



Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 Oslo

Høring - forslag til ny kommunal helse- og omsorgslov

Fylkesmannen i Hedmark og Helsetilsynet i Hedmark avgir felles høringssvar til forslag om ny kommunal helse- og omsorgslov, jf brev av 18.10.2010 fra Helse- og omsorgsdepartementet. Vi gjør imidlertid oppmerksom på at det under avsnittet felles klage- og tilsynsorgan foreligger divergerende synspunkter.

Vi ser positivt på at forslaget innebærer en harmonisering av de kommunale ansvarsbestemmelsene innenfor det kommunale sosial- og helseområdet, og at tjenestemottakernes rettighetsbestemmelser blir samlet og flyttet til pasientrettighetsloven. Våre erfaringer i Hedmark tilsier at vi ønsker å fremheve følgende forhold:

Kap 2 Forholdet til andre lover

Helsepersonelloven

Vi ser positivt på at aktørpliktene som fremkommer av helsepersonelloven blir gjeldende for alt personell som yter helse- og omsorgstjenester. Vår erfaringer tilsier imidlertid at det i enkelte tilfelle er behov for at tilsynsmyndigheten har en adgang til å sørge for at personell tas ut av tjeneste i form av autorisasjonstap. Kommunene som arbeidsgivere trenger også en instans til å bistå i vurderinger om personellets adferd er uforenlig med yrkesutøvelsen slik at de ikke lenger skal ivareta pasienter og brukeres helse- og omsorgsbehov. Det bør derfor vurderes en autorisasjonsordning som kan ivareta dette.

Pasientrettighetsloven

§ 2-1a

I lovforslaget er det ikke lengre beskrevet hvilken situasjon pasienten/brukeren må være i for å få rett til tjenester, slik det nå gjør i sosialtjenesteloven § 4-3. Denne beskrivelsen er erstattet med begrepet "rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester". Dagens lovtekst gir rom for ulike tolkninger av hva slags hjelp den enkelte har krav på i "dagliglivets gjøremål". Med lovforslaget kan dette bli mer utydelig og kan åpne for en utilsiktet endring i terskelen for å få hjelp til dette formålet. Vi foreslår at pasientrettighetsloven § 2-1a i større grad presiserer hvilke tjenester pasienter/brukere har krav på når det gjelder praktisk bistand.

§ 2-7

Vi er ikke enig i departementets forslag om å myke opp de krav som stilles til enkeltvedtak for tildeling av hjemmetjenester og plass i institusjon. Vår erfaring tilsier at det er fare for at det da kan etablere seg en praksis hvor kommunene vil tildele tjenester av kortere varighet enn behovet tilsier for å slippe saksbehandling. En utstrakt praksis med å unnlate å fatte vedtak for tjenestetildeling under to uker vil skape både uforutsigbarhet ved nødvendige forlengelser og redusere pasientenes rettssikkerhet.

§ 7-6

Vi er ikke enig i departementets forslag om at klageorganet bare kan oppheve vedtak og returnere det til kommunen for ny behandling. En slik ordning vil føre til en betydelig svekkelse av svake gruppers rettssikkerhet. Vår erfaring tilsier at det ikke er enkelt for tjenestemottakerne av disse tjenester å påklage et kommunalt vedtak i utgangspunktet. Med en slik ordning som nå er foreslått vil noen bli nødt til å påklage samme forhold flere ganger for å få sine rettigheter oppfylt. En slik svekkelse vil også medføre økt saksbehandlingstid som i seg selv innebærer en risiko for svikt. Generelt bør det for øvrig unngås at det etableres ordninger som medfører at byråkratiet mister handlekraft og troverdighet.

Forvaltningsloven

Vi er ellers enig i de forslag som er fremmet i tråd med forvaltningslovens ordninger.

Kap 3 Kommunens ansvar for helse- og omsorgstjenester

§ 3-2 nr. 4

Vi er enige i at det er behov for å tydeliggjøre at fastlegetjenesten er del av den offentlige helsetjenesten og i større grad bør være en integrert del av den kommunale helsetjenesten. Vår erfaring er at fastlegene i de minste kommunene opplever seg mer som en del av kommunens helsetjeneste enn fastlegene i de store kommunene. Dette gjelder enten fastlegene er ansatt i kommunen eller driver privat. I de største kommunene er fastlegene spredt på flere steder og tilknytningen til kommunen betydelig svakere. Dette ble tydelig i håndteringen rundt vaksinerings mot svineinfluensaen for et drøyt år siden.

