



FYLKESMANNEN I AUST-AGDER

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep

0030 Oslo

Deres ref.

Vår ref. (bes oppgitt ved svar)
Sak nr. 2010/4917 / LSA

Dato
17.01.2011

FORSLAG TIL NY KOMMUNAL HELSE- OG OMSORGSLOV - FELLES HØRINGSSVAR FRA FYLKESMANNEN OG HELSETILSYNET I AUST-AGDER

Fylkesmannen og Helsetilsynet i Aust-Agder er i hovedsak enige og avgir felles høringsuttalelse.

Vi støtter forslaget om ett felles regelverk for tjenester i den kommunale helse- og omsorgssektor, som vil understøtte behovet for og kravet om helhetlige og koordinerte behandlings- og omsorgstilbud innenfor samme forvaltningsnivå.

Når det gjelder felles *klageorgan og tilsynsmyndighet* har Fylkesmannen og Helsetilsynet i Aust-Agder avvikende meninger:

1. Fylkesmannen i Aust-Agder om klagesaksbehandling og tilsynssaker

Som et overordnet prinsipp støtter Fylkesmannen en tilnærming hvor klagesaksbehandling og tilsynssaker er organisert innenfor samme styringslinje.

Fylkesmannen har en bred tilsynsflate ut mot kommunene, og har i tillegg et særlig ansvar for samordning av statlig tilsyn etter kommunelovens bestemmelser. Fylkesmannen ivaretar spesialiserte tilsynsoppgaver innen for mange fagfelt uten at dette har medført at styringslinjene er blitt rokket ved. Statens helsetilsyn har et overordnet ansvar for tilsynsvirksomheten både innen sosial, helse og barnevern. Vi er godt fornøyd med denne ordningen, og får en svært god oppfølging både når det gjelder organisering og innhold i tilsynsarbeidet fra Statens helsetilsyn. Dette gjelder på lik linje både for Helsetilsynet og Fylkesmannen.

Arbeidet med klagesaker gir viktig kunnskap om tjenestene som er nødvendige både for den hendelsesbaserte og den planlagte tilsynsaktiviteten. Videre vil en slik organisering skape ryddighet i ansvarslinjene både for kommuner og enkeltpersoner, samtidig som det blir enklere å følge klagesaker på tvers av omsorgsnivåene. Ved å velge Fylkesmannen som klage- og tilsynsinstans oppnås i tillegg en mulighet for bedre samordning innenfor både helse- og sosialområdet.

Vi mener ikke at en samling av tilsynsansvaret hos Fylkesmannen vil gjøre det vanskelig å rekruttere relevant personell til embetet. Alle ansatte hos oss arbeider med både direktoratsoppgaver og helsetilsynsoppgaver uten at dette har vært problematisert. Med henvisning til ovenfor nevnte er Fylkesmannen av den oppfatning at et felles klage- og tilsynsansvar bør legges til Fylkesmannen.

2. Helsetilsynet i Aust-Agder om klagesaksbehandling og tilsynssaker

Ny lov om kommunale helse- og sosialtjenester er en viktig og nyttig "oppdydding" og et virkemiddel for gjennomføring av samhandlingsreformen. I den har man også tatt inn en del andre forhold som etter vårt syn bør vurderes nærmere og som ikke har noen direkte konsekvens for lovens formål. Disse forhold bør utelates nå og utsettes til senere behandling.

Dette gjelder

- Om Statens helsetilsyn skal være mottaker av § 3-3 meldinger
- Om Helsetilsynet i fylket eller Fylkesmannen skal være det regionale tilsyns- og klageorgan
- Om prinsippet om klageinstansens kompetanse til å omgjøre vedtak skal fravikes i forhold til bestemmelsene i denne lov.

Difi gjennomførte i 2009 en evaluering etter integrering av tidligere Fylkeslegen og Statens utdanningskontor i fylkesmannsembetet. Rapporten viser at integreringen langt på vei har vært vellykket. Det gjenstår imidlertid noen utfordringer. Det siteres fra rapporten:

En særskilt utfordring for fylkesmannen/Helsetilsynet i fylket er forholdet til spesialisthelsetjenesten. Dette skyldes bl.a. inndelingen i helseregioner og helseforetak som er lokalisert i to fylker. Det er derfor oppnevnt kontaktfylkesleger som har ansvar for å koordinere de berørte fylkeslegenes kontakt med det regionale helseforetaket (RHF). Kontaktfylkeslegene utarbeider også tilsynsplan for tilsyn med spesialisthelsetjenesten i helseregionen. Der det er fylkesovergripende helseforetak (HF) er ansvaret for tilsynet lagt til et av de berørte Helsetilsyn i fylket.

Vi har kun intervjuet et begrenset antall personer ved regionale helseforetak og helseforetak. Vi har ikke fått synspunkter på at ordningen med kontaktfylkeslege ikke fungerer. Informanter fra Statens helsetilsyn og fylkesmannsembetene har imidlertid pekt på at det har vært utfordringer knyttet til ansvars- og oppgavefordelingen de berørte fylkeslegene har overfor fylkesovergripende helseforetak.

