



FYLKESMANNEN I FINNMARK

FINNMÁRKKU FYLKKÁMANNI

Helse- og omsorgsdepartementet

Deres ref

Deres dato

Vår ref

Sak 2010/3989

Ark 730

Vår dato

17.01.2011

Saksbehandler/direkte telefon: Kristi Ingunn Aresvik Hals - 78 95 03 98

Høringsuttalelse - forslag til ny kommunal helse- og omsorgslov - Fylkesmannen i Finnmark

Fylkesmannen i Finnmark viser til brev av 18. oktober 2010 der Helse- og omsorgsdepartementet legger frem forslag til ny kommunal helse- og omsorgslov, som sammen med forslaget til ny folkehelselov vil erstatte kommunehelsetjenesteloven, sosialtjenesteloven og lov om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeid. Forslaget vil også medføre endringer i andre lover som helsepersonelloven, pasientrettighetsloven og spesialisthelsetjenesteloven.

Fylkesmannen i Finnmark ønsker innledningsvis å påpeke at vi ser positivt på departementets forslag til en felles lov for helse- og omsorgstjenester. Fylkesmannen i Finnmark har siden 2004 hatt en felles helse- og sosialavdeling, og ser klart behovet for helhetlige og sammenhengende helse- og omsorgstjenester. Vi stiller oss derfor positive til en harmonisering av den kommunale helse- og sosiallovgivning.

I lovforslaget er begrepet *omsorgstjenester* valgt i stedet for *sosiale tjenester*. Vi savner en nærmere begrunnelse for hvorfor "sosial" er byttet ut med "omsorg". Slik omsorgsbegrepet er beskrevet i høringsnotatet, synes det å ha et smalere innhold enn begrepet det skal erstatte. Det blir derfor viktig å tydeliggjøre at omsorgsbegrepet med dette får et nytt innhold. Sammen med endringene i helsepersonelloven gjør dette at *sosialtjenester* og *sosialpersonell* forsvinner som begrep. Samtidig innføres begrepet "bruker" når tjenestemottaker mottar tjenester som ikke defineres som helsehjelp.

I det følgende vil Fylkesmannen i Finnmark komme med kommentarer og merknader til de enkelte kapitlene/bestemmelsene i selve lovforslaget. Den overordnede sammenhengen i lovforslaget medfører imidlertid at våre kommentarer til ett kapittel naturlig henger sammen med bestemmelser som er plassert i andre kapitler. Vi ber derfor om forståelse for at vi ikke følger kapittelinnstillingen helt konsekvent i våre kommentarer.

Til kapittel 3. Kommunens ansvar for helse- og omsorgstjenester

Fylkesmannen i Finnmark ser positivt på at internkontrollplikten nå er blitt lovfestet som en del av "sørge-for"-ansvaret. Videre ser vi positivt på en lovfesting av plikten til å samordne ulike deltjenester, og til å samarbeide med tjenesteleverandører på andre forvaltningsnivå, for at brukerne kan oppleve mest mulig helhetlige tjenester.

Når dagens sosialtjenstelov med rettigheter knyttet opp mot bestemte vilkår, skal erstattes av en lov som bare definerer kommunens plikter, reiser det betydelige utfordringer i forhold til å definere "inngangskriteriene" til tjenestene. Noe av dette er søkt løst ved spesifiseringer i en ny pasient- og brukerrettighetslov, men det gjenstår mye som må løses på annen måte.

Lovforslaget er i all hovedsak profesjonsnøytralt, men med opplistede obligatoriske deltjenester. Begrepet "nødvendig helsehjelp" er stort sett erstattet med at tjenestene skal være forsvarlige og verdige. Om dette er tilstrekkelig til å sikre kvaliteten på tjenestene når profesjonskravene faller bort, er bl.a avhengig av at innholdet i begrepene "forsvarlig" og "verdig" blir bedre definert (se kap. 4), samt at kvalitets- og funksjonskrav støtter opp om disse definisjonene. Slike avklaringer er også svært nødvendige for å harmonisere publikums forventninger til tjenestene med kommunens oppfatning av sine plikter.

