



Fylkesmannen
i Nord-Trøndelag

Saksbehandler: Ida Stuberg
Tlf. direkte: 74 16 81 61
E-post: ist@fmnt.no

Deres ref.:
Vår ref.: 2010/6150

Vår dato: 17.01.2011
Arkivnr: 730

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 Oslo

Høringsuttalelse - forslag til ny kommunal helse- og omsorgslov

Fylkesmannen i Nord-Trøndelag (FMNT) viser til brev av 18. oktober 2010 der Helse- og omsorgsdepartementet legger fram forslag til en felles kommunal helse- og omsorgslov.

Departementets intensjon med det foreliggende lovforslaget og forslaget til ny folkehelselov som også er på høring nå, er å harmonisere lovverket slik at det blir et sentralt virkemiddel i oppfølgingen av St.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen.

FMNT stiller seg positiv til intensjonen om å følge opp Samhandlingsreformen og om å harmonisere lovverket.

Sammendrag:

- FMNT støtter forslaget om en felles kommunal helse- og omsorgslov, harmonisert med annet lovverk.
- FMNT er uenig i forslaget om at Helsedirektoratet skal være instans for mekling dersom partene ikke oppnår enighet om avtale etter lovforslagets kapittel 6. Denne myndigheten bør ligge til Fylkesmannen.
- FMNT slutter seg til departementets vurdering av at det er viktig å holde tilsyn og klagesaksbehandling samlet. Dette vil bidra til å sikre en likartet normering både når det gjelder tilsyn og klagesaksbehandling.
- Etter en helhetsvurdering mener FMNT at klage- og tilsynsoppgavene bør legges til Fylkesmannen.
- FMNT er uenig i forslaget om å avvike fra forvaltningslovens alminnelige ordninger og begrense klageorganets myndighet ved overprøving, og er spesielt bekymret for forslaget om å avskjære klageorganets adgang til å fatte vedtak
- FMNT mener endringer foreslått i spesialisthelsetjenestelovens § 3-3 svekker virksomhetens ansvar for internkontroll, og er uenig i dette forslaget.
- FMNT er enig med departementet i at lovfesting av samkommunemodellen vil gi kommunene et nyttig virkemiddel for mer omfattende kommunesamarbeid ved oppfølging av Samhandlingsreformen

Kommentarer til kapitlene i lovforslaget

For enkelte kapitler er det kommentert generelt på kapitlene, der det gis kommentarer på enkelte paragrafer er dette presisert.

Kommentarer til kapittel 1. Formål, virkeområde og definisjoner

§ 1-1. Lovens formål

FMNT slutter seg til departementets vurderinger av hvordan helse- og omsorgslovens formålsbestemmelse bør utformes.

§ 1-3. Definisjoner

Innledningsvis i høringsnotatet gjøres det rede for at en av årsakene til at to lover blir til en er å gjøre det enklere for de som skal anvende lovverket å ha kun en lov å forholde seg til. Med det samme hensyn for øye kunne definisjonene i sin helhet ha gått fram av denne loven, evt. med henvisning til at definisjonene er i samsvar med pasientrettighetsloven enten i forarbeider eller i selve lovteksten.

Kommentarer til kapittel 2. Forholdet til andre lover

§ 2-3. Forvaltningslovens anvendelse

Dette kommenteres nærmere i tilknytning til endringer i pasientrettighetsloven

Kommentarer til kapittel 3. Kommunenes ansvar for helse- og omsorgstjenester

FMNT støtter departementets forslag om å regulere kommunens overordnede ansvar for nødvendig helse- og omsorgstjenester som et "sørge-for-ansvar" både fordi dette vil være tydelig og fordi det samsvarer med hvordan ansvaret er regulert for spesialisthelsetjenesten.

