



FYLKESMANNEN I OSLO OG AKERSHUS

Det Kongelige Helse- og omsorgsdepartement
Postboks 8011 Dep.
0030 OSLO

Deres ref.:	Deres dato:	Vår ref.:	Saksbehandler:	Dato:
		2010/21882 S-SOS	Grete Nanna Finstad, Trine Grøslie Stavn	18.1.2011

VEDR. FORSLAG TIL NY KOMMUNAL HELSE- OG OMSORGSLOV - HØRINGSSVAR FRA FYLKESMANNEN I OSLO OG AKERSHUS

Vi viser til oversendelse av høringsnotat datert 18.10.2010 med svarfrist 18.1.2011.

Fylkesmannen i Oslo og Akershus og Helsetilsynet i Oslo og Akershus (heretter FMOA) vil med dette avgi felles høringssvar.

Etter gjennomgang av høringsnotatet er vi positive til den overordnede intensjon med lovforslaget, bl.a. forenkling, skille mellom kommunens "sørge for" ansvar og tydeliggjøring av pasient og brukerrettigheter i nåværende pasientrettighetslov samt inkorporeringen av samhandlingsreformen.

Statens Helsetilsyn har i sin høringsuttalelse av 9.12.10 tatt opp mange viktige problemstillinger. Våre kommentarer vil derfor vise til denne høringen der dette er relevant. Vi stiller oss for øvrig bak denne høringsuttalelsen i all vesentlighet.

Høringssvar vedr. pkt. 38.4 i det foreliggende høringsnotatet, forslag om å flytte meldeordningen etter spesialisthelsetjenestelovens § 3-3 fra Statens Helsetilsyn til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, sendes separat fra Helsetilsynet i Oslo og Akershus.

FMOA - Oppsummering:

1. FMOA ber departementet sikre at forslaget om å utforme kommunens plikter mer overordnet og profesjonsnøytralt ikke vil svekke kvaliteten på tjenestene og dermed gå ut over pasient- og brukersikkerheten.
2. FMOA ber departementet foreta en ny gjennomgang av § 3-2 slik at det fremgår hvilke plikter som pålegges kommunen for å tydeliggjøre hvilke rettigheter som kan utledes av bestemmelsen.
3. FMOA vil be departementet regulere i forskrift hvilke former for tilbud som skal omfattes av institusjonsbegrepet. Dette er viktig for å tydeliggjøre hvilke institusjonstilbud kommunen plikter å ha og hva pasienter og brukere kan søke om. Dette vil også forhindre en utvikling med opprettelse av nye og utilsiktede former for institusjoner for grupper som skal ha rett på tjenester i eget hjem.
4. FMOA støttet forslaget om et felles klage- og tilsynsorgan.

5. FMOA ber departementet sikre forsvarlig tilsyn med spesialisthelsetjenesten uavhengig av organiseringen av klage og tilsynsinstansen.
6. FMOA støtter departementets vurdering om behovet for opprydning og harmonisering av klagereglene. Vi finner det naturlig, slik det foreslås, at disse reglene samles i pasientrettighetsloven.
7. FMOA støtter ikke forslagene som innebærer en ytterligere begrensning i klageinstansens kompetanse til å prøve kommunenes fri skjønn i forhold til dagens regulering i pasientrettighetsloven, samt avskjæring av klageinstansens kompetanse til å fatte nytt vedtak i saken. Vi mener disse forslagene medfører en klar svekkelse av pasientenes og brukernes rettssikkerhet.

Innledende bemerkninger til forslaget om ny kommunal helse- og omsorgslov:

Vi har merket oss at konkretiseringer knyttet til enkelte lovbestemmelser er tenkt inn i forskrifter. Vi legger til grunn at forskriftene også vil bli sendt på høring til aktuelle instanser. Det kan imidlertid bli oppfattet som en svakhet ved lovgivningen at eventuelle endringer i regelverket ikke vil være underlagt stortingskontroll, men kan foretas av departementet eller av regjeringen ved kongen i statsråd. For eksempel § 3-1, 3-4. ledd vedr. kommunens "sørge for" ansvar, som er lagt til departementet. Viktige tolkningsmomenter bør derfor i størst mulig grad fremgå av lovens forarbeider.

Etter vår vurdering kan det være uheldig om begrepene "pasient" og "helse" utvannes ved at begrepene synes å favne videre enn innholdet av begrepene oppfattes i dagens lovgivning. På den annen side er begrepet "sosial" svært vidtfavnende i dagens lovgivning og omhandler mer enn begrepet omsorg. Begrepene sosial og omsorg er ikke nødvendigvis overlappende. Det må derfor sikres at materiell rett ikke endres uten bevisste vurderinger belyst i forarbeider og stortingsvedtak.

Det må videre sikres en lik begrepsbruk i forslag til ny lov jf. formålsbestemmelsens bruk av tjenestemottaker. I § 1-3 benyttes "bruker" som betegnelse. Vi anbefaler derfor ens bruk av betegnelser.

Når det gjelder inkorporering av sosialtjenesteloven i helselovgivning støtter vi for øvrig uttalelsen fra Statens Helsetilsyn av 9.12.10 s. 6.