Vi mener at den brede definisjonen av kommunale helse- og omsorgstjenester som er tatt inn i § 3-3 i forbindelse med helsefremmende og forebyggende arbeid, nemlig "*psykisk eller somatisk sykdom, lidelse eller helseproblem, sosiale problemer eller rusmiddelproblem*" også burde gjelde deltjenestene oppramset i § 3-2 og i alle de følgende "sær-paragrafene". For eksempel bør ikke ansvaret for øyeblikkelig hjelp i § 3-5 begrense seg til "behandling og annen helsehjelp", men det bør brukes begreper som også dekker avrusning, akutt pleie og andre påtrengende nødvendige omsorgstjenester. Vi er noe undrende til at hovedmengden av deltjenester er oppstilt punktvis i § 3-2, mens andre deltjenester er omhandlet i egne paragrafer. Er dette ment å signalisere noen forskjell i status mellom forskjellige deltjenester?

Videre mener vi at kommunens plikt til psykisk helsearbeid må framgå eksplisitt i lovteksten. Etter 10 år med Opptappingsplan, og en samlet investering på 3,6 milliarder kroner for å sikre en varig styrkning av innsatsen innenfor psykisk helsearbeid i kommunene, må kommunens plikt til å etablere/videreføre en psykisk helsetjeneste også lovfestes. I høringens pkt.11.6.6 diskuteres dette og konkluderes det med at "psykososial habilitering og rehabilitering" vil være dekkende, uten at det etableres en egen tjeneste. Vi mener at dette begrepet ikke er helt dekkende. "Psykisk helsearbeid i kommunene" er et begrep som har utviklet seg og er gitt et innhold gjennom Opptappingsplanen. Hvis det nå innføres et nytt begrep, som vi mener ikke dekker hele det spekteret av tjenester som Opptappingsplanen har siktet mot, er vi redd at kommunene med loven i hånd kan starte en nedtrapping av arbeidet igjen. Innenfor feltet psykisk helsearbeid er det også spesielt viktig at begrepene "forsvarlighet" og "verdighet" utdypes i forarbeider og forskrifter.

Det er positivt at rusmiddelmisbrukere har rett til alle typer tjenester som omfattes av kapittel 3. Erfaringer fra tilsyn med rusmiddeltiltak viser at tilbud til denne gruppen ofte er organisert som en egen tjeneste og at det alminnelige tjenesteapparatet ikke er innrettet for denne gruppen, verken materielt eller i forhold til fagkunnskap. I lovforslaget forsvinner særlige tiltak for rusmiddelmisbrukere, og det bør gjøres tydelig i merknader til loven at tjenestene må innrettes slik at også rusmiddelmisbrukere tilbys forsvarlig omsorg. Særlig er det nødvendig at det tydeliggjøres at "nødvendig bistand" for rusmiddelmisbrukere kan være bistand til å øke boevne, egen omsorg og deltakelse i sosiale sammenhenger. Rusmiddelmisbrukere motivasjon for bistand og behandling kjennetegnes av ambivalens. Det er derfor viktig, for at de skal sikres retten til råd og veiledning innenfor området som følger i lovforslagets § 3-2 første ledd, at denne oppgaven organiseres slik at rusmiddel-misbrukeres behov for bistand fra helse- og omsorgstjenesten identifiseres. Spesielt gjelder dette for gravide rusmiddelmisbrukere som trenger bistand, ev. må tilbakeholdes i institusjon for å forebygge skader på fosteret.

Fra et Finnmarksperspektiv er det viktig at befolkningen i utkantene får den samme lovfestede rett til likeverdige helse- og omsorgstjenester som i sentrale strøk. Samtidig kan man bli betenkt over det utvidede spekter av oppgaver som kommunene skal pålegges. Det kan bli meget krevende for små utkantkommuner, blant annet fordi volumet på mange

tjenester vil bli så lite at enhetskostnadene nødvendigvis må bli svært høye. Interkommunalt samarbeid vil bli nødvendig, men mange steder er det vanskelig pga lange avstander. Hvor langt unna hjemstedet kan man akseptere at kommunen "sørger for" at en tjeneste blir levert? Vil det betraktes som et "verdige" tilbud å få terminal pleie på et lokalmedisinsk senter i nabokommunen – 240 km hjemmefra? Rammene for interkommunalt samarbeid må utdypes i forarbeidene og forskrift. En felles forståelse av hva som ligger i begrepet "likeverdige tjenester" ville også vært ønskelig, men neppe realistisk å oppnå.