I høringsnotatet etterspør departementet høringsinstansenes syn på kommunal plikt til døgnopphold for pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp. FMNT støtter forslaget om lovpålagt plikt til døgnopphold for helse- og omsorgstjenester for pas. med behov for ø-hjelp. FMNT mener i likhet med departementet at dette vil bli en svært krevende oppgave, og med dagens kommunestruktur forutsetter også FMNT at det må bli en utstrakt bruk av interkommunalt samarbeid. Forutsetningen for øvrig er opplagt at kommunene må gis rammer slik at det blir en god nok kvalitet på tjenestene.

I høringsnotatet på side 299 viser departementet til at aktuell samarbeidsmodell for drift av lokalmedisinsk senter kan være for eksempel interkommunalt selskap, såkalt IKS etter lov om interkommunale selskap av 29.01.1999. FMNT er usikker på hvorvidt dette vil være en hensiktsmessig løsning.

Satsing på såkalte lokalmedisinske senter vil i framtiden sannsynligvis delvis være motivert av å besvare en kommunal lovpålagt plikt om døgnopphold for helse- og omsorgstjenester for pasienter med behov for ø-hjelp. Det er dessuten nærliggende å se for seg at andre funksjoner med tiden kan legges til slikt lokal medisinsk senter for å oppfylle lovpålagte oppgaver for kommunene. For eksempel kan lokalmedisinske senter ha en bufferkapasitet for kommunene når det gjelder mottak av ferdig behandlede pasienter fra sykehus, og gitt at disse oppholdene overskrider 14 dager vil forvaltningslovens regler komme til anvendelse.

Det følger av koml. § 28 a) at den eneste muligheten en kommune har til å delegere utførelsen av lovpålagte oppgaver som innebærer utøving av offentlig myndighet, herunder delegere myndighet til å treffe vedtak som omtalt i fvl. § 2 første ledd bokstav a) etter kommuneloven er; til en vertskommune etter § 28 b) adm. nemd eller i medhold av § 28 c) folkevalgt nemd.

I tillegg er det mulig å organisere samarbeidet som IKS eller som et interkommunalt styre etter koml. § 27 med en del begrensninger.

I forhold til IKS vil et sentralt spørsmål være om det er ønskelig å skille ut deler av kommunenes forpliktelser i henhold til samhandlingsreformen fra kommunens virke for øvrig i egne rettssubjekt.

Bestemmelsene i koml. § 27 om interkommunalt styre kommer til anvendelse der det etableres et selvstendig interkommunalt beslutningsnivå, et organ med avgjørelsesmyndighet på et saklig avgrenset område- "til løsning av felles oppgaver". Et interkommunalt styre er ikke underlagt instruksjonsmyndighet fra den enkelte deltakende kommune. Kommunene kan dermed ikke delegere avgjørelsesmyndighet i enkeltvedtak til et slikt styre uten annen hjemmel i lov. Koml. § 27 avgjør imidlertid ikke spørsmålet om hvorvidt man kan legge ansvaret for oppgaver etter særlovgivningen til et slikt styre, jf. Rt 1997 s 630 "Hvorvidt myndighet etter særlovgivningen kan overføres på denne måten, beror på en tolkning av vedkommende lov". (Bernt, Overå og Hove "Kommunalrett" 2002).

Et interkommunalt styre vil som hovedregel heller ikke kunne tildeles myndighet til å treffe enkeltvedtak eller utferdige forskrifter etter forvaltningsloven som ligger til kommuner ved lov. Etter de alminnelige prinsipper for delegasjon av forvaltningsmyndighet vil slik myndighetstildeling bare kunne skje til et organ som dermed underkastes det delegerende organs instruksjons- og overprøvningsmyndighet. Det betyr at delegasjon av slik forvaltningsmyndighet til et interkommunalt styre må anses som utelukket etter kommuneloven, fordi en slik myndighetsoverdragelse ville innebære at den enkelte kommune ikke lenger vil ha politisk og administrativ kontroll over hvordan denne avgjørelsesmyndigheten utøves, slik vedkommende lov forutsetter.