Avslutningsvis konkluderes det blant annet med følgende utfordring:

4.2.6 Styrke forholdet til spesialisthelsetjenesten

Helsetilsynet i fylket er som tidligere nevnt tilsynsmyndighet ikke bare overfor kommunene, men også overfor spesialisthelsetjenesten. Dette utgjør en stor del av arbeidsoppgavene for Helsetilsynet i fylket. Som funnene i kapittel 3 viser så innebærer oppgavene overfor spesialisthelsetjenesten flere utfordringer for embetene.

For det første samsvarer ikke helseregionene med fylkesgrensene. Helse Sør-Øst RHF omfatter hele 10 fylker. Kontaktfylkeslegene har ansvar for å planlegge og koordinere arbeidet i forhold til tilsyn med spesialisthelsetjenesten i de fire helseregionene. Vi har ikke hatt tilstrekkelig datamateriale til å kunne vurdere hvor godt ordningen med kontaktfylkeslege fungerer. Kartleggingen viser imidlertid at informanter både i embetene, helseforetakene og sentralt har gitt uttrykk for at samarbeidet mellom fylkeslegene ikke alltid fungerer bra der det er fylkesovergripende helseforetak.

Helsetilsynet i fylket har også en spesiell utfordring knyttet til å "matche" sykehusene mht. fagkompetanse. Sykehusene er store organisasjoner med høy fagkompetanse mens fylkeslegen ofte stiller med en relativt liten avdeling og med begrenset faglig spesialistkompetanse. Fylkesmannen møter denne utfordringen også på andre fagområder i møte med de største kommunene. Likevel representerer en regionalisert og spesialisert helseforetaksstruktur en særlig utfordring for fylkesmannen og Helsetilsynet i fylket.

Fylkesmannsstrukturen innebærer slik sett begrensninger for helseområdet med tanke på å kunne foreta en regionalisering av tilsynet for å kunne møte spesialisthelsetjenesten på en mer slagkraftig måte. Statens helsetilsyn har gjennom integreringen mistet muligheten til å organisere sin egen virksomhet i tråd med helseregionene.

*Spesialisthelsetjenesten representerer en helt annen målgruppe enn det de andre fagavdelingene hos fylkesmannen har, noe som også bidrar til å gjøre dette til en særskilt utfordring. **Hvorvidt utfordringene knyttet til forholdet til spesialisthelsetjenesten kan løses innenfor rammene av dagens fylkesmannsembeter, er et tema som krever en egen vurdering og som ikke kan gjøres innenfor rammen av dette prosjektet. Etter vår vurdering er det imidlertid svært viktig at denne diskusjonen tas – både innenfor helseområdet og i samråd med fylkesmennene.(våre uthevinger).***

Som Difi-rapporten konkluderer, har det for innbyggerne og kommunen vært lite problemer knyttet til det to-sporede tilsynssystemet der Helsetilsynet i fylket administrativt er lagt til fylkesmannsembetet, men med Statens helsetilsyn som faglig overordnet myndighet. Det er flere viktig forhold som må tas i betraktning ved valg av modell for tilsyn med helsetjenestene:

- Tilsyn med kommunehelsetjenesten
- Tilsyn med spesialisthelsetjenesten
- Tilsynssaker i forhold til det enkelte helsepersonellet
- Tilsyn og klagesaker som omfatter begge forvaltningsnivåer
- Klagesaker som har både individ – og systemperspektiv (det enkelte helsepersonell og virksomhet)
- Saker som omhandler både helse- og omsorgstjenester

De sistnevnte tre forhold er sterke argumenter for å holde klage- og tilsynsmyndigheten samlet i ett organ. Kommunene har gitt uttrykk for en viss "uryddighet" i dette tosporede systemet. Erfaringen så langt har imidlertid vært at det har vært ukomplisert for kommunene å forholde seg til Fylkesmannen og Helsetilsynet i fylket som to tilsynsorgan. Den samme administrative ledelse bidrar til at relaterte oppgaver blir koordinert og sett i sammenheng.

I det fremtidige helsevesen der pasienten vil motta tjenester fra flere nivåer og fra flere virksomheter i det samme sykdomsforløpet vil det være en forutsetning at tilsynsmyndighetene ser hele tjenesten samlet. Samhandlingsreformen legger opp til utstrakt samarbeid mellom kommunehelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten og med private aktører i tillegg. Organiseringen av tilsynsansvaret må være tilpasset denne situasjonen. Det innebærer at tilsynsansvaret må være samlet.

Det er imidlertid ikke den samme nærhet mellom det kommunerettede tilsynet og Helsetilsynet i fylkets andre tilsynsoppgaver, som saker mot det enkelte helsepersonellet, og klage- og tilsynssaker mot spesialisthelsetjenesten. Det er således vanskelig å se begrunnelse for at Fylkesmannen skal ha all tilsynskompetanse i dette perspektivet.