Vi støtter det som er skrevet om sterkere kommunal styring av fastlegeordningen, men vi understreker at dette krever medisinsk faglig kompetanse også på kommunens side. Det vil være naturlig at det er kommunelege 1/kommuneoverlege som forsyner kommunen med denne kompetansen. Det er viktig at denne innehar kompetanse som matcher fastlegene og som bidrar til å skape legitimitet for de styringstiltak man utsettes for. Vi hadde ønsket en mer grundig analyse av dette under økonomiske og administrative konsekvenser.

Dersom kommunelegen har oppgaven på deltid og samtidig er fastlege kan dette by på vanskelige rolleutfordringer for vedkommende. I Hedmark har vi imidlertid sett at det av og til kan være vel så konfliktfylt i kommuner med kommunelege på heltid.

Når det gjelder eksemplene på funksjonskrav som er listet opp på s 214 i høringsnotatet, er det viktig at disse blir betydelig mer konkrete. Ellers blir de umulige å rapportere på. Når det gjelder rapportering i praksis, er det viktig at den gjøres så enkel som mulig, slik at ikke for stor del av fastlegens tid går med til rapportering.

Statens helsetilsyn er i sin høringsuttalelse skeptiske til den proaktive oppfølging av pasienter som det legges opp til. Vi deler denne skepsisen når det gjelder proaktiv oppfølging som primær- og sekundærforebyggende tiltak. Det er viktig å unngå at hele befolkningen til slutt blir pasienter. Proaktiv oppfølging kan imidlertid også være å kalle

inn diabetikeren som slurver med oppmøte til kontroll e.l. Dette er en type oppfølging det er mer nærliggende å gi fastlegen ansvaret for.

Når det gjelder sanksjonsmuligheter overfor leger som misligholder avtalen, støtter vi forslaget om at kommunen bør ha differensierte sanksjonsmuligheter. Vi har erfaring for at kommuner kan komme i svært vanskelige situasjoner fordi eneste sanksjonsmulighet er oppsigelse. Det er viktig å huske at det å ha ansvar for noe, betyr at man bør ha mulighet til å gjøre noe med det.

§ 3-2 nr 6

Etter vårt syn har tjenestene i punkt 6 a-c uklar avgrensning mot hverandre og det er tilsvarende uklart hva de enkelte tjenestene skal innholde. Innholdet i disse tjenestene er lite konkretisert og framstår som til dels overlappende. Dette fører til usikkerhet både for tjenesteyter (kommunen) og tjenestemottaker. Slik usikkerhet vil gjelde både søknad og klage.

Til a)

Det bør presiseres at denne tjenesten også omfatter hjemmesykepleie.

Til b)

Denne bestemmelsen er utydelig i forhold til a og hvorvidt det bare er omfanget av hjelpen og tilgjengelighet til tjenester hele døgnet som medfører at den skal hjemles her, eller om det er innholdsmessige forskjeller i selve tjenesten. Vi mener teksten bør endres til heldøgns tjenester i eget hjem og institusjon. Det bør ikke legges opp til at kommunene fritt kan velge den ene eller den andre formen for tjenesteutforming, noe ordet eller kan tolkes som. Ikke minst innebærer forslaget fra departementet en fare for reetablering av et institusjonsbasert tjenestetilbud for personer med utviklingshemning.

Lovforslaget samler flere typer institusjoner. Variasjonene mellom de ulike institusjoner er i dag såpass stort at det med fordel kan presiseres i lovteksten hva som menes med institusjon. Vår erfaring er at både aldershjem og barneboliger har brukere som har til dels stort behov for helsehjelp. Selv om behovet for avlastning og behovet for bolig for dem som trenger aldershjem i utgangspunktet er en sosial tjeneste, er innslaget av helsehjelp så stort at innholdet i tjenestene bør presiseres i forskrift.