En annen begrunnelse for å unngå organisering etter koml. § 27 og lov om interkommunale selskap er at ansvaret for oppfølging av den nye loven om kommunale helse- og omsorgstjenester ligger til kommunestyret. De folkevalgt bør derfor på en best mulig måte være involvert i de prosessene som er av betydning for de tjenestene kommunen skal yte. På bakgrunn av en innskjerping i Forvaltningsloven som trer i kraft 01.11.11 vil det bli vanskeligere for kommunestyrerepresentanter å lede, eller være medlem i styre eller bedriftsselskap som er part i sak, da dette lett medfører inhabilitet i kommunestyresammenheng.

For fleksibilitetens skyld bør derfor en organisering etter koml. § 27 og lov om interkommunale selskap unngås.

Et alternativ til vertskommunemodellen er organisering av tjenesteproduksjon etter Samkommunemodellen.

I sin høringsuttalelse til lovfesting av Samkommunemodellen påpekte FMNT betydningen av et sterkt nærdemokrati, og at vi har lange tradisjoner for det i Norge. Det har vært og er en av bærebjelkene for å utvikle gode levevilkår for innbyggerne. Gjennom utviklingen har

kommunene av staten blitt pålagt flere tyngende oppgaver med tjenestetilbud til innbyggerne, samtidig som det har blitt gitt en rekke rettighetslover. For å løse et økende omfang av oppgaver har kommunene i vårt fylke etter hvert utviklet omfattende interkommunalt samarbeid.

Samkommunemodellen er en av de modellene som er utprøvd i fylket, og denne gir gode muligheter for politisk styring gjennom valg til samkommunestyret. Demokratiet vil fungere bedre enn ved vertskommunesamarbeid og IKS, selv om valg til samkommunestyret vil skje indirekte. Samkommunemodellen vil også sterkt kunne redusere antallet totale tiltak for samarbeidsformer mellom kommuner, slik at det hele blir mer oversiktlig, og potensialet for ytterligere oppgaveporteføljer er bredere ved organisering etter denne modellen. For at kommunene skal ha en reell valgmulighet i forhold til hvordan de velger å organisere tilbudet er det påkrevet at Samkommunemodellen lovfestes.

FMNT er derfor enig med departementet i at lovfesting av Samkommunemodellen vil være et viktig bidrag med tanke på oppfølgingen av samhandlingsreformen, og denne vil gi kommunene et nyttig virkemiddel for mer omfattende kommunesamarbeid.

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

Tjenestene avlastning (pkt d) og korttidsopphold på institusjon har ulike målgruppe og betalingsform, og FMNT konstaterer et stort behov for at ulikhetene tydeliggjøres i forskrift/retningslinjer til ny lov.

Kommentarer til kapittel 4. Krav til forsvarlighet, pasientsikkerhet og kvalitet

FMNT mener at kommunene bør pålegges meldeplikt på linje med spesialisthelsetjenesten, jf. spes.htjl § 3-3. Det inntreffer feil, skader og uønskede hendelser i kommunene også, og det bør legges til rette for at slike hendelser danner kunnskapsgrunnlag for kvalitetsutvikling i kommunene.

I tillegg bør kommunene pålegges en plikt til å opprette kvalitetsutvalg, eventuelt som del av interkommunale samarbeidsløsninger. Dette vil bli spesielt viktig ved drift av lokalmedisinske senter.

§ 4-3. Helsedirektoratets ansvar for nasjonale faglige retningslinjer, veiledere og kvalitetsindikatorer

FMNT støtter forslaget om å beskrive Helsedirektoratets ansvar for faglige retningslinjer, veiledere og kvalitetsindikatorer, selv om en lovfesting av Helsedirektoratets rolle ikke innebærer endringer i forhold til den rollen Helsedirektoratet har i dag. Lovfestingen medfører heller ikke endret status for nasjonale faglige retningslinjer og veiledere.