Tilsyn med spesialisthelsetjenesten er i rask utvikling. Det kreves fokus, ikke bare på høyt spesialisert behandling rent faglig, men også på risikostyring under omstilling, datasikkerhet mv. Organisering (og omorganisering) av sykehus i fylkesovergripende foretak tilsier at tilsynsmyndigheten raskt må kunne tilpasse ressursene.

Etter vårt syn foreligger det tre aktuelle løsninger på det fremtidige tilsyn etter helselovgivningen:

- Fylkesmannen har det samlede tilsynsansvar
- Helsetilsynet i fylket har det samlede tilsynsansvar
- Alt kommunerettet tilsyn samles hos fylkesmannen og tilsyn med helsepersonell og spesialisthelsetjeneste samles hos helsetilsynet

- Uendret, tosporet system som nå men med den endring at Helsetilsynet i fylket fører tilsyn med ny lov om helse- og omsorgstjenester.

Helsetilsynet i Aust-Agder mener prinsipielt at man bør følge Difi's råd om å ta diskusjonen, om tilsyn med spesialisthelsetjenesten kan gjøres innenfor rammen av Fylkesmannsembetet.

Blant de forhold som bør drøftes nøye er rekruttering og den særskilte kompetanse som kreves for tilsyn med spesialisthelsetjenesten. Dessuten må det forhold at tilsyn planlegges og utføres på tvers av fylkesgrenser, i en organisasjonsmessig form som kan krever relativt raske omstillinger, tillegges vekt. Kravene til tilsyn er sterke, tilsynet må være sterkt faglig for å ha den nødvendige legitimitet, og tilsyn bør komme raskt ved alvorlige hendelser. Etter vårt syn må disse forhold vurderes og utredes nærmere, for å sikre at man ikke kommer i en situasjon der man "plutselig" oppdager problemer med å gjennomføre tilsyn og som ikke var forutsett og vurdert.

Helsetilsynet i Aust Agders råd til departementet er at det ikke gjennomføres endringer i denne lov som endrer på tilsynsansvaret for helsetjenestene, men at Helsetilsynet i fylket fører tilsyn etter ny lov om helse- og omsorgstjenester inntil den nevnte anbefalte utredning har funnet sted. Det er også den endringen som etter vårt syn har og får minst konsekvenser for tilsyn med og forholdet til tjenestene umiddelbart.

Felles uttalelse: Fylkesmannen og Helsetilsynet i Aust-Agder

Det vises videre til høringsuttalelsen fra Statens helsetilsyn av 09.12.10, og vi stiller oss i hovedsak bak denne høringsuttalelsen som tar opp mange viktige sider ved lovforslaget. Vi har følgende kommentarer og merknader i tillegg til dette:

Begrepet "sosial" byttes ut med "omsorg"

Vi stiller spørsmål ved om omsorgsbegrepet i det hele tatt er egnet. Omsorg innebærer en gjensidighet mellom den som yter omsorg og den som mottar omsorg, jf. bruken av omsorgsperson i dagligtale. Begrepsbruken i lov om sosiale tjenester § 4-3 er konsistent med den alminnelige bruken av begrepet når rett til sosiale tjenester utløses der vedkommende ikke kan "dra omsorg" for seg selv. Overfor ens nærmeste gir man omsorg, mens man yter helse- og sosialtjenester.

Omsorgsbegrepet synes å ha fått et smalere innhold enn hva den innholdsmessige betydningen av begrepet er i dag. Vi vil dessuten minne om at § 4-1 i gjeldende lov om sosiale tjenester omhandler opplysning, råd og veiledning.

Vi mener at loven bør kalles lov om kommunale helse- og sosialtjenester. Loven handler om å gi tjenester, hvor noen etter loven gis plikter og andre gis rettigheter. Omsorgsbegrepet bør holdes utenfor, da omsorg innholdsmessig er noe annet.

At helsepersonelloven benytter begrepet i betydningen måten hjelpen skal gis på, og at sosialtjenesteloven benytter omsorgsbegrepet i forskjellige sammenhenger, er i seg selv ikke argument for å kalle loven en omsorgslov.

I tillegg savner vi sosialt relaterte begreper som speiler andre metodiske tilnærminger. For eksempel målrettet miljøarbeid, sosialt arbeid, motivasjonsarbeid, tillitsskapende tiltak, aktiv omsorg, sosialt stimulering, fysisk aktivitet, hjelp til selvhjelp osv. Man bør også se på de ulike bestemmelsene i kvalitetsforskriften for å utdype hvilke tjenester som skal ligge til helse- og omsorgstjenesten. I høringsnotatet s. 144 står om oppsøkende virksomhet. Det ville være en stor styrke dersom metoden oppsøkende virksomhet ble tatt inn i lovteksten. Dette vil på en langt større måte forplikte omsorgstjenesten til aktivitet. Støttekontakt, fritidskontakt, treningskontakt og lignende har ikke blitt nærmere omtalt i lovforslaget. Dette svekker også "aktivitetslinja" i loven.