En annen betydelig utfordring for små kommuner vil bli å rekruttere kompetent personell til de utvidede oppgavene de er tiltenkt. Når profesjonskravene i tillegg oppheves, kan det bli fristende for kommunene å bruke personell som egentlig ikke er kvalifisert for oppgavene. Spesielt er vi redd for at dette kan ramme de mest sårbare gruppene av brukere, som f.eks utviklingshemmede, demente, rusavhengige osv., der andelen av ufaglærte tjenesteytere allerede i dag er høy. Her må kravene til kommunene bli tydelige og etterprøvbare. Det vil også kreve en langt mer bevisst og aktiv holdning fra sentrale myndigheter for å hindre geografisk skjevfordeling av kompetent helse- og omsorgspersonell. Legefordelingstiltakene som er foreslått i § 12-3 vil ikke på langt nær være tilstrekkelig til å ivareta dette. Hvis en trekningsbasert turnustjeneste fjernes, må den erstattes av mer kraftfulle tiltak for å sikre utkantenes bemanningsbehov.

Det er imidlertid ikke bare kompetent helse- og omsorgspersonell kommunene vil få en utfordring i å skaffe: Hvis profesjonskravene blir erstattet av forsvarlighetskrav og kommunene får større frihet til å organisere tjenestene og vedta kvalitetsstandardene, vil det stille betydelig økte krav til *ledelse* av disse tjenestene. Medisinsk og sosialfaglig rådgivning blir viktig i utforming av tjenestene, men også den ledelsesmessige kompetansen i å utnytte disse ressursene. "Bestillerkompetanse" må utvikles i kommunene når de skal definere sine kvalitets- og funksjonskrav. Dette kan bli en betydelig utfordring for små kommuner.

Selv om det er lite aktuelt for Finnmark, finner vi grunn til å nevne at også rammene for bruk av private leverandører av helse- og omsorgstjenester må utdypes. I høringsutkastet er det omtalt privat fastlege- og fysioterapivirksomhet, som kommunene allerede har lang erfaring med. Men loven og forskrifter må også ta høyde for en fremtidig økt bruk av private tjenesteleverandører innenfor pleie- og omsorgstjenester, rusomsorg osv, både hjemmebaserte og institusjonsbaserte.

Spesielt til § 3-8. Boliger til vanskeligstilte

Lovforslagets § 3-8 samsvarer med gjeldende bestemmelse i sosialtjenesteloven om boliger til vanskeligstilte. Forslaget har imidlertid moderert språkbruken til å "*medvirke* til å skaffe boliger til vanskeligstilte" som ikke selv kan ivareta sine interesser på boligmarkedet. Dagens bestemmelse gir kommunen en plikt til å skaffe *midlertidige* boliger til vanskeligstilte, og vi mener det er naturlig å videreføre denne plikten til også å gjelde faste boliger. Gruppen vanskeligstilte personer vil ha like store problemer med å skaffe permanente boliger, som boliger i akutte situasjoner. Det er en realitet at mange utleierye er skeptiske til å leie ut til mennesker med forskjellige problemer. En del trenger også boliger som er spesialtilpasset. Gis kommunen en plikt til å skaffe slik bolig, må de for eksempel bygge/kjøpe tilpassede boliger om de ikke har et eksisterende tilbud.

Til kapittel 4. Krav til forsvarlighet, pasientsikkerhet og kvalitet

Til § 4-1. Forsvarlighet

Fylkesmannen i Finnmark støtter forslaget om å lovfeste kommunens forsvarlighetsplikt i egen bestemmelse.

I departementets forslag er forsvarlighetskravet omtalt kortfattet i høringsnotatets kapittel 19.2. Som tidligere nevnt mener Fylkesmannen i Finnmark at innholdet i forsvarlighetskravet bør redegjøres nærmere for i lovens forarbeider, og at det drøftes hvordan kravet til forsvarlighet skal forstås og anvendes for å nå lovens formål om å sikre et likeverdig tjenestetilbud i hele landet.