Kommentarer til kapittel 6. Samarbeid mellom kommuner og regionale helseforetak

FMNT mener det er viktig både for å nå intensjonene i dette lovverket og samhandlingsreformen for øvrig at departementet i tråd med sin vurdering har tett kontakt med KS og de regionale helseforetakene samt konsulterer bruker- og pasientorganisasjoner og de ansattes organisasjoner om hvordan avtaler kan være et strategisk og effektivt samhandlingsverktøy. FMNT forventer at dette følges opp som forutsatt. I tillegg er FMNT enig i departementets vurderinger av KS sin rolle, der det i høringsnotatet vises til at ”departementet antar det vil være hensiktsmessig at Helsedirektoratet i samarbeid med KS

utarbeider et veiledningsopplegg, herunder standardavtaler, til bruk i avtaleinngåelsen". FMNT forutsetter at det tas høyde for store lokale variasjoner ved utarbeidelse av standardavtaler.

§ 6-2 Krav til avtalens innhold

Et av de kravene som stilles til avtalens innhold er *"etablering av en felles forståelse av lovgivningens fordeling av helse- og omsorgsoppgaver mellom forvaltningsnivåene og en felles forståelse av hvilke oppgaver partene til enhver tid skal løse"*. Hensikten er å greie å redusere de problemene som kan oppstå som følge av "gråsoner" mellom kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste, og det mener FMNT er positivt.

§ 6-5 Mekling før avtaleinngåelse

Det foreslås at Departementet i § 6-3 skal kunne sette en tidsfrist for innsending av avtale. Dersom fristen ikke overholdes skal partene bringe saken inn til Helsedirektoratet for mekling. Det foreslås dessuten at direktoratet på eget initiativ skal kunne kalle partene inn til mekling dersom fristen oversittes. Helsedirektoratet skal i slike tilfeller gjennom råd og veiledning hjelpe partene til å komme fram til en frivillig avtale, men skal ikke selv kunne fatte vedtak om avtalens innhold. Dersom det viser seg å være behov for å ha et "ris bak speilet" for parter som ikke inngår avtaler kan det være aktuelt å stille som krav for tildeling av eventuelle tilskudd til samhandlingsprosjekter, at avtale er inngått. Det kan være fordeler ved at representanter fra direktoratet møter med blanke ark i en meklingssituasjon, nettopp ved å ta fatt på en eventuell konflikt nærmest ufarget. På den annen side kan partene oppleve det som en styrke at den som skal fungere som mekler i en slik type konflikt har gode lokale kunnskaper og sånn sett bedre forutsetninger for framdrift i en utfordrende situasjon gjennom sin innsikt. Hensikten med meklingen vil være å gi råd og veiledning for å komme til enighet, dersom dette ikke lykkes kan ikke meklingsinstansen fatte vedtak med bindende innhold. Denne rollen kan Fylkesmannen også fylle.

På bakgrunn av det ovenstående er FMNT uenig i den skisserte meklingsmodellen, og mener at denne myndigheten bør legges til Fylkesmannen.

§ 6-6 Varighet og oppsigelse av avtale

FMNT gir sin tilslutning til en lovfesting av at avtalepartene årlig skal foreta en gjennomgang av avtalen med sikte på nødvendige oppdateringer eller utvidelse. En oppsigelsesfrist på ett år synes hensiktsmessig.

Departementet avventer høringsinstansenes uttalelser før det tas standpunkt til å fastsette en avtaleperiode på fire år eller om avtalene bør være tidsbegrenset. Et argument som taler for en ubegrenset lengde på avtalene er at partene ikke må bruke tid på reforhandlinger. På den annen side vil det ikke være tale om store reforhandlinger av en tidsbegrenset avtale dersom partene er fornøyde. FMNT mener det er hensiktsmessig med en avtaleperiode på 4 år som tilnærmet følger kommunestyreperioden, og derved gir de til enhver tid sittende kommunepolitikere en viss anledning til å øve innflytelse.