Om profesjonsnøytralitet

Kommunene må i fremtiden ta i bruk flere virkemidler og tiltak for å løse oppgavene og nå målene. Avtaler med frivillige; bruk av "vaktmestere" til praktiske oppgaver og miljøtiltak, støttekontakter mv

vil i prinsippet kunne bli omfattet av regelverket jf forpliktelsene etter forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten og verdighetsforskriften.

Man kommer ikke utenom å stille seg spørsmål om det finnes utdanninger innenfor lovens virkeområde man ikke kan klare seg uten. Det er selvsagt et mål at kommunen har flest mulig fagutdannede på de respektive sektorer. Alle gode hensikter og formål med ett felles regelverk for helse – og sosiale tjenester (nå omsorgstjenester) må ikke uthule det faktum at kommunen skal yte til dels krevende helsetjenester. Samhandlingsreformen vil sannsynligvis forsterke dette. Det bør derfor være krav til faglig forsvarlighet ved at kommunen som et minimum skal inngå avtaler med, eller tilsette leger, sykepleiere, vernepleiere, ergoterapeuter, helsesøstre og fysioterapeuter. Alternativt at kravene til tjenestenes innhold i forskrifts form utformes slik at det klart vil avledes hvilke kompetansekrav som kreves.

Det bør vurderes å gi forskrifter om kompetansekrav, men da må dette gis både for sosialpersonell og helsepersonell. Dette gjelder selv om sosialpersonell ikke er profesjonsbeskyttet, men nettopp derfor er forskrift om kompetansekrav viktig. Sosialpersonell har ferdigheter som det er viktig å synliggjøre i lovens beskrivelse av oppgaveløsning.

Bred og god helse- og sosialkompetanse er avgjørende for at kommunene skal kunne oppfylle kravene i loven. Den demografiske utviklingen, endrede helseutfordringer og nye oppgaver/ansvar i forbindelse med samhandlingsreformen vil medføre ytterligere behov for utstrakt tverrfaglig samarbeid og samhandling både horisontalt og vertikalt i "organisasjonene". God faglighet kombinert med felles forståelse av taushetspliktbestemmelsene, for å sikre nødvendig konfidensialitet, vil sikre smidig samhandling. Dette vil trolig også redusere faren for svikt. I dag er taushetspliktbestemmelsene ofte brukt som et hinder for samhandling mellom profesjonene.

Heldøgns tjenester – i eget hjem eller institusjon?

Demografiske data tilsier en raskt økende andel av de eldste eldre, og med dagens standard i norske hjem vil de fleste greie seg i eget hjem – eventuelt med tillegg av tjenester – så lenge den fysiske helsen holder. I tillegg til dem som av fysiske årsaker trenger hjelp, vil mange bli helt avhengig av offentlige tjenester fordi de er svekket av mentale grunner. Når samtykkekompetansen reduseres kan det ikke forventes at man har evne til å søke eller samtykke til hva man ønsker og har behov for av tjenester, behandling, pleie og omsorg.

Pasientrettighetslovens kap 4a gjelder ikke for tjenester i eget hjem. Ved tjenester i eget hjem påløper alminnelige betalingsforpliktelser som ikke alltid kan følges opp av den enkelte. Ved alvorlig sykdom og i siste livsfase kan det oppleves svært belastende å måtte ta stilling til en rekke valg som for friske er en selvfølgelig del av hverdagen. Med færre omsorgspersoner i den enkeltes krets vil et system i retning av omfattende tjenester i hjemmet omkring sterkt behandlings- og pleietrengende, påføre kommunene større og krevende forpliktelser. Disse ressursene kan etter vårt syn brukes bedre på nødvendig helsehjelp og andre kjerneoppgaver. Institusjonstilbud gir en "pakkeløsning" for den enkelte bruker med forutsigbarhet for både bruker og pårørende om hva som ligger i tilbudet, og sikrer raskere og bedre tilpasning av medisinsk tilsyn og annen hjelp avhengig av tilstanden. I lys av samhandlingsreformen vil det være nødvendig at den kommunale tjenesten er tilrettelagt slik at spesialisttjenester kan utføres ambulant (prøvetaking, røntgenundersøkelser mv). Alle disse forhold tilsier at det bør forankres en lovmessig plikt for kommunene til å sørge for et institusjonstilbud.

Om kommunelege og fastlegeordningen (høringens kap 15 og 16):

Begrunnelsen for å lovfeste krav om kommunelege finnes sannsynligvis klarere i ny lov om folkehelse og de forventninger og krav som der ligger til kommunen. Kommunelegens medvirkning i samarbeid med fastlegene, utforming av krav til og drift av aktive medisinske kommunale institusjoner mv, (se over) tilsier at kommunen må ha medisinsk faglig kompetanse tilknyttet den kommunale ledelse.