Mange av dem som mottar døgntilrettelagt hjelp i dag, bor i ulike former for samlokaliserte boliger. Selv om bolig og tjenester i utgangspunktet er skilt, henger dette i praksis tett sammen. Dette får følger ved at bosituasjonen får sterk innflytelse på omfang og innhold av tjenester, og at enkelte i realiteten må flytte for å få riktige tjenester. Når det kun fattes enkeltvedtak om tjenester, og selve boforholdet reguleres av husleieloven, er rettssikkerheten for brukerne redusert. Høringsnotatet omtaler ikke denne problemstillingen, og vi ber derfor departementet vurdere nødvendige endringer for å bedre rettssikkerheten for denne gruppen.

Til c)

Det er positivt å fremheve en tjeneste som "personlig assistanse" uten at det regnes som Brukerstyrt personlig assistanse. Det er imidlertid noe uklart om denne tjenesten retter seg mot tilfeller der det bare er en (personlig) fast tjenesteyter som skal gi hjelpen, eller om det er ment som hjelp til personlige gjøremål. Videre vil begrepet "personlig assistanse" være unøyaktig der det er behov for opplæring i dagliglivets gjøremål. Opplæringstiltak vil således ikke passe naturlig inn som assistanse.

Denne tjenesten skal også erstatte støttekontakt. Vi er bekymret for at dette kan medføre en reduksjon av støttekontakttjenestene i kommunene, og savner i stedet en presisering av hvor langt tjenesten skal rekke. Vår erfaring er at det i dagens lovverk er uklare grenser for hvor langt et hjelpebehov skal dekkes vedrørende den enkeltes fritid. Dette gjelder særlig hjelp til generell deltakelse i samfunns- og organisasjonslivet og som ikke knytter seg direkte til de konkrete daglige gjøremål. Dette bør presiseres i forskrift eventuelt som en konkretisering i lovteksten.

Det fremgår av lovens formålsbestemmelse i § 1-1, nr 3 at det skal sikres at den enkelte har en aktiv og meningsfull tilværelse i fellesskap med andre. Somatisk og psykisk helse er likestilt i lovforslaget. Det er et spørsmål hvorvidt dette framgår tydelig nok. Når det gjelder dagtilbud / aktivitetstilbud til mennesker med psykiske helseproblemer er tilbud om dette ulikt i kommunene. Vi vet også at oppgaver som ikke er lovpålagt blir først kuttet ned på grunn av økonomiske hensyn. Vi mener at dette er et så viktig punkt at et dagtilbud med meningsfullt innhold må lovfestes uavhengig av diagnose, og at dette må konkretiseres og være tydelig.

§ 3-5

Den generelle øyeblikkelig hjelp plikten er vel i hovedsak en videreføring av gjeldende rett.

Når det gjelder hvem som skal behandle "semi-akutt" hjelp er den plikten overført til kommunen. Vi slutter oss til Statens helsetilsyns uttalelse og de bekymringer som fremkommer der. Vi ser imidlertid positivt på at kommunen får mer ansvar for å følge opp og behandle flere pasienter, men det betinger at kompetansen blir betydelig styrket og at det iverksettes flere tiltak for å øke og styrke rekrutteringen til helse- og omsorgstjenestene, spesielt medisinsk og sykepleiefaglig kompetanse.

Vi er også bekymret for at det iverksettes økonomiske insentiver som blir førende og at det ikke blir de faglige vurderinger som blir avgjørende for hvor pasientene skal få behandling. Ovennevnte utfordringer må sees i sammenheng med fastlegenes ansvar og oppgaver. Det blir også en stor utfordring å etablere likeverdige tilbud i alle kommuner. Kommunene har allerede problemer med å rekruttere og beholde kvalifisert personell og vi tror dette blir den største utfordringen for samhandlingsreformen.

Kap 4 Krav til forsvarlig virksomhet, pasientsikkerhet og kvalitet

Vi er helt enige i Statens helsetilsyns betraktninger rundt dette i deres høringssvar. Det gjelder både det innledende kapittelet om forsvarlighet og kommentarene til kapittel 4 i lovforslaget.

