfeller helsehjelpen ikke er utført på en fagmessig god måte og kvaliteten på ergoterapihjelpen vurderes til å være så dårlig at hensikten med ergoterapibehandlingen ikke blir oppnådd, har den som søker helsehjelp ikke fått sitt behov for "nødvendig helsehjelp" dekket. Da foreligger brudd på khl § 2-1.

3.2.1 Hvilket ansvar har kommunen for at helsetjenesten er forsvarlig?

Kommunehelsetjenesteloven inneholder ikke noen bestemmelse som setter krav til forsvarlighet som retter seg mot kommunen som sådan. Helsepersonelloven gjelder etter § 2 for helsepersonell og de virksomheter som yter helsehjelp i riket. Kommunen må anses som virksomhet som yter helsehjelp, og omfattes av helsepersonelloven.

Hlspl § 16 setter krav til at "virksomhet som yter helsehjelp" skal organiseres slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter. En av disse pliktene er kravet i hlspl § 4 om at helsepersonell skal opptre forsvarlig. Ordlyden taler for at kommunen har et ansvar for at virksomheten som sådan må drives forsvarlig. Dette tilsier at kommunen må organisere helsetjenesten slik at det finnes tilstrekkelig helsepersonell for at innbyggerne skal få oppfylt sin rett til nødvendig helsehjelp.

Helsepersonell kan ikke lastes for forhold de ikke har herredømme over. Hvis kommunen svikter i sin organisering av tjenesten kan dette ikke lastes den enkelte helsearbeider. Dermed har en fysioterapeut som utfører forsvarlige fysioterapitjenester ikke opptrådt uforsvarlig, selv om pasienten ikke får oppfylt sin rett til nødvendig helsehjelp i form av ergoterapi. Fysioterapeuten har som tidligere nevnt en selvstendig plikt til å gi tilsynsmyndighetene opplysninger om forhold som kan medføre fare for pasienter etter hlspl § 17.

Det anses etter dette klart at kommunen har en selvstendig plikt for å etablere et system som sikrer kvaliteten på helsetjenesten.

3.2.2 Kan en kommune pålegge en fysioterapeut å gi helsehjelp i form av ergoterapitjenester?

Kommunen er arbeidsgiver og har styrings- og instruksjonsmyndighet overfor ansatte i kommunen. Det gjelder et prinsipp om overordnedes instruksjonsmyndighet og arbeidsgivers styringsrett. Kommunens styringsrett gjelder også overfor helsearbeidere. Samtidig gjelder et krav om faglig forsvarlighet som en grunnorm i helseretten. Forsvarlighetsstandarden må regnes som en hovedbestemmelse i helseretten. I Innst. O. nr. 58 for 1998-99(s. 23) er det uttalt at andre grunnprinsipper som regel må vike hvis de kommer i strid med prinsippet om forsvarlighet.

Det taler for at det overordede prinsippet om forsvarlighet her har forrang, og at en helsearbeider har et selvstendig ansvar for ikke å gå ut over sine faglige kvalifikasjoner. Det vil si at kommunens instruksjonsmyndighet er begrenset ved faglige spørsmål og tilsier at kommunen ikke kan pålegge en fysioterapeut å gi helsehjelp i form av ergoterapitjenester.

3.3 Når skal helsehjelpen/ergoterapitjenesten gis?

Etter khl § 2-1 må hjelpen kunne forventes når vedkommende har behov for "nødvendig helsehjelp". En person som har et rettskrav på nødvendig helsehjelp må få den hjelpen som trengs i tide.

I khl § 2-1 andre ledd heter det at den som trenger helsehjelp ikke skal påføres "unødig...tidsspille eller uleilighet". Ordlyden i bestemmelsen taler for at kommunen har en plikt til å organisere helsetjenesten på en måte hvor det ikke går unødig lang tid før helsehjelpen gis og som ikke påfører den som søker helsehjelp unødig besvær før vedkommende får hjelp. Hvis en persons tilstand forverres betraktelig fra det søkes om helsehjelp og til tilbud om helsehjelp gis, vil personen kunne anses å bli påført unødig uleilighet eller besvær. Det vil kunne regnes som et brudd på plikten til å gi helsehjelp etter khl 2-1. Hvor raskt hjelpen må gis avhenger av personens behov. Det kan ikke ventes at helsehjelpen må gis like raskt som etter hlspl § 7 og sphls § 3-1 hvor hjelpen skal gis "straks" når den er påtrengende nødvendig. Samtidig må den som har et akutt behov for helsehjelp få den hjelpen som trengs i tide.