§ 6-7 Samarbeid og gjensidig bistand mellom kommuner

Det foreslås fra departementet å ikke lovfeste at landets kommuner skal inngå avtalebasert samarbeid, selv om det er ønskelig. FMNT støtter dette, og viser til at det på mange områder i

N-T allerede foregår utstrakt interkommunalt samarbeid, og mener at kommunene selv vil være i stand til å vurdere nødvendigheten av dette.

Kommentarer til kapittel 8. Undervisning, praktisk opplæring og utdanning

FMNT støtter at kommunen har et viktig ansvar for å realisere reformens målsetninger. Den nye kommunerollen får konsekvenser med behov for styrket kompetanse og godt lederskap. Det blir viktig å sikre at kommunene får tilstrekkelige rammer til å tilrettelegge for relevant og nødvendig videre- og etterutdanning for sine helse- og omsorgsarbeidere på alle faglige nivå.

Nord-Trøndelag har lange geografiske avstander med spredt bebyggelse og enkelte kommuner er små. Det vil være formålstjenlig at utdanningsinstitusjoner tilrettelegger for mer desentraliserte deltidsutdanninger og samarbeid om utdanning må være et område hvor kommunen bør inngå lovpålagte samarbeidsavtaler med helseforetakene.

Kommentarer til kapittel 11. Finansiering og egenbetaling

FMNT slutter seg til at det bør gis økonomiske incitament, og stiller seg positiv til medfinansiering ordningen som er avgrenset til grupper hvor kommunens tilbud i stor grad kan påvirke etterspørselen etter sykehustjenester. Det må imidlertid avveies mot risikoen for at det skjer utilsiktede prioriteringer av enkelte pasient- og brukergrupper som undergraver likhetsprinsippet for tilgangen til helse- og omsorgstjenester, noe man vil kunne oppleve dersom det trekkes en aldersgrense ved 80 år, jf. forslaget i helse- og omsorgsplan.

§ 11-2 Vederlag for helse- og omsorgstjenester

FMNT konstaterer at dagens vederlagsforskrift er vanskelig tilgjengelig, og det er stort behov for forenkling og tydeliggjøring av regelverket på dette området.

§ 11-4 Kommunalt medfinansieringsansvar for utskrivingsklare pasienter

N-T var det første fylket i landet som fikk til en avtale om samarbeid mellom primærhelsetjenesten og sykehusene om ferdigbehandlede pasienter. Kjernen i denne avtalen er at sykehusene er suverene i å avgjøre når en pas er ferdigbehandlet. Da skulle kommunene varsles og treffe tiltak for å ta i mot pasienten. Dersom kommunale tiltak ikke er på plass i rimelig tid, i praksis noen dager, inntreffer kommunal betaling. Denne avtalen har fungert utmerket og til pasientens beste. De fleste pasienter skrives ut den dagen de er ferdigbehandlet. Men dersom det innføres kommunal betaling fra første dag vil kommune få pasienter tilbake fra sykehusene som den ikke kan ta seg av. Kommunens valg vil da være å ta i mot og reinnlegge, noe som pasientens tilstand meget fort gir medisinsk grunnlag for.

Kommentarer til kapittel 12. Forskjellige bestemmelser

§ 12-4 Statlig tilsyn

Et av spørsmålene som er spesielt fremhevet i høringsnotatet er høringsinstansenes syn på om Helsetilsynet i fylket eller Fylkesmannen skal være regional tilsynsmyndighet. Statens helsetilsyn har etter gjeldende rett det overordnede faglige tilsynsansvaret med helse- og sosialtjenesten, jf. tilsynsloven § 1 og sosialtjenesteloven § 2-7. Av høringsnotatet framgår det at departementet mener at den faglige instruksjonsmyndigheten Statens helsetilsyn har, i kraft av å være overordnet faglig tilsynsansvarlig, må videreføres for å sikre kompetent,

effektiv og lik styring av tilsyn og klagesaksbehandling. Dette utgangspunktet gjelder uavhengig av hvilken instans som skal bli felles regional tilsynsmyndighet. FMNT støtter dette utgangspunktet og vil understreke betydningen av et sterkt og kompetent Statens helsetilsyn.