Vi er imidlertid noe bekymret for hvordan disse begrepene skal operasjonaliseres for de kommunale omsorgstjenestene. Skal det stilles samme forskningsmessige dokumenterte krav til effekt som det som legges til grunn for forsvarlig helsehjelp? Hvor langt skal likhetsprinsippene trekkes ved vurdering av opplevd behov for trygghet og sosial omsorg?

Kap 5 Særlige plikter og oppgaver

§ 5-5

Vi viser til Statens helsetilsyns høringsuttalelse om § 5-5 i den nye loven og slutter oss i hovedsak til denne. Vi vil spesielt understreke behovet for å tydeliggjøre oppgavene som skal ligge til kommunelegefunksjonen og som blant annet kan gjenfinnes i mange ulike lover. Vi deler Helsetilsynets undring over at man på den ene siden understreker viktigheten av de oppgavene kommunelegen skal ha, mens man på den andre siden mener

at disse oppgavene godt kan ivaretas i en bistilling av leger som har andre oppgaver som sin hovedbeskjeftigelse.

Vi vil også vise til våre kommentarer under kapittelet om fastlegeordningen. En sterkere styring av fastlegeordningen vil kreve medisinsk faglig kompetanse i kommunen som kan matche fastlegene og skape legitimitet i fastlegekorpset.

Kapittel 6. Samarbeid mellom kommuner og regionale helseforetak

Det foreslås en lovpålagt plikt til å inngå samarbeidsavtale mellom kommunen og RHF, evt. det HF som det regionale helseforetaket peker ut. Det er i § 6-2 listet opp en rekke krav til avtalenes innhold. I høringsnotatet sies det at avtalene ikke endrer de lovpålagte plikter for kommuner og helseforetak. Samtidig sies det (s.307, 3. avsnitt) at avtalene bl.a. må bli ulike "blant annet på grunnlag av den helse- og omsorgsfaglige kompetansen kommunen besitter". Dette legger opp til at ansvaret for tjenester i grenseflaten mellom kommuner og spesialisthelsetjeneste vil være ulikt avhengig av kompetanse og utbygging av tjenestene i den enkelte kommune. Vi mener dette innebærer en risiko for uklarheter i ansvarsforholdene, særlig for pasienter og pårørende. Pasientenes rettigheter vil derfor kunne oppfattes ulikt avhengig av hvilken kommune man skal få tjenester fra.

I Hedmark er det lang erfaring med samarbeidsavtaler mellom spesialisthelsetjenesten og kommuner, og disse har fungert noe ulikt i de forskjellige deler av fylket. Etter sykehusreformen har Sykehuset Innlandet HF på oppdrag fra departementet og det regionale helseforetaket inngått likelydende avtaler med alle kommuner i opptaksområdet, dvs. 48 kommuner i Hedmark og Oppland. Vi syns det er bra at det er inngått slike avtaler, men mener at de må konkretiseres nærmere for å være et tjenlig redskap for samarbeid mellom nivåene. Det konkrete innholdet må til dels tilpasses de ulike tjenesteområdene. Man har hatt særlig nytte av avtalene der hvor man har hatt et konkret opplegg for å gi tilbagemeldinger på tvers av nivåene når avtalte opplegg ikke er fulgt,. Det bør derfor vurderes å gi en bestemmelse i § 6-2 som gir rom for "avviksmeldinger" – dvs. en kvalitetsoppfølging og evaluering av samarbeidet.

Bestemmelsen i § 6-7 hvor det er lagt opp til at departementet kan bestemme at kommuner skal samarbeide for å få en forsvarlig løsning av helse- og omsorgstjenesten i kommunene, gir departementet store fullmakter i forhold til organiseringen av interkommunalt samarbeid. Fra andre tjenesteområder ser vi at det kan være nyttig med en slik bestemmelse (for eksempel mulighet til å pålegge enkeltkommuner å delta i interkommunalt samarbeid om barnevern).