Departementet har presisert kravet til forsvarlighet i tre underpunkter. Det foreslås i § 4-1 første ledd bokstav b) et krav om at kommunen skal tilrettelegge sine tjenester slik at den enkelte pasient eller bruker gis et verdig tjenestetilbud. Verdighetsbegrepet er omtalt i forslaget kapittel 19.2.2 og 20.5.6. Slik det fremgår av høringsnotatet er departementet av den oppfatning at kravet til et verdig tjenestetilbud allerede kan utledes av dagens forsvarlighetskrav. Det vises til at et tjenestetilbud som ikke oppfyller grunnleggende verdighetskrav, heller ikke vil kunne oppfattes som et forsvarlig tjenestetilbud.

Fylkesmannen i Finnmark savner en mer konkret beskrivelse av innholdet i et slikt verdighetsbegrep. Vi mener at begrepet verdighet kan være vanskelig å beskrive som en entydig norm. Oppfatningen av hva som er verdig kan variere fra person til person, ut fra forskjeller i eksempelvis alder, kultur og sosial bakgrunn. For Fylkesmannen i Finnmark er den samiske dimensjonen ved dette spesielt viktig å ivareta. I en rolle som klageinstans og tilsynsmyndighet vil det derfor kunne bli en utfordring i det enkelte tilfelle å fastslå når et tjenestetilbud er uverdig. Vi foreslår derfor at begrepet verdighet innholdsbestemmes nærmere i lovens forarbeider, og da ikke bare i forholdet til pasient-/brukergruppen eldre, men også andre grupper med behov for kommunale helse- og omsorgstjenester, og spesielt de mest sårbare gruppene.

Vi viser videre til departementets forslag til § 12-4, der det fremgår at Fylkesmannen/Helsetilsynet skal føre tilsyn med lovligheten av kommunens oppfyllelse av lovpålagte plikter. For at Fylkesmannen skal kunne føre et rent lovlighetstilsyn er det avgjørende at det defineres nærmere hva lovens krav til forsvarlige og verdige tjenester innebærer.

Til kapittel 5. Særlige plikter og oppgaver.

Til § 5-5. Medisinsk-faglig rådgivning

I forslaget punkt 15.4, side 194 vurderer departementet:

For å støtte opp om utviklingen av kommunelegens kompetanse, anser departementet det derfor som hensiktsmessig om flere kommuner går sammen om å ansette en eller flere kommuneleger på heltid. Dette vil bygge opp under denne typen stillinger som mulige karriereveier for leger innen samfunnsmedisin.

I små utkantkommuner er det ofte krevende å få inn alle typer spisskompetanse: En kommunelege i en slik kommune og med sentrale roller innenfor områdene helsemessig og sosial beredskap, smittevern og miljørettet helsevern vil lett kunne bli marginalisert og med liten faglig støtte fra tilstøtende fagmiljø.

Vi støtter derfor departementets forslag om at flere kommuner kan gå sammen om å tilsette flere kommuneleger til slike oppgaver. Imidlertid er vi kritiske til den delen av forslaget som går inn for at disse skal være tilsatt på heltid til slike oppgaver. Vi mener det er viktigere å bygge miljøer som består av flere personer enn å bygge opp få heltidsstillinger. At flere kommuner går sammen om å tilsette flere leger i kombinasjonsstillinger av kurative (fastlege) og administrative oppgaver vil bidra til mer robuste miljø, sikre vikarfungering og kontinuitet i funksjonene ved vakanser. Det er også viktig å støtte opp under utvikling av faglige nettverk for å sikre kvalitet og rekruttering til slike stillinger.

Til kapittel 6. Samarbeid mellom kommuner og regionale helseforetak

Departementet foreslår gjennom lovens kapittel 6 og forslag til endringer i spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a, å lovregulere samarbeidsavtaler mellom den kommunale helse- og omsorgstjeneste og spesialisthelsetjenesten.

Bruk av lovverket som virkemiddel for å understøtte samhandling støttes. Dette må også følges opp av økonomiske incitamenter.

Til § 6-2 Krav til avtalens innhold

§ 6-2 nr. 2, 3 og 4 berører ulike forhold knyttet til innleggelse og utskriving av pasienter, hvor kravene nokså usymmetrisk synes å bli stilt til kommunene. Vi tenker at disse punktene kunne vært omformulert og kanskje samlet i ett punkt. Spesielt synes vi lovteksten i 6-2 nr. 3 om "unødvendige innleggelser" er uheldig. Det virker uklart hva som defineres som "unødvendige innleggelser" og hvilke tiltak det i så fall er tale om.