Til lovforslagets § 1-1 Lovens formål

Formålsbestemmelsen skal ha viktig retningsgivende og veiledende funksjon for kommunens prioriteringer. Det er viktig at den er dekkende for de grunnleggende verdier loven regulerer, samt gir retning for tolkningen av enkeltbestemmelser og det skjønn loven gir rom for. Vi savner derfor et særlig fokus på barn og deres familier og foreslår at det inntas et tillegg om at loven skal bidra til at barn og deres familier som er i behov av omfattende tjenester får et helhetlig og samordnet tjenestetilbud. Se også sotjl. i NAV der barn og deres familiers situasjon ble tilføyd under stortingsbehandlingen. (Innst. 87 L (2009-2010))

FMOA ber departementet vurdere om pasientsikkerhetsperspektivet skal fremgå av lovens formålsbestemmelse.

Til lovforslagets § 1-2 Lovens virkeområde

Lovens klare utgangspunkt er at den gjelder for tjenester som ytes i riket. Samtidig er det slik at noen brukere kan ha behov for tjenester mens de oppholder seg i utlandet, eksempelvis nevnes omsorgslønn og tjenester som brukestyrt personlig assistanse. FMOA viser til brev fra Sosial- og helsedepartementet datert 15.03.01, der det er uttalt at det kan være åpenbart urimelig å stoppe eller oppheve vedtak om slike tjenester mens man oppholder seg i utlandet for kortere perioder. Spørsmålet vedrørende en brukers rett til tjenester under opphold i utlandet blir ofte aktualisert gjennom henvendelser fra kommunene. Vi mener det er et behov for avklaring i forhold til lovens virkeområde sett opp mot det faktum at flere brukere enn tidligere tar opphold i utlandet, både under ferie og i behandlings/rehabiliteringsformål.

Til lovforslagets kapittel 3 Kommunenes ansvar for helse- og omsorgstjenester

Generelt

FMOA støtter forslaget om å definere et "sørge-for-ansvar" for kommunen. Ansvarer blir da tilsvarende som for spesialisthelsetjenesten – jf Statens helsetilsyns høring til § 3-1.

Vi er enig med Statens helsetilsyn i at det bør presiseres at private aktører med avtale med kommunen pålegges selvstendig ansvar/plikter, da vi ser behov for tydeligere regulering av dette.

Ny lov foreslås å være profesjonsnøytral. Dette prinsippet synes å være i motsetning til at man på en rekke andre områder sikrer og bygger kompetanse gjennom utvikling av fagprofesjoner og autorisasjonsordninger, for eksempel autorisasjon av helsepersonell. Profesjonsnøytralitet vil stille større krav til kommunene i forhold til å kunne planlegge og sikre hva som er forsvarlig og nødvendig kompetanse. Det ligger ingen føringer for hva som er et minstekrav til forsvarlig kompetanse, bortsett fra medisinsk faglig kompetanse (fastlege og kommunelege). Kommunenes/bydelenes økonomi vil i større grad kunne bli styrende for vurderinger av hva som er nødvendig og forsvarlig. Dette vil også kunne skape større forskjeller mellom kommuner/bydeler. Denne uklarhet er også bekymringsfull sett i relasjon til samhandlingsreformens mål om at flere, og dårligere pasienter, skal behandles i kommunen/bydelen.

Vi støtter for øvrig Statens Helsetilsyns høring, i deres innledning bl.a. side 9, der de generelt gir uttrykk for bekymring for at forslaget om profesjonsnøytralitet skaper usikkerhet om hva som er tilstrekkelig kompetanse.

FMOA ber departementet sikre at forslaget om å utforme kommunens plikter mer overordnet og profesjonsnøytralt ikke vil svekke kvaliteten på tjenestene og dermed gå ut over pasient- og brukersikkerheten.

Til lovforslagets § 3-1 Kommunenes overordnede ansvar for helse- og omsorgstjenester

Vedr. oppholdsprinsippet

Høringens kap. 28

FMOA er, i likhet med departementet, av den oppfatning at den beste løsning for gjennomføring av lovens intensjon er en videreføring av oppholdsprinsippet. Det er slik vi ser

det, viktig å sikre at kommunene oppfatter det som et klart ansvar å sørge for tjenester til alle som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen. Vi vil for øvrig bemerke at det avgjøres svært få tvistesaker ved embetet.

Det fremstår som uklart for FMOA hvorvidt en forskriftsregulering om utgiftsfordeling mellom kommuner, vil føre til et regelverk som blir lettere å håndheve. FMOA ser at det er gode argumenter for en mulighet til utgiftsfordeling i enkelte tilfeller. Samtidig vil en utgiftsfordeling slik departementet viser til, etter vår vurdering skape et byråkratisk system som ikke nødvendigvis vil medføre færre uenigheter/tvister mellom kommuner verken om selve det økonomiske ansvaret eller innholdet i tjenestene.

Videre foreslår departementet at lovfestet rett til å kreve refusjon bortfaller, men at en åpner for en mulighet til regulering i forskrift med den hensikt å videreføre dagens ordning. FMOA ser at det kan være mest hensiktsmessig at refusjonsadgangen slik den fremkommer i § 10-1 annet ledd i dagens lov om sosiale tjenester, tas ut og at en refusjonsadgang presiseres i forskrift. Vi mener imidlertid at det fortsatt vil være grunn til å gi vern i de tilfeller der en bruker bosetter seg i en institusjonskommune etter endt institusjonsopphold. FMOA vil avvente å kommentere forskriftsregulering om refusjonsadgang før slikt forslag foreligger.

