



DET KONGELIGE FORNYINGS-,
ADMINISTRASJONS- OG KIRKEDEPARTEMENT

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 OSLO

Deres ref.
200903950-/ATG

Vår ref.
10/3647-

Dato
20.01.2011

Høring av forslag til ny kommunal helse- og omsorgslov

Vi viser til Helse- og omsorgsdepartementets (HOD) brev av 18.10.2010 om ovennente.

Fornyings-, - administrasjons- og kirke departementet (FAD) ser det som viktig at forslaget til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester skal sikre et mer sammenhengende tjenestetilbud for pasienter og brukere. For mange pasienter og brukere er det av stor betydning at helse- og omsorgstjenester vurderes samlet for å få hensiktsmessige og forsvarlige tjenester. Det nye lovforslaget om "felles helse- og sosialtjenester" fører til at flere eksisterende "helselover" utvides til å omfatte "sosiale tjenester". Inkludering av sosiale tjenester i helsetjenesteområdene innebærer at helsepersonelloven, pasientrettighetsloven og helseregisterloven med visse tilpasninger også skal regulere kommunenes plikter og pasientenes og brukernes rettigheter etter gjeldende sosialtjenestelov.

Særlig om personvern hensyn

Det er viktig at personvern hensyn og personvernkonsekvenser vurderes tidlig i et regelverksarbeid som det foreliggende. Foreløpig savnes slike drøftelser. Primært savner vi nærmere utredning av konsekvenser ved bruk av personopplysninger som er knyttet til utvidelsen av helseregisterlovens virkeområde i kapittel 7, kommunenes overordnede ansvar i kapittel 10, og kapittel 20 om materielle rettigheter.

Kapittel 7.3 Helseregisterloven

Tjenester som ytes etter lov om sosiale tjenester er organisert og opprettet med det formål å yte definerte tjenester etter denne særskilte loven. Hovedsakelig har disse

Postadresse
Postboks 8004 Dep
N-0030 OSLO
postmottak@fad.dep.no

Kontoradresse
Akersg. 59

Telefon
22 24 90 90
Org. nr.
972 417 785

Administrasjonsavdelingen
Telefaks
22 24 27 14

Saksbehandler
Anne Kristine Hage
22 24 48 51
akh@fad.dep.no

tjenestene hatt til formål å yte ulike typer hjelp og praktisk bistand, tjenester som til nå ikke har vært ansett for å være helsehjelp.

Ut fra punkt 7.3.3 forstår vi at HOD anser felles registre for helse- og sosialtjenester som avgjørende for å få til et sammenhengende tjenestetilbud. Hvis slike registre skal utvikles i hver kommune er det viktig å se nærmere på hva slags registermodell som skal benyttes og hvilket innhold slike registre skal ha. Det synes uklart om alle innbyggere som benytter helsetjenester hos fastlegen en gang i året skal registreres i et felles register med alle andre pasienter og brukere i kommunen. Det kan likeledes være uklart om det utelukkende tas sikte på å kommunisere helseopplysninger elektronisk. Hvis formålet er direkte behandlingsrettet virksomhet må det vel opprettes en kommunal felles elektronisk helse- og omsorgsjournal etter helseregisterloven § 6 og helsepersonelloven § 8, jf. henvisningen s. 65 siste avsnitt og 66 første avsnitt: *”Det vil være svært ressurskrevende for kommuner å ha flere dokumentasjonsløsninger for en integrert helse- og omsorgstjeneste...”*. Dette kan synes å bli underbygget ytterligere i siste avsnitt av punkt 7.3.3, med henvisning til helseregisterloven § 13, og den databehandlingsansvarliges plikt til å sørge for at tilgang til helseopplysninger bare gis i den grad dette er nødvendig for vedkommendes arbeid og i samsvar med gjeldende regler om taushetsplikt. Uansett vil slike registre innebære at en utvidet krets får tilgang til flere og andre opplysninger enn tidligere. En overholdelse av nevnte databehandlingsansvar vil kreve en rekke tilgangsnivåer og ulike begrensninger. Helse- og omsorgstjenesten i kommunene vil kunne oppleve mange av de samme problemene som sykehusene har med å differensiere tilgangsstyring. Det bør vurderes om det også på kommunalt nivå er behov for en type ”kjernejournal” som inneholder vitale opplysninger som ”begge typer tjenester” har bruk for i sitt arbeid.