Det er flere hensyn som må ivaretas ved valg av regional tilsynsmyndighet. Departementet viser blant annet til at pasienter i spesialisthelsetjenesten som regel er pasienter i eller brukere av kommunale helse- og omsorgstjenester, og Statens helsetilsyn har påpekt at faren for svikt er størst i samhandling mellom forvaltningsnivåene. Fra departementets side er det derfor ønskelig at samme tilsynsordning gjelder for den kommunale helse- og omsorgstjenesten som for spesialisthelsetjenesten, og det bør være felles tilsynsinstans for begge nivåene. FMNT er enig, og legger dette til grunn ved den videre vurderingen.

I tillegg viser departementet til at tilsynsmyndighet for spesialisthelsetjenesten må kunne ivareta at eierforholdene ikke alltid vil følge fylkesgrensene. Det må etter departementets mening være en instruksjonsmulighet for overordnet tilsynsmyndighet som sikrer enhetlig tilsyn innen samme helseforetak, samt at tilsynsmyndigheten må kunne pålegges samarbeid med, eller eventuelt å avgi myndighet til, tilsynsmyndighet i et annet fylke når det er nødvendig.

FMNT vil poengtere at dagens ordning med samarbeid mellom helsetilsynene i regionen fungerer svært godt. FMNT mener at Helse- og omsorgsdepartementet bør gi Statens helsetilsyn fullmakt til å instruere hvordan tilsyn med spesialisthelsetjenesten skal utføres, og at det er en forutsetning med regionalt samarbeid for at tilsynene med spesialisthelsetjenesten skal bli hensiktsmessig. FMNT mener at en lovendring i Lov om statlig tilsyn av 30.03.1984 (Tilsynsloven) kan være nødvendig for å gi statens helsetilsyn denne fullmakten.

FMNT mener at en av de største utfordringene i samhandlingsreformen, er å få de ulike sektorer i kommunen til å samhandle på en ny og langt bedre måte enn i dag. Valg av modell for tilsyn må ha som utgangspunkt at tilsynsinstituttet underbygger og støtter opp om denne samhandlingen. Dette kan betegnes som den horisontale samhandlingsdimensjonen. Bl.a. for å forbedre tjenestetilbudet til brukere med sammensatte behov er dette svært viktig. Ikke minst er det viktig at forhold som ligger under oppvekst og utdanning blir sett i sammenheng med sosial- og helseområdet. FMNT mener denne utfordringen best ivaretas ved å legge tilsyn med lovligheten av kommunenes oppfyllelse av lovpålagte plikter til Fylkesmannen som uansett vil ha tilsynsansvaret utenfor det området lovforslaget omfatter. Et valg av Fylkesmannen som lokal og regional tilsynsmyndighet vil dessuten innebære en organisatorisk forenkling, og gi en bedre ryddighet i ansvarslinjene for både kommunene og for enkeltpersoner. Dette innebærer færre statlige enheter på regionalt nivå, og vil være en forenkling både for kommunene som møter en tilsynsinstans uavhengig av fagområde, og for innbyggerne som får en felles tilsynsinstans for alle kommuneplikter, enten dette er på barnevernsområdet, helse, sosial, opplæring, miljø.