FMOA ser at et særlig problem i forhold til økonomisk ansvar, oppstår i de tilfeller der en kommune ikke har egnet hjelpetilbud i egen kommune og kjøper tjenester/plass i samlokaliserte boliger mm. i annen kommune, jf. dagens sosialtjenestelov § 4-2a (ikke institusjoner). Det vi har registrert, er at enkelte kommunene ønsker å fri seg fra sitt økonomiske og faglige ansvar ved å vise til at en bruker ikke lenger er i det tiltaket som opprinnelig oppholdskommune plasserte ham/henne i, og er folkeregistrert i kommunen der tjenestene ytes.

FMOA ser at det i en del tilfeller er slik at en bruker kan ha fått egen bolig i kommunen der tjenestene har vært ytt, men at dette må anses som en forlengelse av det tiltaket brukeren har hatt vedtak på. På dette området mener vi at kommuner hvor slike tiltak er plassert, bør få vern på lik linje med institusjonskommuner. Avgjørende må være at opprinnelig oppholdskommune er ansvarlig så lenge hjelpebehovet varer, eventuelt til et konkret og forsvarlig tilbud i opprinnelig oppholdskommune er fremsatt og brukeren har takket nei til tilbudet. FMOA ber departementet vurdere denne problemstillingen særskilt.

FMOA er for øvrig enig med Statens Helsetilsyn i at det bør lovfestes dersom kommunen kan sette vilkår om at pasient/bruker må flytte til annen kommune for å motta helse- og omsorgstjenester. Vi mener også det bør gjennomgås i hvilken grad det kan stilles krav til flytting også når det skjer innad i kommunen/bydelen, jf de problemstillingene vi tar opp nedenfor under § 3-2 nr 6 bokstav b).

Til lovforslagets § 3-2 kommunens ansvar for individ- og grupperettede helse- og omsorgstjenester

Generelt:

FMOA mener at strukturen og sammenhengen i disse bestemmelsene er uklare. Dette kan svekke rettsikkerheten.

Det fremheves i høringsnotatet at en av de overordnede målsettingene for helse- og omsorgstjenestene er å sikre befolkningen lik tilgang til gode og likeverdige helse- og omsorgstjenester, uavhengig av diagnose eller behov, alder, kjønn, personlig økonomi og bosted. Slik høringsforslaget er utformet, ser vi imidlertid at det kan være vanskelig både for de som skal yte tjenestene og for den som har rett til tjenestene å identifisere hvilke tjenester søkere har rettskrav på.

I stedet for å styrke nevnte overordnede målsetning mener vi forslaget kan bidra til det motsatte. Ved uklarthet rundt hvilke tjenester den enkelte har rettskrav på, kreves en større bevissthet og gode ressurser for å identifisere og kreve sin rett. FMOA frykter at forslaget kan medføre økte forskjeller i motsetning til intensjonen om å sikre befolkningen likeverdige tjenester, da det i størst grad vil være de ressurssterke som har kompetanse og kapasitet til å påberope seg sine rettigheter.

Selv om departementet ikke legger opp til en innskrenkning av de kommunale oppgavene, mener vi at forslaget er uklart ifht til hva tjenesten nå skal inneholde. Vi er bekymret for at det blir lettere for kommunen å definere bort hvilke oppgaver de ikke har plikt til å utføre. Vi mener derfor det bør utarbeides forskrift som tydeliggjør de oppgaver kommunen skal ha ansvar for.

Vi støtter for øvrig Statens Helsetilsyns forslag om en ny gjennomgang av oppbyggingen av § 3-2 og de påfølgende bestemmelsene.

Vi mener også at lærings- og mestringsaktiviteter/frisklivstilbud bør hjemles i § 3-2 eller i forskrift.

FMOA ber departementet foreta en ny gjennomgang av § 3-2 slik at det fremgår hvilke plikter som pålegges kommunen for å tydeliggjøre hvilke rettigheter som kan utledes av bestemmelsen.

Til lovforslagets § 3-2 første ledd nr. 1 bokstav a) Opplysning råd og veiledning

FMOA er enig i målsettingen med helseopplysningen, som er beskrevet i lovforslaget, og at opplysnings- og veiledningsarbeidet er enhetlig, kunnskapsbasert og kvalitetssikret. I lovutkastet beskrives betydningen av at helseopplysning i skolen må sees i sammenheng med skolens undervisningsplaner. Vi er enig i det, men i tillegg til forankring i helsetjenestens lovverk, bør det komme sterkere inn i skolens lovverk, som opplæringsloven m.v. Videre støtter vi forslaget om opplysningsvirksomhet, rådgivnings- og veiledningstilbud gjennom lærings- og mestringstilbud og Frisklivsentraller. Vi vil i tillegg foreslå at det også legges opp et målrettet tilbud for eldre.

Til lovforslagets § 3-2 første ledd nr.1 bokstav b) Helsestasjons- og skolehelsetjeneste

FMOA støtter opp om synspunktene i lovforslaget om at helsestasjons- og skolehelsetjenesten er sentral og viktig i det forebyggende og helsefremmende arbeidet. I lovutkastet er det vist til flere Stortingsmeldinger som fremhever den store betydningen helsestasjons- og skolehelsetjenesten har. Tjenestene er et helhetlig tilbud til familien i samarbeid med andre etater og når grupper som ikke fanges opp av øvrige offentlige tjenester.