Fylkesmannens rolle er ikke nevnt i kapittel 6, men vi går ut fra at vi vil få de faktiske oppgavene med tilretteleggelse for vurdering og evt. meklings, jf § 6-4 og 6-5. § 12-4 sier at Fylkesmannen/Helsetilsynet i fylket skal føre tilsyn med lovligheten av kommunens oppfyllelse av plikter pålagt bl.a. i kapittel 6. Siden det regionale leddet skal føre tilsyn bør rollen også i inngåelse og vurdering av avtalene stå sentralt. Det synes noe underlig at Helsedirektoratet med sin begrensede kjennskap til forholdene i den enkelte kommune skal være meklingsinstans. Man bør også legge opp til en tvisteløsningsordning i loven som ikke gir mulighet for å bringe uenighet inn for domstolene, men for eksempel etablere et partssammensatt utvalg som kan behandle uenigheter mellom foretakene og kommunene.

Kap 9 Rettssikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemning.

Dagens bestemmelser i sosialtjenesteloven kap 4A videreføres i departementets forslag. Vi mener likevel det er grunnlag for å påpeke noen endringer som bør iverksettes nå i påvente av en mer grundig gjennomgang av tvangsbestemmelsene generelt.

Mange vedtak om bruk av tvang og makt omfatter ikke fysisk tvangsbruk/overvinning av motstand. I Hedmark gjelder dette omtrent halvparten av alle overprøvde vedtak (2010). Dette gjelder ulike tiltak som låsing, begrensnings av tilgang til personlige eiendeler og inngripende varslingssystemer, der tjenestemottakeren ikke motsetter seg tiltaket. I slike tilfeller er det nesten uten unntak ikke behov for to tjenesteytere (som kap. 4A krever) til stede ved gjennomføring av tvangstiltakene.

Kapittel 4A i sosialtjenesteloven åpner for bruk av tvang og makt i akutte nødssituasjoner jf. § 4A-5 tredje ledd bokstav a. Slike skadeavvergende tiltak omfatter ikke tiltak for å dekke tjenestemottakerens grunnleggende behov for mat og drikke, påkledning, hvile og søvn, hygiene og personlig trygghet. Et tiltak for å dekke slike behov kan ikke gjennomføres før det er fattet vedtak. Fylkesmannen har i flere tilfeller sett at det foreligger "behov" for å bruke kortvarig tvang og makt for å dekke slike grunnleggende behov.

Når det gjelder departementets forslag i § 9-2 vises det til gjeldende tjenester i sosialtjenesteloven § 4-2 a-d og kommunehelsetjenesteloven § 6-10, og ikke til de nye forslagene til tjenestebeskrivelser i § 3-2. Dette medfører at det ikke er samsvar mellom tjenestene som er beskrevet i § 3-2 og de tjenestene der tvang og makt kan brukes. Fylkesmannen i Hedmark anbefaler at virkeområdet i § 9-2 harmoniseres med § 3-2 nr. 6 og at virkeområdet presiseres.

Kap 10 Tvangstiltak overfor rusmiddelmissbrukere

Den største endringen er at sosialtjenesteloven § 6-1, frivillige hjelpetiltak, foreslås fjernet. Utvalget mener at denne bestemmelsen er overflødig ved siden av de generelle bestemmelsene om hjelpetiltak. Vi mener at dette kan medføre en svekkelse av brukernes og/eller pårørendes rettssikkerhet da 6-1 også inneholder pårørendes mulighet til å "pålegge" sosiale tjenester å gjøre vurdering om bruk av tvang. Vi mener det fortsatt bør være kriterier i loven som gir pårørende muligheter til å sende melding som pålegger sosiale tjenester å vurdere bruk av tvang.

Dagens bestemmelser om tvang i sosialtjenesteloven kap 6 videreføres i departementets forslag. Vi mener likevel det er grunnlag for å påpeke noen endringer som bør iverksettes nå i påvente av en mer grundig gjennomgang av tvangsbestemmelsene generelt. Helsedirektoratet har brukt betydelige midler på å evaluere disse bestemmelsene (UNI Rokkansenterets evalueringsrapport 2010). Bestemmelsene utgjør svært liten forskjell i bekjempelsen av avhengighet. Til sammenligning legges flere rusavhengige inn på tvang etter lov om psykisk helsevern enn etter lov om sosiale tjenester.