Kommunene er relativt små enheter, noe som gjør at skadepotensialet ved lekkasjer av helseopplysninger kan være stort for sårbare grupper. Vi mener dette må vurderes før lovendringene legges frem.

Kapittel 10. Kommunenes overordnede ansvar

I innledningskapitlet og i kapittel 10 understrekes kommunenes frihet til å organisere sine helse- og omsorgstjenester. Det synes likevel som at kravene til å yte ytterligere helse- og omsorgstjenester på kommunalt nivå kombinert med en rekke funksjonskrav herunder til IKT-systemer, begrenser dette handlingsrommet betraktelig. Organisering av oppgaver har også en sentral betydning for hvor og hvem som skal registrere og ha tilgang til hvilke opplysninger. I tillegg vil en mest mulig ensartet organisering også kunne bidra til å sikre målet om likhet i tjenestetilbudet til befolkningen. Krav til forsvarlige IKT-systemer, herunder ivaretagelse av personvern, krever betydelig kompetanse som ikke enhver kommune kan forventes å ha. Vi er derfor meget positive til at det pågår et arbeid med å utvikle nasjonale standarder som samtlige aktører i helsesektoren er forpliktet til å benytte.

Kapittel 20 – materielle rettigheter

Hva som skal forstås med begrepet ”omsorgstjenester” bør defineres. Også en positiv definisjon av ”bruker” er ønskelig. Uklart innhold i disse begrepene kan skape uklarhet for så vel kommunenes ivaretagelse av sine plikter som for brukernes mulighet til å ivareta sine rettigheter. I et personvernperspektiv vil uklare definisjoner av innhold i tjenestene og hvem tjenestene tilbys til, ha vesentlig betydning for hvilke opplysninger som kan/skal registreres om den enkelte bruker. Uten nærmere definisjon av innholdet i disse begrepene synes det også vanskelig å tilpasse forsvarlig og korrekt tilgang til opplysninger for tjenesteyterne.

I personvernsammenheng er det et grunnleggende krav at det bare behandles personopplysninger som er nødvendig for formålet. For å kunne vurdere hvilke opplysninger som er nødvendige, er det avgjørende at formålet er klart angitt. I relasjon til forslaget til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, betyr dette at de tjenester som omfattes av regelverket, og ev. hvem som har rett til disse tjenestene, er klart angitt. Angivelse av formål og målgrupper vil danne grunnlaget for hvem og hvilke personopplysninger det vil være saklig behov for å registrere og behandle. Fra et personvernperspektiv vil det derfor være en fordel om de tjenester som omfattes av loven, og som vil danne grunnlag for behandling av personopplysninger om pasienter og brukere, kan tydeliggjøres i loven.

Til kapittel 25 i høringsnotatet: Avtalebasert lovpålagt samarbeid

jf. kapittel 6 i forslag til ny lov

Prosessene rundt inngåelse av samarbeidsavtaler vil være krevende for kommunene, særlig for små og mellomstore kommuner. Vellykkede løsninger forutsetter god dialog og bistand fra statlige myndigheter. FAD vil her peke på Fylkesmannens generelle og spesielle kommunekompetanse og rolle som politikkformidler og samordner overfor kommunene. Slik Fylkesmannen allerede i dag utøver denne rollen på helse- og omsorgsområdet, vil det være formålstjenlig for kommunene at fylkesmannsembetene i sin løpende dialog med kommuneledelsen fortsatt bidrar til at implementeringen av samhandlingsreformen i kommunene lykkes. FAD mener derfor at en slik rolle for Fylkesmannen bør omtales og tydeliggjøres i lovproposisjonen.

FAD mener det er uheldig å overlate til partene å inngå avtale om prosedyre for å håndtere uenighet ved gjennomføring av avtalen. Tvisteløsningen må være enhetlig og lovregulert.

Til kapittel 26 og kapittel 27 i høringsnotatet: Om klage- og tilsynsmyndighet

jf. kapittel 12 i forslag til ny lov

FAD er enig i at det bør være en felles regional klage- og tilsynsinstans med direkte styringslinje fra Statens helsetilsyn som overordnet faglig ansvarlig. Det gis videre

tilslutning til at klage- og tilsynsinstitansen skal behandle klage- og tilsynssaker som gjelder både kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenesten.