I bestemmelsens tredje ledd er det foreslått at departementet kan gi nærmere bestemmelser om krav til innhold i tjenester omfattet av bestemmelsen og at gjeldende forskrift for helsestasjons- og skolehelsetjenesten videreføres med hjemmel i ny helse- og omsorgslov.

Dette støtter vi, men innholdet bør bli mer konkret og tydelig. Det vises bl.a. til de kvalitetsindikatorene som er beskrevet i Utviklingsstrategien for helsestasjons- og skolehelsetjenesten (IS-1798 -2010). Dette kan også ha stor betydning i forhold til forsvarlighetskravet.

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten er også viktig arena for innsatsen i det generelle folkehelsearbeidet rettet mot ernæring, for å fremme fysisk aktivitet og forebygging av tobakk og rus, avdekking av vold i nære relasjoner og overgrep mot barn og unge, mobbing med videre. I arbeidet med å få oversikt over helsetilstanden, er tjenesten også sentral.

Det må videre sikres at tjenesteområdene har bemanning og kompetanse for å ivareta oppgavene.

Til lovforslagets § 3-2 første ledd nr.2 Svangerskap og barselomsorgstjenester

Her vil vi særlig vise til Statens helsetilsyns høringsuttalelse om betydningen av å ha personell med rett kompetanse, slik at tjenestene som ytes er forsvarlige. Kommunens ansvar for å vurdere kompetansebehovet opp mot de faglige utfordringene i tjenesten må tydeliggjøres enten i den nye loven eller forskrift.

Til lovforslagets § 3-2 nr. 4. Utredning, diagnostisering og behandling, herunder fastlegeordning

FMOA støtter departementets forslag om endringer i fastlegeforskriften, og da særlig en tydeliggjøring av kommunens overordnede ansvar. Gjennom erfaring fra vårt tilsyns- og klagearbeid ser vi at fastlegenes samarbeid med kommunens øvrige helsetjeneste er personavhengig og tilfeldig. Vi er også enig i forslaget om å tydeliggjøre fastlegens forpliktelse til å ivareta forebyggende tjenester for innbyggerne, samt å innføre nasjonale kvalitets- og funksjonskrav med tilhørende rapporteringskrav.

Til lovforslagets § 3-2 nr. 6 Andre helse og omsorgstjenester

a)Hjemmetjenester

FMOA mener det bør komme klart fram at hjemmetjenester innebærer både hjemmesykepleie og praktisk bistand.

b) Heldøgns tjenester i eget hjem eller institusjon

Bestemmelsen skal omfatte ulike helse- og omsorgstjenester som ytes eller er tilgjengelige 24 timer i døgnet, enten i tjenestemottakerens eget hjem eller i institusjon.

Lovforslagets § 3-2 inneholder de oppgaver og tjenester som kommunen plikter å tilby. Når § 3-2 nr. 6 bokstav b) pålegger kommunen å tilby heldøgns tjenester i eget hjem *eller* institusjon, indikerer dette at kommunen ikke er pålagt å ha begge tjenestene til rådighet. FMOA mener at ny helse- og omsorgslov må tydeliggjøre at kommunen er forpliktet til å tilby heldøgns tjenester både i eget hjem og i institusjon. Utgangspunktet vil likevel være at kommunen kan velge hvordan tjenestene skal organiseres i den enkelte sak, forutsatt at tjenestetilbudet er forsvarlig. Vi mener dette også harmonerer bedre med regjeringens mål og løfte om full sykehjemsdekning innen 2015. Et slikt løfte gir en tilsvarende forventning om et tilbud til de som har et behov for sykehjems plass. Dersom kommunen ikke lenger har noen plikt til å tilby sykehjems plass, har regjeringens løfte liten realitet for den enkelte.

Når det gjelder ytterligere vurdering av begrepet institusjon knyttet til sykehjem viser FMOA til Statens helsetilsyns uttalelse på side 18 flg.

Det fremkommer ikke av lovforslaget hvilke former for institusjonstilbud kommunen plikter å tilby. Som eksempel på institusjon etter lovforslagets § 3-2 nr. 6 bokstav b) nevner departementet sykehjem, barneboliger og aldershjem. Forslaget nevner ikke de kommunale rusinstitusjonene som skal dekke omfattende bo- og omsorgsbehov for rusmiddelavhengige. Departementet har i et brev fra september 2006 presisert at det kommunale institusjonstilbudet ikke skulle bli ulovfestede tiltak uten hjemmel i lov. Det ble uttalt at begrepet "institusjon" i sosialtjenesteloven § 4-2 bokstav d skal tolkes vidt slik at det omfatter kommunale rusinstitusjoner. FMOA mener det må komme tydelig frem at kommunen har plikt til å tilby institusjonsplass for rusmiddelavhengige som er avhengig av et omfattende bo- og omsorgstilbud.

Slik lovforslagets § 3-2 nr. 6 bokstav b) er formulert, kan kommunen velge å organisere heldøgns tjenester som institusjonstilbud, også for grupper som i dag har rett på heldøgns tjenester i eget hjem. Som eksempel kan nevnes heldøgns tjenester til personer med utviklingshemning eller andre funksjonshemninger. FMOA mener det bør presiseres at loven ikke er ment å åpne for opprettelse av institusjonstilbud til brukergrupper som i dag har rett på tjenester i eget hjem.