For barn med nedsatt fysisk funksjon vil rask tildeling av helsetjenester kunne ha avgjørende betydning for barnets utvikling som muliggjør en aktiv og meningsfylt tilværelse. Kommunen har plikt til å gi forebyggende helsetjenester. Dette er spesielt viktig for barn som er i utvikling. Også for andre personer vil en rask tildeling av helsetjenester kunne være av avgjørende betydning for å sikre funksjon og hindre at vedkommende får ytterligere forverring av sin tilstand.

Tildeling av ergoterapitjenester kan forebygge at personer med nedsatt funksjon senere får behov for en større ressursinnsats i form av større pleie og omsorgsbehov. Et barn som står i fare for å utvikle en tilstand som hemmer den motoriske utvikling og mulighetene for en aktiv og meningsfylt tilværelse, har krav på helsetjenester som kan forebygge og behandle dette.

4. RETTSPOLITISK DRØFTELSE

Slik kommunehelsetjenesteloven er utformet i dag inneholder den en detaljert opplisting av enkelte deltjenester/yrkesgrupper kommunen har plikt til å opprette stillinger for, jf khl § 1-3 andre ledd. Ordlyden i loven har av mange kommuner blitt forstått slik at de ikke har plikt til å gi andre tjenester enn de som framgår av opplistingen. Det kan føre til at mange kommuner fokuserer på å opprette de stillinger loven pålegger dem, og ikke på hvilke behov innbyggerne har for helsetjenester. Dermed er det de lovpålagte tjenestene som ofte danner utgangspunkt for hvilket helsetilbud kommunene gir. Dette kan føre til en uheldig dreining bort fra innbyggernes behov, slik at det ikke er tilstrekkelig fokus på hvilke virkemidler en skal sette i verk for å dekke behovene. Det kan blant annet føre til at borgere som har behov for nødvendig helsehjelp i form av ergoterapi ikke får nytte godt av de rettigheter khl § 2-1 gir dem.

At ergoterapitjenester ikke er med i den detaljerte og spesifiserte opplisting av tjenester kommunene skal opprette, har i mange kommuner ført til at politikerne som skal fordele kommunale midler ofte leser loven svært bokstavelig. Ergoterapitjenester har ofte vært benyttet som salderingspost ved kommunalt budsjettarbeid, nettopp med den begrunnelse at kommunen ikke har plikt til å opprette ergoterapeutstillinger. Kuttforslagene er sjelden begrunnet med at de kommer på bakgrunn av vurderinger av befolkningens behov for helsetjenester. En slik detaljert liste over tjenester som en finner i khl § 1-3 har konkurransevridende virkning i forhold til andre tjenester.⁶³

I utkast til ny lov om sosial- og helsetjenester i kommunen⁶⁴ er det foreslått at en skal gå bort fra en detaljert og spesifisert opplisting av de ulike tjenesteformer slik det er gjort i khl § 1-3, og heller i større grad fremheve kommunens ansvar for visse oppgaver. Dette er et godt forslag som i større grad enn tidligere lovgivning vil sette fokus på at det er individuelle behov som skal danne grunnlaget for kommunale helsetjenester, og ikke hvilke grupper av helsepersonell kommunen er forpliktet til å ansette. Dette vil sikre en bedre helsetjeneste for de som trenger helsehjelp og det vil sikre større fleksibilitet og mulighet for helhetlige løsninger hvor kommunene får større frihet til å organisere helsetjenestetilbudet slik at det dekker innbyggernes behov.

⁶³ <http://www.netf.no>

⁶⁴NOU 2004: 18 s. 155

Det er imidlertid ikke klart hvilken utforming departementet vil lande på i den ventede odelstingsproposisjonen som skal komme på bakgrunn av NOU 2004: 18. I det pågående arbeidet med oppfølging av denne utredningen ble det sendt ut et høringsnotat blant annet til ergoterapeutforbundet høsten 2007, som inneholdt et forslag om å fastholde den detaljerte opplisting av tjenester som en i dag finner i khl § 1-3 andre ledd.⁶⁵ Det tyder på at det ennå er uklart hva departementet kommer til i den ventede proposisjonen, og at en ikke kan ta for gitt at lovforslaget blir fremmet i den form det foreligger i utkastet i NOU 2004: 18. Lovgivningen bør etter min mening holde fast ved å fremheve hvilke oppgaver kommunene skal løse. Hvis departementet likevel skulle lande på et lovforslag med en detaljert opplisting over tjenester kommunen har plikt til å opprette, mener jeg ergoterapitjenester må være med i en slik detaljert opplisting. En lovfesting av tjenesten vil gjøre rett til ergoterapitjenester synlig både for kommunens borgere og politikere og vil i større grad enn i dag sikre borgerne ergoterapitjenester.