I dag synes vi at lovhjemlene om tvang ikke har nødvendig autoritet sett opp mot psykisk helsevernlovgivningen. Dette handler om kompetanse og kultur. Det er fortsatt slik at helsepersonell ute i institusjonene overprøver vedtak fra fylkesnemndene og skriver pasienter som er i tvang etter sosialtjenesteloven, ut av institusjonene, med hjemmel i psykisk helsevernloven. Lovverket åpner for utskrivning hvis institusjonen ikke er faglig eller materielt i stand til å ivareta pasienten. Dette skal da eventuelt skje i tett samarbeid med sosialtjenesten. Poenget blir at lovgiver må sende sterkere signaler til helseforetakene slik at de sørger for å opprette plasser som er faglig og materielt i stand til å ta imot

pasienter som de i utgangspunktet er godkjent for å ta imot. Noe annet blir en undergraving av lovens intensjon.

Lovforslaget legger opp til at sosialtjenesten fortsatt skal forvalte tvangsbestemmelsene. Praksis viser store variasjoner i anvendelse, organisering og samarbeidsforhold.

- Terskelen for § 6-2 bør heves og vi bør få en formålsbestemmelse, og eventuelt innføring av et to-sporet system: Livreddende tiltak og endringstiltak. Formålet med lovteksten er uklar.
- Vi må få en systematisk gjennomgang av § 6-2a saker (effektstudier/følge opp)
- Vi må vurdere om 3 måneder er optimal maksimumstid etter § 6-2.
- Vi trenger en revisjon av § 6-3 (forenkling/språkvask). Teksten er vanskelig tilgjengelig.
- Først og fremst trenger vi en ny forskrift til tvangsbestemmelsene ettersom denne har gått ut på dato for mange år siden.
- Arbeidet med å utarbeide egen handlingsveileder for kommunene må oppprioriteres.

Det bør følge med denne høringen en presisering om det ansvar som helseforetakene har for å sørge for at det finnes godkjente og reelle tvangsplasser tilgjengelig. Det underbygger hele bestemmelsen hvis kommunene og fylkesnemndene ikke har en mottaker for sitt arbeid og sine vedtak.

Vi er ikke enig i at § 7-11 i sosialtjenesteloven ikke videreføres. Bruksområde for denne bestemmelsen er i hovedsak for pasienter i rusinstitusjoner og andre omsorgsinstitusjoner i kommunen. Det er svært viktig og fortsatt sikre at beboere i slike institusjoner får ivaretatt sine rettigheter.

Kap 11 Finansiering og egenbetaling

§ 11-3

Hensikten er at man skal stimulere utvikling av kommunale tilbud slik at kommunen slipper å betale for spesialisthelsetjeneste tilbud. Vi er imidlertid bekymret for at innretningen på medfinansieringen kan føre til utilsiktede prioriteringseffekter. Hovedbegrunnelsen for å velge en av de avgrensede modellene er at de gir mindre økonomisk risiko for kommunen. Det er ikke gjort en tilsvarende vurdering av risikoen for pasientene ved de ulike modellene.

Enhver modell som ikke omfatter alle pasienter bærer i seg en stor fare for at det utvikler seg en gruppe pasienter som hører til de kommunen må betale for, enten det er de over en viss alder, eller de med visse diagnoser som legges inn på medisinske avdelinger. Vi risikerer at vi får en gruppe mennesker som vil nektes spesialisthelsetjeneste fordi det koster kommunen penger. Dette vil selvsagt ikke skje åpent og det kan alltid argumenteres med at pasientene fortsatt har sine rettigheter og at det er legene som avgjør slike ting på medisinsk grunnlag. Men problemet med slike økonomiske virkemidler er som kjent at de har en lei tendens til å virke.

En annen uønsket virkning kan være at kommunen bare prioriterer å utvikle tilbud til de pasientene de ellers må betale for mens andre grupper blir nedprioritert.

Vi mener betraktningene over viser at det er et stykke vei å gå i utredningen av modellene, spesielt når det gjelder ulemper for pasientene.