FMOA vil be departementet regulere i forskrift hvilke former for tilbud som skal omfattes av institusjonsbegrepet. Dette er viktig for å tydeliggjøre hvilke institusjonstilbud kommunen plikter å ha og hva pasienter og brukere kan søke om. Dette vil også forhindre en utvikling med opprettelse av nye og utilsiktede former for institusjoner for grupper som skal ha rett på tjenester i eget hjem.

Departementet foreslår å definere helseinstitusjon slik at det avgrenses mot barnebolig og aldershjem, jf forslag til § 3 fjerde ledd i helsepersonelloven. FMOA erfarer at barnebolig og aldershjem tilbys brukere med omfattende helseproblemer, og det er derfor ikke naturlig å videreføre et slikt skille i en ny helse- og omsorgslov. Videre ser vi behov for regulering av institusjonens oppgaver og plikter også når det gjelder barnebolig og aldershjem.

FMOA vil derfor be departementet endre definisjonen av helseinstitusjon slik at denne også omfatter barnebolig og aldershjem, samt regulere krav til tilbudet nærmere i forskrift.

Lovforslaget viderefører heldøgns tjenester i eget hjem. Departementet har ikke drøftet de ulike problemstillingene som finnes på dette området i dag. For personer med behov for heldøgns tjenester vil bolig og tjenester ofte være nært knyttet sammen, fordi de ikke klarer å finne bolig selv. De er derfor avhengig av å få tildelt en bemannet kommunal bolig eller bolig med heldøgns tjenester i regi av et privat firma. Slik lovverket er utformet i dag har brukerne krav på sosial- og helsetjenester, mens tildeling av bolig er ikke en lovpålagt rettighet for den enkelte. Dette medfører at vedtak om tildeling eller avslag på sosial- og helsetjenester kan påklages til Fylkesmannen, mens vedtak om bolig ikke gir tilsvarende klagerettigheter. Vi ser gjennom henvendelser fra publikum og behandling av klagesaker medfører mange problemer for de aktuelle brukerne. Vi vil utdype disse problemstillingene nærmere.

FMOA ser at mange personer med omfattende hjelpebehov må vente lenge før bolig tildeles, noe som bl.a. medfører at voksne funksjonshemmede må bo hjemme hos foreldrene lengre

enn det som er ønskelig og hensiktsmessig. Foreldrene gir uttrykk for å være slitne og utmattet både grunnet alder og mange år med omfattende omsorgsarbeid. Vi ser også at mange personer med omfattende hjelpebehov ikke har en reell mulighet til å flytte og bo der de ønsker. Dette skyldes at mange kommuner stiller krav om botid i kommunen for å få tildelt en kommunal bolig. Rundskriv 1-43/99 presiserer at tilflyttingskommunen må behandle søknader og fatte vedtak om sosiale tjenester før søkere med omfattende pleie- og omsorgsbehov flytter til kommunen. Dette for at gruppen skal ha en reell adgang til å flytte. Fordi bolig ikke er en lovpålagt tjeneste, ser vi at muligheten for å flytte er svært begrenset for de som ikke klarer å finne bolig selv i tilflyttingskommunen eller som er avhengig av en bemannet kommunal bolig.

Videre ser vi at enkelte tjenestemottakere "har blitt flyttet", fra et tjenestetilbud i en kommunal bolig eller i regi av et privat firma i vedkommendes kommune, til et tjenestetilbud utenfor egen kommune. For tjenestemottakerne oppleves dette problematisk fordi de har opparbeidet seg nettverk og tilhørighet der de har mottatt bo- og omsorgstjenester. Flytting innad i kommunen kan også være belastende. FMOA opplever en økning i antall henvendelser vedrørende "tvangsflytting". Dette sansynligvis fordi mange kommuner kjøper tjenester fra private firmaer der tjenester og leilighet er et samlet tilbud. Kjøp av tjenestene må da følge regelverket om offentlig anskaffelse, og tjenestetilbudet vil jevnlig være ute på anbud. Dersom et annet firma enn eksisterende tjenesteyter vinner anbudskonkurransen, medfører dette flytting for tjenestemottaker.

FMOA ser videre en utvikling i retning av stadig mer samlokalisering av boliger for funksjonshemmede. I enkelte kommuner bygges det samlokaliserte boliger bestående av hybler på 20-25 kvm og omfattende bruk av fellesareal. Unge personer med funksjonshemming som skal flytte for seg selv og som er avhengig av å få tildelt en kommunal bemannet bolig, får dermed ikke alltid mulighet til å bo selvstendig i en fullverdig bolig. Samlokaliserte boliger som er basert på omfattende bruk av fellesarealer oppleves av mange som institusjoner.

Siden problemstillingene gjelder tildeling av bolig og ikke sosial- og helsetjenester, kan ikke FMOA ta stilling til sakene. For de aktuelle brukerne og deres pårørende blir dette skillet mellom bolig og tjenester kunstig og problematisk.

Vi vil be departementet foreta en gjennomgang av problemstillingene på dette feltet, herunder forholdet til regelverket om offentlig anskaffelse, og vurdere om det bør gjøres reguleringer for å bedre denne gruppens rettigheter.