Etter FADs syn er Fylkesmannen best egnet til å ivareta funksjonen som felles regional klage- og tilsynsinstitans. Fylkesmannen har lang tradisjon som klage- og/eller tilsynsinstitans etter særlovgivningen på de fleste kommunale sektorområdene, og fremstår i dag overfor både publikum og kommunene som en viktig og godt kjent administrativ rettssikkerhetsinstans i forhold til kommunale vedtak, og rettsriktigheten av disse. Hensynet til samordning med andre kommunale tjenesteområder tilsier etter FADs syn at oppgavene må legges til fylkesmannsembetene. Den vertikale og horisontale samordningen innen helse- og sosialområdet oppnås ved bruk av embetene, i tillegg oppnås en horisontal samordning knyttet opp mot de øvrige fagområdene hvor Fylkesmannen er klage- og/eller tilsynsinstitans. Det er viktig for pasienter og brukere med behov for hjelp både fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten og fra andre kommunale sektorer at tilsynsinstitansen er den samme, slik at de kommunale tjenestene kan ses i sammenheng.

Det fremholdes i høringsnotatet at en overføring av oppgaver fra Helsetilsynet i fylket til Fylkesmannen kan oppfattes som en faglig svekkelse, både i befolkningen og i de medisinske fagmiljøene, selv om det ikke skjer endringer når det gjelder kompetanse og bemanning. FAD kan vanskelig se at en potensiell oppfatning i medisinske fagmiljøer bør tillegges avgjørende vekt i vurderingen av hvordan regional stat bør organiseres. Faglige hensyn, som økt mulighet for samordning av de kommunale tjenesteområdene samt ryddige organisatoriske linjer å forholde seg til både for befolkning og kommuner, må etter FADs syn være avgjørende. Som det fremgår av høringsnotatet vil jo heller ikke en faglig svekkelse finne sted, da kompetanse og bemanning vil videreføres som i dag. Uavhengig av valg av tilsynsinstitans, må det gis rom og rammer som gjør det mulig å ivareta tilsynet med spesialisthelsetjenesten på en god måte. FAD mener at en tydelig og gjennomgående intern organisering i embetene med samlet helse- og omsorgsavdeling under ledelse av fylkeslegen kan motvirke disse mulige motforestillingene som ikke er faglig fundert. Tillit og troverdighet til de oppgaver som utføres, må baseres på høy faglig kompetanse og kvalitet i oppgaveutførelsen, ikke på klage- og tilsynsetatens navn.

Flere helseforetak omfatter virksomheter i mer enn ett fylke. For at foretaket kun skal ha én tilsynsinstitans å forholde seg til, er det laget avtaler mellom Helsetilsynet i de aktuelle fylkene om hvem som har tilsynsfunksjonen. Dette er ordninger som også vil kunne finne sted innenfor fylkemannskonstruksjonen. Dersom det er hensiktsmessig, kan slike ordninger institusjonaliseres ytterligere i embetene.

Til kapittel 26 i høringsnotatet: Om klageinstansens kompetanse

jf. kapittel 2 i forslag til ny lov, jf. pasientrettighetsloven § 7 – 6 og bruk av forvaltningsloven

HOD foreslår en endring når det gjelder klageinstansens kompetanse til å treffe nye vedtak. Det foreslås at klageinstansen kan oppheve kommunens vedtak og sende saken tilbake til ny behandling i kommunen, men at klageinstansen selv ikke kan treffe nytt vedtak i saken. FAD mener forslaget vil svekke rettssikkerheten til brukerne i for stor grad. Etter FADs syn bør forvaltningslovens bestemmelser om klagebehandling også gjøres gjeldende for helse- og omsorgstjenester slik den er for andre kommunale tjenester, for eksempel etter barnevernloven, opplæringsloven og barnehageloven. Dette må også omfatte klagemyndighetens adgang til å treffe nytt vedtak i saken. Hensynet til kommunalt selvstyre er – slik FAD ser det – tilstrekkelig ivaretatt i forvaltningsloven § 34 slik den lyder i dag. Det er etter FADs syn ikke forsvarlig å etablere en særordning for klageinstansen som begrenser pasientenes og brukernes rettssikkerhet på dette sårbare området. FAD vil i den sammenheng vise til at statlige klageinstanser har lang tradisjon for å være tilbakeholdne med å overprøve kommunens frie skjønn.

Med hilsen

Marianne Hauan Molstad (e.f.)
avdelingsdirektør

Anne Kristine Hage
rådgiver