



Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 Oslo

Høyrings svar - forslag til ny lov om kommunale helse- og omsorgstenester

Fylkesmannen og Helsetilsynet i Hordaland gir felles høyrings svar til forslag til ny lov om kommunale helse- og omsorgstenester, jf. brev av 18. oktober 2010 frå Helse- og omsorgsdepartementet.

Vi er samde i at lovverket på helse- og sosialområdet blir harmonisert, og også samde i at pasient- og brukarrettar blir samla i pasientrettslova. Endringane i pasientrettslova og andre lover og forskrifter som følgje av ny lov for kommunale helse- og omsorgstenester, medfører at regelverket må gjennomgåast og at det blir gjort nødvendige endringar slik at namn, bruk av omgrep og innhald er dekkjande.

Kapittel 2 - Forholdet til andre lover

Barnebustader og aldersheimar

Vi er ikkje samde i departementets vurderingar av at aldersheimar og barnebustader ikkje vert definerte som helseinstitusjonar. Personar som bur i aldersheimar har i hovudsak same behov for tenester som dei som er innlagt i sjukeheim. Barn i barnebustader har ofte store funksjonshemmingar. Dei har langvarige og omfattande behov for tenester, inklusive behov for helsehjelp og omsorg. Vi meiner det bør vurderast å definere barnebustader og aldersheimar som institusjonar for heildøgns helse- og omsorgstenester.

Pasientrettslova – definisjonar

Definisjonane av *pasient* og *brukar* inneber at det ikkje er innhaldet i tenesta, men kven som gir tenesta som er avgjerande for om den som får tenesta er pasient eller brukar. Kapittel ni bruker omgrepet *tenestemottakar*. Vi meiner bruken av omgrep bør vere meir konsistent og klar.

Pasientrettslova § 2-1a Rett til nødvendige helse- og omsorgstenester frå kommunen

Det går ikkje tydeleg fram av høyringsnotatet, forslaget til ny § 2-1 a i pasientrettslova eller § 3-1, første ledd, kva tilstand eller tenester søkjarar har rettskrav på. Vi meiner at det bør kome tydelegare fram kva som er kriteria for vurdering av rett til nødvendige helse- og omsorgstenester og kva tid tenestene skal gjevast. Det er i dag mange døme på at tenestemottakarar får vedtak, utan at dei får den eller dei tenestene vedtaket omfattar.

Vi sluttar oss til uttalen som Statens helsetilsyn har gitt til framlegg til ny § 2-1 a i pasientrettslova, jf. høyrings svaret av 9. desember 2010.

Vilkår for tildeling og yting av tenester

Lovframlegget har ikkje tatt inn forslaga frå Bernt-utvalet i NOU 2004:18 om heimel for å stille vilkår for helse- og omsorgstenester. Vi viser til § 3-2 i Bernt-utvalet sitt forslag til ny helse- og sosiallov. Etter vår vurdering er det eit praktisk viktig og godt grunngeve behov for ein slik regel. Det kan ikkje leggjast til grunn av lovgivande styresmakter at helsepersonell og helsetenesta generelt er kjende med ulovfesta reglar om retten til å stille vilkår for offentlege tenester. I dagleg praksis med rådgiving og klagesakshandsaming ser vi at dette er ei reell og viktig problemstilling i helse- og omsorgstenestene, og at det er eit klart behov for eit tydeleg regelverk for slike situasjonar. Situasjonen i dag er ikkje tilfredsstillande korkje for rettstryggleiken for pasienten eller helsepersonellet. Etter vår vurdering er forslaget som ligg i NOU 2004:18 eit godt forslag som i det alt vesentlege er dekkande for behovet.

Pasientrettslova § 2-7 og bruk av forvaltningslova

Vi er samde i at føresegnene i forvaltningslova skal gjelde ved tildeling av heimetenester og plass i institusjon, men deler ikkje departementets syn på at dette berre skal gjelde ved tildeling av tenester som varer meir enn to veker. Lovutkastet opnar for ein praksis vi meiner vil være sær sars uheldig. Det kan medføre at tenestene innrettar verksemda og tildeler tenester for mindre enn to veker kvar gong og utan at dette er grunngeve i pasientane sine behov. I mange tilfelle vil det ved første gongs tildeling vere usikkert kor lenge vedkomande vil ha behov for kommunale helse- og omsorgstenester. Om framlegget til § 2-7 blir oppretthalde, bør det gå tydeleg fram at forvaltningslova kap IV og V gjeld dersom noko talar for at behovet for tenester vil strekkje seg over meir enn to veker. Det bør også gå tydeleg fram at personar som får tildelt tenester for inntil to veker, skal informerast om dette, om retten til å klage og om klageinstans. Føremålet med ordninga må kome tydeleg fram slik at vi i størst mogleg grad unngår utilsikta tilpassingar som svekkjer rettstryggleiken til pasientane.