FMOA støtter for øvrig Statens Helsetilsyn sine merknader til lovforslagets § 3-2 nr. 6 bokstav b).

c) Personlig assistanse

Denne bestemmelsen omfatter mange ulike tjenester. FMOA mener derfor at det er viktig å synliggjøre at tjenesten skal omfatte opplæring i dagliglivets gjøremål for å gjøre den enkelte mottaker av tjenesten mest mulig selvhjulpne. Videre må det synliggjøres at tjenesten omfatter bistand til å delta i fritidsaktiviteter og dagtilbud (dvs. det som i dag er ulike former for støttekontaktjenester). Målet med denne bistanden må være at den enkelte får et tilbud som er egnet til å gi vedkommende en meningsfull hverdag. Se også Statens helsetilsyn s. 20-21 under pkt. "Til § 3-2 nr. 6 bokstav c) personlig assistanse" vedrørende denne bestemmelsen.

Til lovforslaget § 3-3 Kommunens ansvar for helsefremmende og forebyggende arbeid

I høringsnotatets kap.14.5 blir det tydeliggjort hvilket innhold det forebyggende og helsefremmende arbeid skal omfatte, og det presiseres at arbeidet skal inneholde både psykisk og somatisk helse, sosiale problemer og avhengighetsproblemer. FMOA er enige i dette. I lovutkastets § 3-3, 2. ledd heter det at ”Kommunen skal videre gjennomføre *forebyggende arbeid* etter § 6 i lov” (vår utheving). FMOA vil foreslå å utvide begrepet til ”*helsefremmende og forebyggende arbeid*”, bl.a. for å gjenspeile bestemmelsens overskrift, men også for å understreke at ”helsefremmende” og ”forebyggende” arbeid er delvis overlappende begreper, men har til dels ulikt innhold.

Til lovforslagets § 3-5 Kommunens ansvar for øyeblikkelig hjelp

Departementet skiller mellom planlagte og ikke-planlagte innleggelser og skriver at det er i sistnevnte gruppe at man finner pasientene som kommunene kan bygge opp alternative tilbud for. Erfaringene kan nok være noe ulike i forhold til dette. Vår erfaring kan nok ofte tyde på at potensiale for at kommunene skal overta flere av de helsetjenester som i dag ytes av spesialisthelsetjenesten kan ligge mye også i gruppen planlagte innleggelser og at det innenfor kategorien ikke-planlagte innleggelser/øyeblikkelig hjelp ofte vil være behov for den bredere ryggdekning som spesialisthelsetjenesten kan by på. Dette vil selvsagt i stor grad avhenge av karakteren og hastegraden av øyeblikkelig hjelp og det som foreligger av kapasitet og kompetanse på kommunalt nivå. Uansett – med tanke på fremtiden – er det viktig at man ser med nye øyne på det potensialet som ligger for samarbeid og overførslar av tjenester i begge kategoriene for å gi pasientene et best og mest effektivt behandlings- og omsorgsnivå.

Departementet fremhever at kapasiteten i kommunale institusjoner ikke utnyttes like godt som på sykehus og viser til bl.a. begrenset ”åpningstid”, at man ikke er vant til å tenke ”øyeblikkelig hjelp” og at det kan stå ledige senger på et sykehjem i helger og høytid. Det kan stilles spørsmål til om det nødvendigvis er disse faktorene som er mest utslagsgivende for den antatte manglende utnytting av kapasiteten i kommunale institusjoner. Økonomi og kompetanse er vel trolig vel så viktig i denne vurderingen. Departementet nevner i sin oppsummering økonomiske incentiver for å få til en endring (13.4), men nevner samtidig (13.5) at forslaget om at kommunen skal motta pasienter med behov for ulike grader øyeblikkelig hjelp ikke vil få administrative eller økonomiske konsekvenser. Det er usikkert hvordan dette skal forstås.

Høringsnotatet ber spesielt høringsinstansene om synspunkter mht å pålegge kommunene å ha et tilbud om døgnopphold til pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp. Vi er i tvil om lovpåbud er hensiktsmessig i denne forbindelse uten at man samtidig sikrer at bl.a. økonomi og kompetanse er på plass. Ellers kan man oppleve at det kan bli en drenering av ressurser og kompetanse fra det tilbudet (”dagtidbudet”) som er pr. i dag – et tilbud som p.t. er sårbart og ofte mangelfullt.

Til lovforslagets § 3-9 Brukerstyrt personlig assistanse

Det fremgår av høringsnotatet at det er viktig at denne tjenesten er reelt brukerstyrt. Det vises her til Helse- og omsorgsdepartementets brev til Fylkesmannen av 14.12.2006 hvor det fremgår at ”*ordningen med brukerstyrt personlig assistanse også skal omfatte brukere som ikke alene kan ivareta arbeidslederrollen og brukerstyringen*”, jfr. også Rundskriv I-20/2000 om dette. Om departementet med dette mener at forslaget innebærer en innskrenkning av gjeldende rett, må dette klargjøres.

Det fremgår videre av høringsnotatet at BPA kan gjøres mer fleksibel. Det vises til Rundskriv I-20/2000 om hvilke bistandsformer dagens ordning omfatter. Hvis departementet mener at BPA kan brukes til å tilrettelegge ”for deltakelse i arbeidslivet m.v”, ber vi om at dette klargjøres nærmere.

Til lovforslagets Kap. 4 – Krav til forsvarlighet, pasientsikkerhet og kvalitet:

Se Statens Helsetilsyns høring s. 23 flg.