FMNT ser at et sentralt spørsmål som reiser seg ved en slik løsning kan være om Fylkesmannen vil ha den nødvendige kompetanse til å overta det tilsynsansvaret som i dag tilligger Helsetilsynet på fylkesnivå. En slik løsning vil ikke medføre reelle endringer i forhold til måten oppgavene løses på i dag. FMNT er i dag svært opptatt av at det rekrutteres kompetente fylkesleger og annet fagpersonell og dette vil være et nøkkelpunkt også i den framtidige ordning. Uavhengig av hvilken myndighet som tillegges tilsynsansvaret på regionalt nivå tilsier erfaringene fra Nord-Trøndelag at det vil bli utfordrende å skaffe

tilstrekkelig helsefaglig kompetanse og tilfredsstillende tilsynskompetanse. FMNT mener at Statens helsetilsyn som overordnet faglig myndighet bør ha et ansvar for å rekruttere og utdanne tilsynspersonell til regionalt nivå. Kompetanse er viktig for å sikre at det fremtidige tilsynet blir et tilsyn som kan overprøve alle forhold ved saken/klagen, også de faglige vurderingene som er gjort.

FMNT er regional myndighet overfor landbrukssektoren, miljøvern, oppvekst- og utdanning, sosial og barnevern. FMNT har hatt arbeidsgiveransvar og økonomisk driftsansvar ovenfor Helsetilsynet i N-T i åtte år, og FMNT kjenner Helsetilsynet i N-T sine arbeidsoppgaver. FMNT kan ikke se at det regionale tilsynet blir svekket dersom Fylkesmannen overtar tilsynsansvaret. FMNT er kjent med høringsuttalelsen fra Statens helsetilsyn datert 09.12.10. Statens helsetilsyn foreslår å beholde det regionale tilsynet hos Fylkesmannen, men at klage og tilsynsoppgavene bør legges til Helsetilsynet i fylket.

FMNT kan ikke se at det er hensiktsmessig at Helsetilsynet i fylket skal utvide sin oppgaveportefølje samtidig som Fylkesmannen skal ha arbeidsgiveransvar og økonomisk ansvar for samme virksomheten. Den myndighet som utøver arbeidsoppgavene bør også ha økonomisk driftsansvar og personell ansvar mener FMNT. Samhandlingsreformen krever en helhetlig regional tilsynsmyndighet og Fylkesmannen som regional tilsynsmyndighet vil kunne ivareta dette.

Den instansen som velges som felles regional tilsynsinstans, må etter departementets syn underlegges faglig instruksjonsmyndighet fra Statens helsetilsyn. Departementet mener at uten denne instruksjonsmyndigheten og de virkemidlene som ligger i blant annet det å kunne gi pålegg, vil effektiviteten i styringen av tilsyn med helse- og omsorgstjenestene reduseres. På denne bakgrunn mener FMNT at Statens helsetilsyn skal ha faglig instruksjonsmyndighet, og myndighet til å gi pålegg om å rette opp uheldige eller uforsvarlige forhold samt myndighet til å gi administrative reaksjoner til helse- og omsorgspersonell.

Andre temaer som berøres i høringsnotatet.

Endringer i Pasientrettighetsloven

§ 2-7 Forvaltningslovens anvendelse

I forhold spørsmål om høringsinstansens syn på at forvaltningslovens regler skal gjelde ved tildeling av hjelp som gjelder tjenester i hjemmet og plass i institusjon for et tidsrom på over 2 uker, mener FMNT at dette er et fornuftig forslag som gir smidige regler for bruk i akutsituasjoner.

Av rettssikkerhetsmessige hensyn ber FMNT likevel departementet om å vurdere forvaltningslovens anvendelse ved tildeling av enkelte kortvarige helse- og sosialtjenester som for eksempel avlastning.

§ 7-6 Klage- forvaltningslovens anvendelse

FMNT støtter forslaget om felles klageadgang for tjenestene, og FMNT stiller seg videre svært positiv til at ordningen med krav om at kommunal klagenemd avvikles da dette har vært en svært tidkrevende ordning.

FMNT er på linje med departementet i tvil om hvilke følger endringene i loven vil få, og for spesialisthelsetjenesten spesielt vil FMNT be departementet vurdere nærmere hvilke konsekvenser det vil få å oppheve pasrl. § 7-1.