Pasientrettslova § 7-6 og bruk av forvaltningslova

Vi er ikkje samde i at klageinstansen ikkje skal kunne treffe nytt vedtak. Lovframlegget bryt med hovudregelen om kompetansen til klageorganet i forvaltningsretten. Slik lovframlegget står no, er det ei alvorleg svekking rettstryggleiken på eit område det er sær viktig å ha gode rettstryggleiksgarantiar. Etter vårt syn er det ein sær ufullstendig argumentasjon for forslaget om sterkt avgrensa kompetanse for klageinstansen. Det er eit poeng i seg sjølv å ha minst mogleg særordningar for ulike felt. Etter vår vurdering kan heller ikkje omsynet til kommunens frie skjønn vere tilstrekkeleg til å gjere eit slikt unntak. Vi meiner at dette må revurderast. Vi er samde i omtalen av dette i høyringssvaret frå Statens helsetilsyn.

Framlegget om å fjerne sosialtenestelova § 7-11

Konsekvensane av å oppheve § 7-11 synest ikkje å vere tilstrekkeleg utgreidde. Reglane om ivaretaking av rettstryggleik i sosialtenestelova kap. 4A og pasientrettslova kap. 4A vil berre i liten grad overlappe med bruksområdet til § 7-11. Vi viser til at 4A-kapitla er avgrensa til å gjelde for psykisk utviklingshemma og pasientar utan samtykkekompetanse. Føresegna i sosialtenestelova § 7-11 er svært viktig også for pasientar i rusinstitusjonar i spesialisthelsetenesta og omsorgsinstitusjonar i kommunen. Vi minner om at sosialtenestelova § 7-11 også har forskriftsheimel. Konsekvensen av ei oppheving av § 7-11 synest til dømes å vere at det ikkje vil vere tilstrekkeleg rettsleg grunnlag for å drive kontroll med innførsel av rusmiddel i rusinstitusjonar. Situasjonen på dette området er allereie svært vanskeleg med ei gjeldande forskrift som fagle sett er meir eller mindre forelda. Situasjonen blir umogeleg for

rusinstitusjonane om desse reglane blir tekne bort utan å erstatte dei med noko betre. Det svekkjer også rettstryggleiken til dei rusmiddelavhengige.

Kapittel 3 – Kommunens ansvar for helse- og omsorgstenester

Døgnopphald for helse- og omsorgstenester til pasientar med behov for øyeblikkeleg helsehjelp

Forslaget legg opp til at kommunar og helseføretak skal inngå avtaler som mellom anna skal bidra til å redusere talet på innleggingar i sjukehus. Dette vil i stor grad gjelde eldre personar. Det er bruk for betre behandlingstilbod i kommunane. Forsterka sjukeheimsavdelingar kan medverke til at sjukeheimsbebuar med akutt sjukdom kan unngå sjukehusinnlegging. Det er vesentleg å sikre at eldre med akutt sjukdom eller skade som bur heime, får nødvendig og forsvarleg helsehjelp. Dei kommunale helsetenestene manglar både kapasitet og kompetanse, og vil aldri fullt ut kunne erstatte ei vurdering i spesialisthelsetenesta. Ein utilsikta og bekymringsfull konsekvens av lovforslaget kan vere at eldre pasientar generelt ikkje vil få tilbod om innlegging i sjukehus når dei treng det.

Store europeiske og amerikanske studiar viser at 10-15 % av alle eldre over 65 år som bur heime, har redusert evne til å takle sjukdom og skade. Denne gruppa er overrepresentert ved sjukehusinnleggingar. Dei utgjer truleg 10 % av alle ØH-innleggingar ved norske sjukehus og 20-40 av slike innleggingar i aldersgruppa over 75 år. Desse pasientane er utfordrande ved at dei har fleire sjukdomar samstundes og uspesifikke symptom. Dei er meir utsette for komplikasjonar og uheldige konsekvensar, og dei tåler dårlegare medisinske prosedyrar og intervensjonar. Risikoen for å verte påført helseskade, immobiliserte og trenge plass i institusjon er stor. Ei heilskapleg tilnærming der det i tillegg til rett diagnostikk og behandling vert lagt vekt på tverrfagleg arbeid, rask mobilisering og funksjonsvurdering med meir, gjer at fleire godt kan greie seg heime. Dette er ei oppgåve for spesialisthelsetenesta.

Skrøpelege eldre har frå før ein tosidig risiko for helseskade. For det første har dei større førekomst av sjukdom og skade, og for det andre er ikkje seksjoneringa i spesialisthelsetenesta tilrettelagt for ei heilskapleg tilnærming til sjukdomsbileta desse pasientane presenterer. Dersom det vert etablert tilbod som skal hindre at denne gruppa får tilbod om sjukehusinnlegging ved akutt sjukdom, aukar risikoen ytterlegare. Diskriminering ut frå alder er ikkje akseptabelt, korkje ut frå faglege eller etiske kriterium.