⁶⁵ Se ergoterapeutforbundets skriftlige innspill på <http://netf.no/Netf/Politikk-og-paavirkning/Tema-i-tiden/Lovpaalagt-ergoterapi/skriftlig-innspill-til-arbeidet-med-helhet-og-plan-i-sosial-og-helsetjenesten>

LITTERATURLISTE

Forarbeider og andre offentlige dokumenter

Ot.prp

- Ot.prp. nr. 36 (1980-1981) *Om lov om helsetjenesten i kommunene*
- Ot.prp. nr. 66 (1981-1982) *Om lov om helsetjenesten i kommunene*
- Ot.prp. nr. 56 (1996-1997) *Om lov om endringer i lov 8. april 1981 nr 7 om barn og foreldre (barnelova)*
- Ot.prp. nr. 13 (1998-1999) *Om lov om helsepersonell*
- Ot.prp. nr. 44 (2007-2008) *Om lov om forbud mot diskriminering på grunn av nedsatt funksjonsevne*

Innst. O.

- Innst. O. nr 58 (1998-1999) *Innstilling fra sosialkomiteen om lov om helsepersonell mv.*

NOU

- NOU 1979: 10 *Helsepolitikken, Funksjonsfordeling og administrasjonsordninger*
- NOU 1979: 28 *Helse- og sosialtjenesten i lokalsamfunnet*
- NOU 2001: 22 *Fra bruker til borger*
- NOU 2004: 18 *Helhet og plan i sosial- og helsetjenesten*
- NOU 2005: 8 *Likeverd og tilgjengelighet*

St.meld.

- St.meld. nr. 36 (1989-1990) *Røynsler med lova om helsetenesta i kommunen*
- St.meld. nr. 40 (2002-2003) *Nedbygging av funksjonshemmende barrierer*

St.prp.

- St.prp. nr 1 (2007-2008), Kap 9: *Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008-2011*

Bøker

- Andenæs, Kristian og Olsen, Leif Oscar: *Sosialrett II* (Oslo 1990)
- Eckhoff, Torstein og Smith, Eivind: *Forvaltningsrett* (Oslo 2006)
- Gisle, Jon m/fl.: *Jusleksikon* 2. utgave (Oslo 2003)
- Kjønstad, Asbjørn: *Helserett* 2. utgave (Oslo 2007)
- Kjønstad, Asbjørn og Syse Aslak: *Velferdsrett I*, 4. Utgave (Oslo 2008)
- Knoph, Ragnar: *Rettslige Standarder* (1948)
- Molven, Olav: *Helse og jus* 5. utgave (Oslo 2006)
- Olsen, Leif Oscar: "Retten til helsehjelp etter kommunehelseloven", *Pasientrettigheter – hva nå?* (Oslo 1985) s. 79
- Rasmussen, Ørnulf: *Fordeling av helsetjenester i Samfunnsmedisin i praksis* (Oslo 1986)

Artikler

- Ohnstad, Bente: "Prosessuell rettsikkerhet, internkontroll og kvalitetssikring i helse- og sosialtjenesten: " *Kritisk Juss*, 2004 s. 172-

Forskrifter

- FOR 2003-04-03 nr 450: Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons og skolehelsetjenesten.
- FOR 2001-06-28 nr 765: Forskrift om habilitering og rehabilitering

Henvisninger til internett

<http://www.netf.no/ergoterapi/ergoterapi1.htm>

<http://www.netf.no/ergoterapi/samfunnskontrakt.htm>

<http://www.fysio.no/FAG/Hva-er-fysioterapi>

<http://www.hitos.no>

<http://hib.no/studier/studie.asp?studieID=GRF>

<http://www.netf.no>

<http://netf.no/netf/Politikk-og-paavirkning/Tema-i-tiden/Lovpaalagt-ergoterapi/skriftlig-innspill-til-arbeidet-med-helhet-og-plan-i-sosial-og-helsetjenesten>