På bakgrunn av det ovennevnte skisserer FMNT det som anses å være den ideelle klagesaksbehandling. Det vil være at klagen skal sendes til den instans som har truffet vedtaket eller avgjørelsen, slik at denne forbereder klagebehandlingen og evt. selv omgjør vedtaket. Dersom vedtaket ikke endres videresendes saken til Fylkesmannen som har full prøvingsadgang i tråd med fvl. § 34.

For å unngå lang saksbehandlingstid bør departementet sette behandlingsfrister for både førsteinstansen og Fylkesmannen som andre instans.

Departementet framhever at det vil være både saklig og ressursmessig uhensiktsmessig å legge myndigheten til å behandle klage- og tilsynssaker til ulike instanser. På denne bakgrunn sammenholdt med vurderingene under helse- og omsorgslovens § 12-4 mener FMNT at Fylkesmannen bør være klageinstans.

FMNT er uenig i lovforslagets bestemmelser om klageorganets kompetanse. Den alminnelige klageordningen i forvaltningslovens § 34 siste ledd gir klageorganet adgang til å treffe nytt vedtak i en sak. I lovforslaget avskjæres klageinstansens adgang til å treffe nytt vedtak i saken. Forslaget som framgår av pasientrettighetslovens § 7-6 annet ledd om at klageinstansen ikke skal ha adgang til å treffe nytt vedtak vil innskrenke klageinstansens kompetanse på et rettsområde som sikrer grunnleggende verdier for kommunens innbyggere. Den innskrenkede myndigheten vil svekke rettssikkerheten på et område der klager ofte ikke er i stand til å bruke rettsapparatet eller er i en maktposisjon til selv å endre tjenesteinnholdet, og FMNT støtter ikke forslaget.

Lovendringer som understøtter elektronisk samhandling

FMNT støtter forslaget om at kommunene får tilsvarende plikt som helseforetakene til å innrette journal- og informasjonssystemene slik at der er forsvarlige. Videre støttes forslaget om å forskriftsfeste funksjonskrav og standarder i IKT systemer. Erfaringer fra tilsyn viser at kommunene ikke har journalsystem som ivaretar behovet for samhandling mellom 2. linjetjenesten og heller ikke mellom legetjeneste og øvrig helse- og omsorgstjeneste i kommunen. Mangel på standarder ser ut til å være et problem for helse- og omsorgstjenesten.

Forslaget om å forskriftsfeste krav om sertifisering av programvare for utvalgte områder gis også tilslutning.

FMNT mener arbeidet med forskrift om regional kjernejournal er svært viktig og støtter dette arbeidet. Journalen kan benyttes i kritiske situasjoner, og skal inneholde opplysninger det er viktig å ha kjennskap til i akutsituasjoner.

Spesialisthelsetjenesteloven

§ 3-3 Meldeplikt til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

FMNT mener at en meldeordning som omgår linjeledelse i institusjonen vil være en svekkelse av virksomhetens og ledelsens ansvar for risikostyring, kvalitet og pasientsikkerhet.

Meldinger bør gå til virksomhetens kvalitetsutvalg som har per i dag mulighet til å avdekke forhold som representerer risiko for alvorlig svikt i tjenesteytingen. Det er ikke tilrådelig at meldinger kan gå utenom virksomhetens kvalitetssystem og ledelse. Dagens ordning om pålagt kvalitetsutvalg i spesialisthelsetjenesten bør derfor opprettholdes.

Endring av meldeordningen vil også frata tilsynsmyndigheten i fylket en kilde til innsikt i risikoforhold og kvalitetsarbeid i helseinstitusjoner de fører tilsyn med. Tilsynsmyndigheten i fylket vil miste en viktig inngang til dialog med helseforetakene om pasientsikkerhet og kvalitet, og en mulighet for å følge opp hendelser tilsynsmessig.

§ 3-4 Kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalg

Henviser til kommentarer til § 3-3.

Med hilsen



Inge Ryan
Fylkesmann



Marit D. Kverkild
Fylkeslege