Dersom forslaget om etablering av tilbod for døgnopphald ved behov for øyeblikkeleg hjelp vert oppretthalde, meiner vi slike tilbod berre kan nyttast ved vel definerte og avgrensa tilstandar. Kommunen må sikre at kvalifisert personell og nødvendig utstyr er tilgjengeleg heile døgnet og at samhandlinga med spesialisthelsetenesta er avklart.

Kapittel 4 Krav til forsvarleg verksemd, pasienttryggleik og kvalitet

Utgreiinga av kravet til forsvarleg verksemd i høyringsdokumentet er uklar. Vi er ikkje samde i at krav til forsvarleg verksemd fokuserer på nedre minimum.

Forsvarleg verksemd har fokus på god praksis og det er denne standarden kommunane må innrette tenestene etter. Her meiner vi det er behov for ytterlegare avklaring.

Vi er samde i framlegga om å endre namnet på *Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten* til *Forskrift om styringssystem for helse og omsorgstjenester* og innarbeide krav til pasienttryggleik og kvalitet i denne. I denne samanheng kan det vurderast om det framfor eige føresegn om plikt til systematisk arbeid med pasienttryggleik, jf. lovframlegget § 4-2, kan det vurderast å innarbeid dette kravet i lovforslaget § 3-1, alternativt ei føresegn om plikt til styring, pasienttryggleik og kvalitet.

Det er lite heldig å bruke ulike definisjonar på kvalitet, ein definisjon i dette høyringsdokumentet og ein annan i framlegget til nasjonal helse- og omsorgsplan. Definisjonen av kvalitet i NS-EN ISO 9000:2000 er dekkjande for både ISO-definisjonen dekkjer også kjenneteikn på tenester av god kvalitet, jf. *Nasjonale strategier for kvalitetsutvikling i sosial- og helsetjenesten 2010-2015*.

Pasienttryggleik er viktig. Omtalen i høyringsdokumentet er uklare og motstridande. Vi meiner at pasienttryggleik mellom anna føreset styring av prosessar. Krav til prosessar og utfall av dei kan ikkje utelukkande vurderast frå pasientens perspektiv. Vi kan heller ikkje sjå at arbeidet med pasienttryggleik kan eller skal ha fokus på resultat aleine.

Det er nødvendig å få større merksemd på fagleg innhald i tenestene og å bruke denne kunnskapen i styring og vidareutvikling av dei.

Framlegget om å stille krav til lokalpolitisk behandling av kvalitetskrav er ikkje godt nok utgreidd. Vedtak som til dømes seier at tenestene skal vere gode utan at dette blir nærare konkretisert, systematisk følgd opp og brukt til forbetring av tenestene, er av liten verdi.

Kapittel 6 Samarbeid mellom kommunar og regionale helseføretak

Dersom kommunar og helseføretak eller regionale helseføretak ikkje inngår avtaler, eller ikkje blir samde om avtalene, meiner vi at funksjonen som meklingsinstans bør liggje til fylkesmannen slik som på andre område. Eit anna argument som også talar for å leggje funksjonen i lovframlegget § 6-5 til fylkesmannen i staden for til Helsedirektoratet, er kunnskap og oversikt som embeta har om tilhøva i kommunane og spesialisthelsetenesta.

Kapittel 7 Individuell plan, koordinator og koordinerande eining

Vi er samde i forslaget om at kommunen skal ha hovudansvaret for å vurdere behov, utarbeide og koordinere arbeidet med individuell plan for personar som får tenester frå kommunen og spesialisthelsetenesta med fleire.

Vi støttar også forslaget om at kommunen skal oppnemne koordinator for personar som treng langvarige og koordinerte tenester, men at ansvaret for å sørgje for samordning av tenester skal liggje til kommunen og ikkje til dei enkeltpersonane som blir oppnemnde eller valde som koordinatorar. Slik lovframlegget § 7-2 er utforma, får koordinator systemansvar og føreset at han (koordinator) har mynde til å instruere andre tenesteytarar. Ansvar og oppgåver for koordinator bør gå fram av forskrift.

Framlegget til § 7-3 er i samsvar med tilrådingar frå Helsedirektoratet om funksjonar koordinerande eining bør ha. Ordninga er ikkje uproblematisk ettersom systemansvar er eit

leiaransvar. I praksis inneber framlegget at koordinerende eining må vere organisert i line under rådmannen og får delegert mynde til å utføre oppgåvene.