Vi synes det er viktig å forplikte foretakene til å ta ansvar for å sikre spesialisthelsetjenester ut i kommunene, gjennom både ambulante tilbud og til å understøtte helseinstitusjoner ute i kommunene. Dette vil kunne bidra til å sikre likeverdige tjenester også i små utkantkommuner. I Finnmark har 16 av fylkets 19 kommuner sykestueplasser. De minste sykestuene består av 1 seng i kommuner med rundt 1000 innbyggere. Kartlegging viser at disse bidrar til å redusere behovet for sykehusinnleggelser og lange pasienttransporter. Kartleggingen viser også svært ulik bruk av sykestuene og at denne variasjonen skyldes både ulik rutinebygging, varierende tilgang på fagkompetanse og på utstyr. De små sykestuene i Finnmark kan ikke uten videre erstattes av lokalmedisinske sentra. Vi mener kravet til forpliktende samarbeid mellom kommuner og helseforetak om institusjoner tilsvarende sykestuene i Finnmark burde vært tydeligere og mer forpliktende i lovtekstens om krav til innhold i avtalene.

Selv om det er gitt en egen Forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus, kunne § 6-2 inneholdt et eget punkt om samarbeid omkring akuttmedisinske tjenester og pasienttransport. Dette er et viktig og fysisk bindeledd mellom helsetjenesten i kommunene og spesialisthelsetjenesten, og kapasitet og kvalitet på pasienttransport vil også ha konsekvenser for hvordan avtalen om innleggelser/ utskrivelse utformes.

Til kapittel 7. Individuell plan, koordinator og koordinerende enhet

Fylkesmannen i Finnmark ser positivt på det at koordinerende enheter, koordinatorrollen og individuell plan er tatt inn i lovforslaget, og at reglene er tydeliggjort i forhold til hvem som har igangsetteransvar, hvem som har hovedansvar og hvem som har medvirkningsansvar. Vi tror at dette vil være en nøkkel til å få til de helhetlige og koordinerte tjenestene som loven sikter mot.

Vår erfaring så langt er at koordinerende enhet fungerer svært forskjellig i forskjellige kommuner, og ser det som viktig at forskriftshjemmelen i § 7-1 brukes til å gi utdypende regler for koordinerende enhet.

Generelt til kapitlene 9 og 10

Fylkesmannen i Finnmark synes det er synd at tidspresset rundt lovprosessen ikke har gitt rom for en grundig gjennomgang av disse kapitlene. De er nærmest "flyttet på rot" over fra nåværende sosialtjenestelov. Man har høstet erfaringer med disse bestemmelsenes styrker

og svakheter gjennom en del år, og den nye loven ville vært en fin anledning til å revidere dem. Når så ikke har vært mulig, ser vi for oss at en revisjon må komme i løpet av de nærmeste årene. I den forbindelse vil vi løfte fram behovet å muliggjøre forlengelse av tilbakeholdelsestiden for rusmisbrukere ut over 3 måneder, slik at det samsvarer med tvangsbestemmelsene i psykisk helsevernloven. Ved en revisjon bør man vurdere hensiktsmessigheten av å ha så detaljerte bestemmelser på noen tjenesteområder i en såpass overordnet lov, eller om alle tvangsbestemmelsene bør overføres til en pasient- og brukerrettighetslov eller en egen lov om tvungen helsehjelp og omsorg, med egne forskrifter for hver målgruppe.

Til kapittel 10. Tvangstiltak overfor rusmisbrukere

§ 6-1 i dagens sosialtjenestelov om frivillige tiltak overfor rusmisbruker er ikke tatt med over i den nye loven, og forutsettes ivaretatt av bestemmelsene i kapittel 3. Dette betinger imidlertid at tiltakene i kapittel 3 tilrettelegges for rusavhengige, på en slik måte at de blir reelt tilgjengelige for dem (se vår kommentar til dette under kapittel 3). Dagens § 6-1 gir også rettigheter til rusmisbrukernes familier, som også må overføres til ny lovgivning på en eller annen måte. Vi forutsetter videre at kravet om at frivillige hjelpetiltak skal prøves først, ikke blir svekket ved at bestemmelsene blir plassert i forskjellige kapitler, og at terskelen for bruk av tvang ikke senkes.