Viktigere for oppfyllelse av denne lovs formål og samhandlingsreformens intensjoner er etter vårt syn fastlegenes medvirkning og rolle. Vi støtter ikke forslaget om aktiv oppfølging av pasienter på fastlegens liste. Det kan være mange grunner til at man ikke kontakter sin fastlege, og spørsmål

om betaling må løses. Vi er også spørrende til verdien av funksjonskrav som beskrevet. Medvirkning som del av det kommunale "helsetjenesteteteam" må være ett av de viktigste målene i lys av samhandlingsreformen. Fastlegenes erfaringer er av stor betydning for planlegging av tjenester og forebyggende tiltak, og hensyn til utforming av tjenester til det enkelte individ. Betydningen av å ha leger med god allmennt medisinsk kompetanse i legevakt kan heller ikke understrekes sterkt nok, og det må tilstrebes rammebetingelser som er slik at leger ikke velger seg bort fra legevakt.

Ledelse av leger kan være en stor utfordring, og kjennskap til deres virke og organisering av praksis er en nødvendig betingelse. Det er stor sannsynlighet for at en kommunelege er best egnet til å ivareta oppgaven, og i lys av dette støttes forslaget om kravet til at kommunene skal ha en kommunelege i fast stilling. Samtidig bør man gå tilbake til forarbeidene før fastlegeordningen ble innført og hente fram data for normering av en slik stilling. Kravet må være minst 50 % stilling i alle kommuner om funksjonen skal ha en reell verdi.

Om klagekompetansen

Fylkesmannen og Helsetilsynet i fylket har i dag myndighet til å omgjøre vedtak. I vårt embete bruker vi først og fremst muligheten til å oppheve vedtak og sende saken tilbake for ny behandling. Omgjøring gjøres i liten utstrekning, og respekten for det kommunale skjønn er godt innarbeidet. Det er imidlertid noen viktig forhold som tilsier at overordnet klageorgan fortsatt skal ha myndighet til å omgjøre vedtak:

- Dersom saksbehandlingen har vært svært langvarig og/eller alder og helsetilstand betyr at vedtaket bør foreligge uten videre opphold om klager skal få nytte av tjenesten. (svært høy alder, svekket allmenntilstand, langt fremskreden sykdom mv)
- Klage til overordnet organ kan fremstå som formålsløst hvis oppfatningen blir at dette "allikevel ikke kan gjøre noen forskjell" og kan medføre at brukere ikke klager.
- Fylkesmannen / Helsetilsynet i fylket blir en "tannløs vakthund" uten myndighet til å omgjøre vedtak som er åpenbart urimelige med ditto tap av autoritet og tillit i befolkningen

Etter vårt syn er Fylkesmannen / Helsetilsynet i fylket en viktig rettssikkerhetsinstans, og rettssikkerheten svekkes betydelig dersom det ikke gis anledning til å omgjøre vedtak. I realiteten vil kommunen ha all makt, og kan uten å frykte utfallet hos overordnet klageorgan fastholde sine vedtak. Sivilrettslig prøving av en sak vil mest sannsynlig ikke være noe alternativ for brukerne.

§ 2-3 Forvaltningslovens anvendelse

Her foreslår utvalget en innskrenkning av nåværende rett ved at hjelp inntil 2 uker ikke skal reguleres ved enkeltvedtak. Statens Helsetilsyn uttrykker bekymring for dette, de mener at dette kan bety at mange tjenester kun gis for 2 uker, og at derfor klageretten forvitrer. Det er vi enig i. Vi mener at nåværende regler bør videreføres, og at pasientrettighetslovens § 2-7 ikke bør endres. Det er vår erfaring at det er uklarheter og store forskjeller når det gjelder saksbehandling ved tjenester for eksempel til rusmisbrukere og mennesker med psykiske lidelser. Her bør departementet gi klare regler. Vi mener at disse tjenestene bør gis som enkeltvedtak med klagerettigheter, presisert i lov og forskrift.

§3-2, første ledd bokstav a)

Sosialtjenestelovens § 4-1 understreker at det ikke bare skal tilbys opplysning, råd og veiledning, men at sosialtjenesten skal bidra til å løse eller forebygge sosiale problemer. Andre setning er i denne forbindelse også viktig fordi den gir tjenestene en ytterligere aktivitetsplikt. Dersom ikke sosialtjenesten kan gi slik hjelp, skal den så vidt mulig sørge for at andre gjør det. Bestemmelsen korresponderer med lov om sosiale tjenester i NAV § 17.

Bestemmelsen bør videreføres med ordlyden i den gjeldende lov om sosiale tjenester § 4-1.

§ 3-2 Kommunens ansvar for individ- og grupperettede helse- og omsorgstjenester

Denne bestemmelsen presiserer oppgavene tydeligere innen dette området enn kommunehelsetjenesteloven. Loven forplikter kommunene til å identifisere personer som står i fare for å utvikle sykdom, sosiale problemer og rusavhengighet. Den forplikter også kommunen til å ha

oversikt over helsetilstanden og at dette skal være viktige premisser for kommunal planlegging, jf plan og bygningsloven. Det kunne med fordel også vært krav om identifisering av helsedeterminanter, som f. eks aktivitet i vid forstand. Skillet mellom hva som er kommunens ansvar for grupperettede tiltak og helse- og omsorgstjenestenes kommer godt fram i folkehelseloven, men burde vært uttrykt eksplisitt i denne loven også, f.eks plikten til å tilrettelegge for sosiale møteplasser, god ernæring for psykisk utviklingshemmede og tjenester til rusmisbrukere. Muligens kan dette defineres inn under § 3-4: "ha oversikt over helsetilstanden i befolkningen og de positive og negative faktorer som kan virke inn på den."