Kapittel 12 Forskjellige føresegner

Regional tilsyns- og klageinstans

Vi er samde med departementet i vurderinga av at det bør vere ein felles regional klage- og tilsynsinstans med direkte styringsline frå Statens helsetilsyn som overordna fagleg ansvarleg.

Omsyn til føremålet med tilsyns- og klageordningane, samordning og utvikling av desse funksjonane tilseier at fylkesmannen bør vere klage- og tilsynsinstans. Lovforslaget i seg sjølv, og også den interne organiseringa i dei fleste embeta, tilseier at det ikkje er føremålstenleg å halde fram med to ulike liner til Statens helsetilsyn. Den noverande ordninga er ein spesiell konstruksjon og det er tid for å endre denne. Vi syner elles til dei omsyna for ei slik løysing som er omtalte i høyringsdokumentet, kapittel 27.7.2. Det vil vere spesielt å vidareføre den noverande ordninga med to regionale instansar for klage- og tilsyn, når oppgåva elles er å stimulere til meir samhandling. Ei omlegging til ein regional klage- og tilsynsinstans føreset endringar i *Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten*. Det må også avklarast om det er fylkesmannen eller Statens helsetilsyn som skal ha mynde til å gje pålegg.

Omlegginga inneber også at det vil vere fylkesmannen som behandlar klager og fører tilsyn med private tenesteytarar og med spesialisthelsetenesta.

Tilsynet med spesialisthelsetenesta er krevjande og føreset at embeta rekrutterer helsepersonell med relevant spisskompetanse og erfaring. Dersom fylkesmannen blir regional tilsynsinstans, må det vere rom og rammer som gjer det mogeleg å ivareta tilsynet med spesialisthelsetenesta på ein god og tillitvekkjande måte. Vi trur ikkje at det er namnet på tilsynsinstansen, men den faglege kompetansen og måten tilsynet blir utført på, som er avgjerande for tillit og truverde til måten fylkesmannen løyser denne delen av samfunnsoppdraget. Tillit og truverde er avgjerande for omdømmet og såleis også viktige føresetnader for rekruttering av personell med nødvendig fagleg kompetanse.

Enkelte av helseføretaka omfattar verksemder i meir enn eitt fylke. For at det skal vere ein tilsynsinstans for kvart helseføretak, har Helsetilsynet i dei aktuelle fylka avtalt kven av dei som har tilsynsfunksjonen. Vi legg til grunn at det ikkje vil vere noko som hindrar vidareføring av slike ordningar om fylkesmannen blir regional tilsynsinstans.

Andre kommentarar

Elektronisk samhandling og elektronisk pasientjournal

Vi støttar framlegga om å forskriftsfeste sentrale funksjonskrav, standardar til IKT-system og krav om sertifisering av programvare på utvalde område. Erfaringar frå tilsyn viser at mange verksemder ikkje har tilfredsstillande journalsystem.

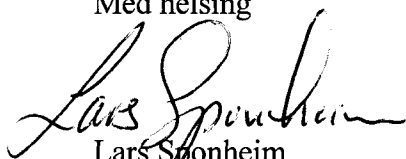
Spesialisthelsetenestelova – endre pasientansvarleg lege til pasientansvarleg koordinator?

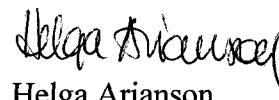
Vi er samde i at føresegna om pasientansvarleg lege i spesialisthelsetenestelova § 3-7 ikkje blir vidareført. Ordninga med pasientansvarleg lege har i hovudsak vist seg ikkje å fungere. Vi kan ikkje sjå at dette blir vesentleg annleis og betre om nemninga blir profesjonsnøytral og ordninga heretter blir avgrensa til å gjelde for personar med komplekse eller langvarige

behov. Dette vil ikkje bidra til å støtte opp under og fremje tverrfagleg arbeidsdeling i spesialisthelsetenesta. Hovudansvaret for oppfølging av pasientar i spesialisthelsetenesta bør liggje hos den instansen som til ei kvar tid har behandlingsansvaret. Plikt til samarbeid om og samordning av behandlingstilbod følger av krav til forsvarleg verksemd, jf. spesialisthelsetenestelova § 2-2.

Dersom ansvaret for utarbeiding og oppfølging av individuell plan blir lagt til kommunen, vil spesialisthelsetenesta ikkje lengre ha ansvaret for å sikre framdrift i dette arbeidet. Det tilseier at når spesialisthelsetenesta deltek i utarbeiding og gjennomføring, bør det vere det helsepersonellet som har best relevant kunnskap om tilstanden og pasientens behov, som blir involvert i arbeidet med planen. Det er ikkje nødvendigvis den pasientansvarlege koordinatoren.

Med helsing


Lars Sponheim
fylkesmann


Helga Arianson
fylkeslege