§ 11-4

Det er ikke klart beskrevet hvordan man skal håndtere uenighet om en pasient er utskrivningsklar eller ikke. Selv om det lages noen kriterier, vil det alltid være en del pasienter der det må utøves skjønn. Er det ensidig spesialisthelsetjenesten som skal bestemme i siste instans eller er det en uavhengig tredjepart. Hva hvis kommunen i ettertid oppdager at pasienten ikke var ferdig behandlet likevel?

Det er grunn til å tro at spesialisthelsetjenesten har overdrevet kostnadene ved utskrivningsklare pasienter. Disse pasientene mottar jo per definisjon ikke spesialisthelsetjeneste, kun pleie og omsorg. Kostnadene ved å ha dem i sykehus er derfor i prinsippet ikke større enn å ha dem i sykehjem.

Andre bemerkninger

Felles klage- og tilsynsorgan

Vi er enig i departementets forslag om at det bør være felles klage- og tilsynsmyndighet på helse- og omsorgsområdet.

Fylkesmannen i Hedmark er av den oppfatning at klage- og tilsynsmyndigheten etter den nye loven bør legges til Fylkesmannen som regional klage- og tilsynsinstans. Dette begrunnes med at det vil samordne og ivareta behovet for en felles klage- og tilsynsinstans overfor kommunene. Det vil også forenkle ordningen slik at pasienter og brukere kan forholde seg til en instans. De faglige styringslinjene vil som på alle andre områder under Fylkesmannen gå fra fagdirektorat/fagtilsyn, i dette tilfelle Statens helsetilsyn. En slik ordning setter krav til samordning mellom fylkesmenn i forhold til kompetanse, kapasitet og utvelgelse av tilsynsobjekt. Dette er krevende å få på plass, men bør ikke være mer krevende under paraplyen fylkesmann enn det er nå med flere fylkesvise helsetilsyn. Fylkesmannen ser også at en delt modell vil la seg gjennomføre, da de faglige styringssignalene uansett vil gå fra Statens helsetilsyn og utføres av de samme fagpersonene på fylkesnivå.

Helsetilsynet i Hedmark mener derimot at det er mest hensiktsmessig å ha felles klage- og tilsynsmyndighet overfor både spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Både ivaretagelse av den faglige legitimitet og autoriteten som i dag ligger til Helsetilsynet og behovet for å føre tilsyn med samordningen av det helhetlige helsetilbudet til befolkningen tilsier en slik løsning. Helsetilsynet mener også at det vil være uheldig å splitte tilsynet etter helsepersonelloven på to ulike instanser. Som en konsekvens av dette mener Helsetilsynet i Hedmark at felles regional klage- og tilsynsinstans bør være Helsetilsynet i fylket både etter den nye loven og for spesialisthelsetjenesten, og at styringslinjen bør gå direkte fra Statens helsetilsyn.

Vi mener at myndigheten til å gi pålegg bør legges til tilsynsmyndigheten i fylket.

Meldesystemet etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3

Ved en ev flytting av meldeordningen fra Helsetilsynet til Nasjonalt kunnskapssenter er det viktig å klargjøre meldeordningens *hensikt*. Er målet å øke antall meldinger og samle dette på et aggregert nivå? Eller er det fortsatt meningen at disse meldingene skal være en del av sykehusinterne kvalitetsarbeidet?

Dersom meldingene fortsatt skal være til bruk i det interne kvalitetsarbeidet er det av avgjørende viktighet at ledelsens ansvar for styring og kvalitetsarbeid *ikke* svekkes.

Når det gjelder informasjon om alvorlige hendelser vil det ikke være av avgjørende betydning at hendelsene kommer til Helsetilsynet i fylket fordi vi har såpass åpne og gode informasjonskanaler, at vi uansett vil få informasjon som er av tilsynsmessig betydning.

Å flytte meldeordningen vil medføre visse risikomomenter. Internasjonalt er mye forskjellig forsøkt uten at noen ennå har funnet den optimale løsningen. Det er forsøket verdt å flytte meldeordningen for en tidsbegrenset periode og så evaluere resultatet.

Med hilsen


Anne Kathrine Fossum
fungerende fylkesmann


Trond Lutnæs
fylkeslege