§ 3-2 nr. 6, bokstav a) Hjemmetjenester

Vi støtter Statens Helsetilsyn i at hjemmetjenester også skal omfatte hjemmesykepleie. Vi legger til grunn at dette punktet i høringsforslaget er ment å erstatte bl.a. sosialtjenesteloven § 4-2 a. Praktisk bistand og opplæring.

Vi mener likevel § 3-2 nr. 6, bokstav a) bør utvides til:

Praktisk bistand og hjemmesykepleie, og begrunner forslaget med følgende:

- Som Statens Helsetilsyn anfører, gir "hjemme"-begrepet en føring om arena for tjenesten. I tillegg til at hjemmetjenester gir assosiasjoner til husmorvikar og gulvvask, vil dette skape unødig usikkerhet og mangel på presisjon. Imidlertid glir oppgavene inn i hverandre og bør stå samlet. Erfaring fra tilsynsvirksomheten viser at det skaper unødig usikkerhet om bl.a. hvem som skal yte en bestemt hjelp i det samme hjemmet.
- Statens Helsetilsyn skriver at dagtilbud ikke er særlig berørt i høringsnotatet. De fleste brukerne av dagsenter har et vedtak om praktisk bistand, og en rekke aktiviteter (ikke bare fritidsorienterte) *skjer utenfor hjemmet*. Vi minner også om målsetning i Omsorgsplan 2015 om en sterk utbygging av dagtilbud, særlig for demente.
- Videre har avklaringen om at dagtilbud med et vesentlig innslag av pleie- og omsorgstjenester (som ikke inneholder en vesentlig grad av produksjon- og inntjening) er en omsorgstjeneste, gjort at retten til og innholdet i tilbudet står sterkere. Ikke minst gjelder dette personer som omfattes av sosialtjenesteloven kap 4A, om tvang og makt. Forslaget i høringsuttalelsen kan derfor skape ny usikkerhet.

§ 3-5 Kommunens ansvar for øyeblikkelig hjelp

Vi støtter forslaget om at kommunene skal være i stand til å ta imot pasienter akutt. En del sykehusinnleggelser kan unngås ved tettere oppfølging i kommunen. Overvåking og behandling av unødig forfall og plager, for eksempel oppfølging av ernæring så vel som naturlige funksjoner og medisinbruk, krever et institusjonstilbud, men ikke nødvendigvis innleggelse i sykehus. Forslaget legger til grunn at det er ledige plasser i sykehjem, blant annet i helgene, og at disse plassene må utnyttes bedre. Erfaringer fra Aust-Agder og kjennskap til Sørlandet sykehus sin utskrivingspraksis, viser at sykehjemsplassene utnyttes effektivt. Med dagens og fremtidens behov for sykehjemsplasser er det ikke forsvarlig å la sykehjemsplasser stå tomme i beredskap.

Om kommunene skal utvide tjenestetilbudet til å omfatte øyeblikkelig hjelp på døgnbasis, må antall senger og personellsituasjonen tilpasses dette. Legetilbudet og sykepleietilbudet må styrkes både med ressurser og kompetanse.

§ 3-6 Kommunens ansvar for pasient, bruker og pårørendeopplæring

Vi støtter Statens Helsetilsyn i deres drøfting om grensdragningen mellom sosiale tjenester (dagliglivets gjøremål) og mer medisinskfaglige oppdrag. Forslaget om å legge opplæringsansvaret inn under "personlig assistanse" synes imidlertid å sette en begrensning for ordningen. Det er vår erfaring at flere omsorgsyttere i kretsen rundt en bruker kan ha behov for opplæring.

Selv om støttekontakt og private avlastningsordninger er ment å være et lavterskeltilbud utført av ufaglærte, vil det i mange tilfeller være nødvendig med opplæring av de personene som skal utføre arbeidet. Det finnes etter vår erfaring ingen krav til kompetanse for mange som utøver slikt arbeid annet enn et generelt ansvarlighetskrav. Mange familier rekrutterer og administrerer ordningene

selv, og forholdet til kommunen er ikke å ligne med et vanlig arbeidsforhold. Det er også andre aktører innen barnehage, skole, fritidsaktiviteter, transportører m.m. som bør ha opplæring i særlige hjelpebehov og et minimumsnivå av kunnskap om sykdom/behandling. Regimer rundt epilepsi, diabetes, fysiologiske tiltak, miljøterapi osv. kan være eksempler på dette. Taushetsplikt m.m. må ivaretas på vanlig måte.

Forslaget er derfor å utvide § 3-6 med: "Andre med bruker- og pasientkontakt kan også falle inn under kommunens opplæringsansvar."