Til lovforslagets kapittel 6. Samarbeid mellom kommuner og regionale helseforetak

FMOA støtter forslaget om at det lovreguleres at det skal foreligge samarbeidsavtaler mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten. Dette mener vi er viktig så lenge det eksisterer to nivåer i forhold til finansiering. Vi er videre enig i at bestemmelser i myndighetskrav på dette området bør ha et detaljeringsnivå i tråd med utkastets § 6-2. Vi er likevel usikre på om detaljene skal fremgå direkte av loven, eller om slik regulering i stedet bør fremgå av forskrift.

Vi vil understreke viktigheten av det som nevnes i 25.6.1.3 (4. avsnitt), nemlig at det er behov for å ha et nært samarbeid om kriterier for når det er nødvendig med sykehusinnleggelse, dvs. når det er forsvarlig at pasienten tas hånd om av kommunehelsetjenesten samt samarbeid om tiltak som kan hindre unødvendig innleggelse av pasienter i sykehus.

Til lovforslagets § 7-1, Individuell plan

FMOA er enig i forslaget om at kommunen får ansvaret for å vurdere behov for, utarbeide og koordinere individuell plan der bruker og pasient får tjenester fra både kommunen og spesialisthelsetjenesten. Vi mener det er naturlig at helseforetaket har dette ansvaret der pasienten bare har behov for spesialisthelsetjenester. Vi støtter departementets vurdering om at ansvarsforholdet blir uklart om spesialisthelsetjenesten skal ha et selvstendig ansvar for å utarbeide individuell plan for særskilt krevende pasienter som mottar både kommunale tjenester og spesialisthelsetjenester. At ansvaret er klart plassert uten gjenstand for diskusjon tror vi vil kunne føre til at flere får tilbud om individuell plan, og at arbeidet blir igangsatt tidligere i tjenesteforløpet enn etter gjeldende lovverk.

FMOA støtter Statens helsetilsyn sitt forslag til endring i ordlyden i § 7-1 tredje ledd:

”Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om hvilke pasient- og brukergrupper plikten omfatter, og krav til planens innhold.”

FMOA vil knytte en kommentar til gjeldende rett, der en individuell plan ikke gir pasienter og brukere større rett til helse- og/eller sosialtjenester enn det som følger av det øvrige regelverket. Det er ikke forslag til endringer i gjeldende rett på dette punktet. Vi opplever at dette er en utfordring i arbeidet med individuell plan. FMOA har mottatt mange beklagelser fra brukere og pårørende om at planer ikke følges opp med hensyn til innvilgede tjenester. Etter vår erfaring kan dette også være en utfordring for ansatte i de forskjellige virksomheter som deltar i arbeidet med individuell plan.

Til lovforslagets § 7-2 Koordinator

FMOA slutter seg til forslaget om en egen lovbestemmelse om opprettelse av koordinator. Reglene vil bli mer synlige og lettere å finne fram til for både pasienter, brukere og ansatte i virksomheter som skal håndheve loven. Vi ser det som viktig at det tydeliggjøres at ansvaret for arbeidet med individuell plan må være forankret i virksomhetens ledelse, og at ledelsen må sørge for rammebetingelser som gjør det mulig å fylle en koordinatorrolle. I vår kontakt med kommunene gjennom blant annet tilsyn, opplever vi ofte at det gis uttrykk for at arbeidet med individuell plan krever tid, og at det gis lite rom for det i en arbeidsdag som allerede er fylt opp av andre oppgaver.

Fylkesmannen er enig i at ordningen med individuell plan skal gjelde for personer med behov for langvarige og koordinerte tjenester. Departementet skriver at dette skal tolkes slik at det fanger opp de som har reelt behov for individuell plan og en koordinator. Om departementet med det mener at forslaget innebærer en innskrenkning av gjeldende rett, må dette klargjøres. Fylkesmannen er positiv til at plikt til å delta i arbeidet med individuell plan for helse- og omsorgspersonell lovfestes. Vi støtter forslaget om at det presiseres i lov at helse- og omsorgspersonell skal ha plikt til å melde fra om pasienters og brukeres behov for individuell plan.

FMOA støtter Statens helsetilsyns forslag til endring i ordlyden i § 7-2 annet ledd: ”Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om hvilket ansvar koordinator skal ha.”

Til lovforslagets § 7-3 Koordinerende enhet (KE)

FMOA slutter seg til forslaget om at kommunen skal ha en koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet. Og at denne enheten skal ha et systemansvar i forholdet til ip, opplæring og veiledning av koordinatorene. FMOA ser betydningen av gode erfaringer med KE der dette har vært i drift over noe tid. KE blir da en arena for et arbeidsfellesskap i praksis og bidrar til å sikre spredning av gode erfaringer:

- Sikre kompetanseutvikling
- Gode systemer for samhandling og bruk av IP
- Nettverk for dialog mellom kommuner og helseforetak
- Utvikling og implementering av interne prosedyrer
- Forankring av samarbeidsavtaler
- Kompetanseutvikling internt og eksternt

FMOA støtter at departementet kan gi nærmere bestemmelser i forskrift om hvilket ansvar den koordinerende enheten skal ha.

Til lovforslagets kapittel 9 – Rettssikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemning.