Til kapittel 12. Forskjellige bestemmelser

Til § 12-3. Pasienters og brukers medvirkning

Fylkesmannen i Finnmark støtter forslaget om en tydelig lovfesting av brukermedvirkning. En utfordring i mange kommuner er at vilkårene brukerorganisasjonene (spesielt i forhold til rus- og psykisk helse) virker under, tilsier at dette kan bli vanskelig å gjennomføre. Med det statlige trykket det de senere årene har vært på brukermedvirkning og brukerrepresentasjon, både gjennom Opptappingsplanen for psykisk helse og Opptappingsplanen for rus, er det helt avgjørende at de lokale brukerrepresentantene dyktiggjøres/settes i stand til reelt å medvirke på systemnivå.

På grunn av tjenesteyternes avhengighet til brukerorganisasjonene for å utvikle gode tilbud, er det naturlig å tenke seg at det også gis en plikt til å treffe tiltak for å understøtte organisasjonenes arbeid. Dette kan gjøres både økonomisk i form av tilskudd, samarbeidsavtaler, at de har en pådriverrolle for etablering, organisering og drift, at det arrangeres kurs i brukermedvirkning sammen med fylkes/landsorganisasjonene eksempelvis i kapittel 8 og/eller 9. Dette bør for øvrig også vurderes i forhold til spesialisthelsetjenesten.

Til § 12-4 Statlig tilsyn

I tilsynshjemmelen brukes begrepet "*tilsyn med lovligheten av kommunens oppfyllelse av plikter*". Vi forutsetter at dette innbefatter tilsyn med kommunale tjenester slik den drives i dag for eksempel gjennom systemrevisjoner, og at departementet ikke har ment at vår myndighet som tilsynsorgan skal innskrenkes. Vi ser det som betenkelig om vårt myndighetsområde som klageinstans innskrenkes, og legger etter samtykke fra innsenderne ved en henvendelse vi har fått fra noen brukerrepresentanter i fylket i denne forbindelse. Der framgår det tydelig hvor viktig vår myndighet som klageinstans er for brukerne, spesielt i små kommuner.

Når det gjelder spørsmålet om hvem som bør være tilsynsmyndighet, ser vi det som en klar fordel at samme myndighet fører tilsyn med alle tjenestene etter den nye loven. Vi har vært en felles helse- og sosialavdeling i over 6 år, og har sett store fordeler ved å føre felles tilsyn med kommunale helse- og sosialtjenester til de samme brukergruppene. Med en ny felles lov

vil det ligge enda bedre til rette for dette. Så sant en sterk og tydelig faglig akse mellom Statens helsetilsyn og fylkene bevares, mener vi at denne tilsynsmyndigheten kan ligge under fylkesmannen.

Endringer i spesialisthelsetjenesteloven – til § 3-3. Meldeplikt til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

Fylkesmannen i Finnmark vil ikke kommentere det materielle innholdet i foreslåtte endringer ut over de tilbakemeldingene vi på forespørsel har gitt til Statens helsetilsyn. Slik det fremkommer av Statens helsetilsyns høring til dette lovforslaget av 9. desember 2010 vil denne høringen sendes separat.

Vi ønsker likevel å påpeke at dagens meldeordning etter vår erfaring er veletablert og gir viktig kunnskap om aktiviteten i klinikkene. Det være seg når det kommer meldinger, og når det ikke kommer meldinger.

Vi mener det er viktig for klinikkene å ha et godt implementert avvikshåndteringssystem i forbindelse med lovendringer som vil påvirke strukturen både i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Om de foreslåtte endringene blir vedtatt, bør det derfor vurderes når endringene skal iverksettes og om det er hensiktsmessig at dette skjer samtidig med at ny lov skal implementeres.

Dette dokumentet sendes kun som e-post.

Med hilsen

Gunnar Kjønnøy
fylkesmann

Karin Straume
fylkeslege

Dette dokumentet er godkjent elektronisk.

Vedlegg: Innspill fra brukerrepresentanter