§ 3-7 Omsorgslønn

Dagens omsorgslønnsordning er en diffus ordning som gir dårlig rettssikkerhet. Ordningen er vanskelig å administrere, og vurderingen av klagers behov er vanskelig. Utmålingen utfordrer omsorgsyternes rettferdighetssans og budsjettposten er ofte utsatt for sparekniven. Vi støtter likevel Statens Helsetilsyns uttalelse om at dagens ordning foreløpig videreføres.

§ 3-8 Boliger til vanskeligstilte

Her er det nærmest sammenfallende ansvar i både dette forslaget og i Lov om sosiale tjenester i NAV. I høringsdokumentet s. 155 står følgende: "Etter at reguleringen av en del av de sosiale tjenestene som tidligere var regulert i sosialtjenesteloven ble overført til Lov om sosiale tjenester i NAV, har forutsetningen om en helhetlig kjennskap til alle grupper vanskeligstilte boligsøkere og deres behov falt bort..." Fylkesmannen er ut fra våre erfaringer ikke enig i denne analysen. Mange av innbyggerne med behov for bolig får tjenester både fra NAV og helse- og omsorgstjenesten, og det er helt avgjørende at det er en god samordning mellom disse to deltjenestene i kommunen. Dette gjelder særlig de mest sårbare og hjelpetrengende gruppene, personer med sammensatte rus- og psykisk helseproblemer

§ 4-1 Krav til forsvarlighet.

Vi støtter forslaget om å lovfeste plikten i egen bestemmelse. Det bør vurderes om bestemmelsen § 4-1 a bør endres til at "den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert (i stedet for integrert) helse- og sosialtjeneste tilbud. Bestemmelsen bør også knyttets nærmere opp mot internkontrollplikten.

Departementet har særskilt bedt om høringsinstansenes syn på forslaget om å omdøpe "internkontrollforskriften" til "Forskrift om styringssystem". Ut fra egen erfaring i møtet med tjenestene støtter vi forslaget, og antar at det vil kunne bidra til en riktigere forståelse av hva som ligger i kravet til internkontroll.

§ 4-3 om Helsedirektoratets ansvar for nasjonale faglige retningslinjer, veiledere og kvalitetsindikatorer. Vi anbefaler å lage et IKT basert nasjonalt kvalitetssystem.

§ 11-1 Kommunens ansvar for utgifter

Forslaget innebærer ikke endring i forhold til gjeldende rett. Fylkesmannen er enig med utvalget i at egenbetalingsreglene bør gjennomgås.

§ 12-3 Medvirkning

Den foreslåtte § 12-3 bør ha en mer presis utforming. At brukeren blir hørt sikrer ikke innflytelse. I Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial og helsetjenesten "...OG BEDRE SKAL DET BLI!" for perioden 2005-2015, slås det bla fast at god kvalitet innebærer at tjenestene *involverer* brukere og gir dem *innflytelse*. Lovforslaget går ikke langt nok i å gi brukerne reell medvirkning.

Pasientrettighetsloven skal sikre brukeren på individnivå, men det er viktig at innflytelsen på systemnivå blir sikret på en tydeligere måte enn kun "sørge for at brukeren blir hørt". Brukerperspektivet synes her svekket.

Forslag til endring av 1. avsnitt:

"Kommunen skal sikre at representanter for pasienter og brukere har definerte roller, slik at delaktighet og innflytelse i utviklingen av kommunens helse- og omsorgstjeneste blir reell."

Høringens kapittel 33 – nytt kapittel 9 – Rettssikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemning.

Fylkesmannen tar til etterretning at departementet har som mål på sikt å få samordnet de ulike lovene som regulerer bruk av tvang i sosial- og helsesektoren. I utgangspunktet støtter Fylkesmannen en slik samordning. Vi ønsker i den forbindelse å påpeke viktigheten av at rettssikkerhetsaspektet i dagens sosialtjenestelov ikke blir svekket overfor personer med utviklingshemning.

Når det gjelder nytt kapittel 9 i loven som skal erstatte dagens kapittel 4A, er det få materielle endringer i lovteksten, men Fylkesmannen vil påpeke at det ikke er samsvar mellom de tjenester som er opplistet i § 9-2 Virkeområde, og de tjenester som er listet opp i § 3-2. De tjenester som er satt opp i § 9-2 er de samme tjenester som finnes i dagens sosialtjenestelov samt kommunehelsetjenestelov. Fylkesmannen legger til grunn at de samme tjenester skal tilbys personer med utviklingshemning som resten av befolkningen og vil derfor gå inn for at ordlyden i § 9-2 blir endret i samsvar med dette.

Vi støtter at det i nye § 9-19 Plikt til å føre journal ikke lenger skal stå "så langt det passer" slik ordlyden i dagens § 4-10 er. Dette er med på å tydeliggjøre plikten om skriftliggjøring og oppbevaring.

Dagens kapittel 4A ble evaluert i 2008 etter at Stortinget la dette inn som en premiss for å vedta en permanent lov om bruk av tvang og makt. Fylkesmannen har kommet med flere innspill til sentrale myndigheter i forbindelse med evalueringen og har også i etterkant av denne foretatt en henvendelse vedrørende den videre oppfølgingen av evalueringen.

Problematikk knyttet til arena for bruk av tvang og makt er fremdeles ikke løst. Fylkesmannen er kjent med at det i dag benyttes uhjemlet tvang overfor personer med utviklingshemning i skoler, på arbeidsplasser og så videre. Særlig fra videregående skoler har spørsmål om tvang vært reist ved en rekke anledninger de siste årene, og Fylkesmannen har ved en anledning møtt alle rektorer og rådgiver ved de videregående skolene. Det ble da tydelig at det er et problem at det utøves uhjemlet tvang i mange tilfeller.

Det er i dag et lovtomt rom når det gjelder bruk av tvang og makt i enkelttilfeller som ikke er en nødsituasjon, men for å dekke tjenestemottakerens grunnleggende behov. Slik tvang blir i dag oftest meldt til Fylkesmannen etter § 4A-7 første ledd og det har utviklet seg en praksis der en i stor grad har godtatt dette ut fra manglende alternativer.

I noen vedtak om bruk av tvang og makt der det ikke benyttes fysisk tvang, er kravet om to tjenesteytere til stede, og bruk av unntaksregelen knyttet til begrepet "ugunst". Dette gjelder ulike tiltak med låsing, bruk av alarmer og lignende og der vedkommende ikke yter motstand mot disse. Kravet om to tjenesteytere bør her kunne fravikes på annet grunnlag enn gjennom bruk av "ugunst" bestemmelsen. Det kan også være aktuelt å ha egne saksbehandlingsregler for håndtering av slike vedtak og overprøving som ikke er like omfattende som dagens regelverk, men der rettssikkerheten likevel blir ivaretatt.

Meldeordningen etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3, jfr. kapittel 38.4 i høringsnotatet

Vi viser i den anledning til eget høringssvar fra Statens helsetilsyn datert 09.12.10 og vil presisere at vi slutter oss til deres merknader og anbefalinger til departementet.

Forslaget vil innebære at meldeordningen for spesialisthelsetjenesten flyttes fra Statens helsetilsyn til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten ved Pasientsikkerhetsenheten; i realiteten opphør av en meldeordning og etablering av en ny.

Forslaget begrunnes med underrapportering og dårlig meldekultur i helsetjenesten på grunn av frykt for administrative reaksjoner fra Helsetilsynet. I høringsnotatet blir det lagt til grunn at ved å gi mulighet for å melde anonymt, utenom linjeledelse og tilsynsmyndigheter, vil antall meldinger øke og læringsmulighetene bedres.

Slik vi oppfatter forslaget, vil den enkelte helsearbeider måtte vurdere hvorvidt en hendelse skal meldes eller ikke. I så fall blir meldingen en sak mellom melder og Pasientsikkerhetsenheten. En meldeordning som omgår linjeledelsen i institusjonen vil være en svekkelse av virksomhetens og ledelsens ansvar for risikostyring, kvalitet og pasientsikkerhet.

Vi mener at det ikke er tilrådelig å åpne for at meldinger kan gå utenom virksomhetenes kvalitetssystem og ledelse. Det kvalitetsforbedrende arbeidet vil ha best effekt når jobben gjøres lokalt i nærhet til hendelsen. Læring knyttet direkte til hendelser gir raske resultater og ofte umiddelbar endring av prosedyrer og rutiner.

Det vil også være et klart minus dersom meldingene ikke lenger skal sendes til Helsetilsynet i fylket. I tillegg til å se enkelthendelser i sammenheng og i et overordnet perspektiv, danner meldingene ett av flere grunnlag for Helsetilsynets områdeovervåking og risikovurdering av spesialisthelsetjenesten.

Slik situasjonen er i dag gjør Helsetilsynet i Aust-Agder en umiddelbar vurdering av meldingene vi får tilsendt. Vi legger vekt på å ha en god dialog med sykehuset og gi en rask tilbakemelding til virksomheten på alle tilsendte meldinger. I en slik tilbakemelding vil vi også ha mulighet for å gjøre sykehuset oppmerksom på forhold som bør ses i sammenheng med tidligere hendelser og som de selv ikke har fanget opp.

Det er foreslått at Kunnskapssenteret skal ha plikt til å melde til Statens helsetilsyn om saker med alvorlig systemsvikt som krever tilsynsmessig oppfølging. Vi vil understreke at meldinger fra Kunnskapssenteret til tilsynsmyndigheten ikke vil kunne erstatte den informasjon Helsetilsynet i fylkene får gjennom dagens meldeordning.

Vi gir årlige oppsummerende tilbakemeldinger til sykehuset på tilsendte meldinger og de betraktninger vi gjør oss omkring dette. Sykehuset har gitt uttrykk for tilfredshet med dialogen og samhandlingen og har formidlet at vår tilbakemelding brukes aktivt i kvalitetsarbeidet deres.



Øystein Djupedal
fylkesmann



Elizabeth Bakke
fung.fylkeslege

Saksbehandler: seniorrådgiver Lasse Svenstrup Andersen