(Høringens kap. 33)

FMOA tar til etterretning at departementet har som mål på sikt å få samordnet de ulike lovene som regulerer bruk av tvang i sosial- og helsesektoren. I utgangspunktet støtter vi en slik samordning, men vi ønsker i denne forbindelse å understreke viktigheten av at rettssikkerhetsaspektet i dagens sosialtjenestelov ikke blir svekket overfor personer med utviklingshemning med et eventuelt nytt og samordnet lovverk.

Når det gjelder nytt kapittel 9 i loven og som skal erstatte dagens kapittel 4A, er det få materielle endringer i lovteksten. FMOA vil først påpeke at det ikke er samsvar mellom de

tjenester som er opplistet i § 9-2 virkeområde, og de tjenester som er listet opp i § 3-2. De tjenester som er satt opp i § 9-2 er de samme tjenester som finnes i dagens sosialtjenestelov samt kommunehelsetjenestelov. Vi legger til grunn at det er de samme tjenester som skal tilbys personer med utviklingshemning som resten av befolkningen, og vil be om at ordlyden i § 9-2 blir endret i samsvar med dette.

FMOA støtter at det i det nye § 9-19 plikt til å føre journal ikke lenger skal stå ”så langt det passer” slik ordlyden i dagens § 4-10 er. Dette for å tydeliggjøre plikten om skriftliggjøring og oppbevaring.

Dagens kapittel 4A ble evaluert i 2008 etter at Stortinget la dette inn som en premiss for å vedta en permanent lov om bruk av tvang og makt. Fylkesmannen har kommet med flere innspill til sentrale myndigheter i forbindelse med evalueringen, og har også i etterkant av denne foretatt en henvendelse vedrørende den videre oppfølgingen av evalueringen. FMOA vil benytte anledningen her til å komme med noen av de samme spørsmålene og problemstillingene som ble reist i vår siste henvendelse. Det vises i denne forbindelse til vårt brev av 08.07.09 stilet til både departementet og direktoratet.

Problematikk knyttet til arena for bruk av tvang og makt er fremdeles ikke løst. Vi er kjent med at det i dag benyttes uhjemlet tvang overfor personer med utviklingshemning i skoler, på arbeidsplasser og så videre.

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

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

Til lovforslagets kap. 10 Særlige tiltak overfor rusmiddelmisbrukere, herunder bruk av tvang

(Høringsens kap. 34)

Bruk av tvang overfor rusmisbrukere innebærer en videreføring av gjeldende rett. FMOA ser at departementet har som mål å samordne de ulike reglene om bruk av tvang i helse- og omsorgssektoren. I forhold til målgruppen vil dette bl.a. kunne gi en mer ensartet praksis ved bruk av tvang overfor rusmiddelmisbrukere (jfr. rapport fra Uni Rokkansenteret).

Sosialtjenestelovens § 6-1 foreslås ikke videreført, og FMOA har i utgangspunktet ingen innvendinger mot dette. Det er positivt at loven legger til grunn at rusmisbrukerne har de samme rettigheter som andre ift. tildeling av helse- og omsorgstjenester. Samtidig har de særskilte og sammensatte behov på flere områder, og det bør framgå av loven at rusomsorgen er et eget fagområde som krever samhandling på tvers av saksfelt og spesialiseringer. Det bør

understrekes i merknader til loven at rusmiddelmissbrukere har svak gjennomslagskraft for egne behov, og i liten grad evner å fremme krav om forsvarlige tjenester. Hjelpeapparatet har derfor et særlig ansvar for å ivareta deres behov. Våre erfaringer fra tilsyn med sosiale tjenester til rusmiddelmissbrukere viser at gruppen i liten grad får sine behov vurdert i forhold til ordinære hjemmetjenester. Det er også få rusmiddelmissbrukere som for eksempel har støttekontakt. Den nye lovens § 3-2 nr. 1-6 nevner enkelte tjenester/grupper, men er ellers ganske vid. FMOA støtter merknader fra Statens helsetilsyn om at tjenestene innrettes slik at også rusmiddelmissbrukere tilbys forsvarlig omsorg, og at det tydeliggjøres hva som utløser rett til tjenester for denne gruppen samt viktigheten av å identifisere bistandsbehovet. Fagområdet rus er borte fra lovforslaget, og manglende fokusering kan føre til at den særskilte kompetansen som kreves for rusarbeidet blir borte eller svekkes. Ved mindre fokus og vektlegging av rusfeltet i kommunen, samtidig som rusarbeidet avhenger av kommunale skjønnsvurderinger, vil gruppen, som helhet kunne ha vanskeligere for å nå fram i forhold til de ordinære tjenestene som tilbys. Når sosialtjenestelovens § 6-1 ikke videreføres bør kommunens ansvar for rusfeltet komme tydeligere fram i den nye lovens § 3-2 nr. 1-6.

Loven synes i liten grad å ta med kommunale og private institusjoner som faller utenfor spesialisthelsetjenesteloven. Det finnes en rekke slike institusjoner, for eksempel i Oslo. Sosialtjenestelovens § 7-11 er videreført i spesialisthelsetjenestelovens § 3-14. Spesialisthelsetjenesteloven gjelder imidlertid ikke i kommunale omsorgsinstitusjoner, og ved at sosialtjenestelovens § 7-11 fjernes, vil beboere i slike kommunale institusjoner få et dårligere rettsvern enn tidligere. Kommunen skal tilby heldøgns tjenester i eget hjem eller institusjon, jfr. lovens § 3-2 nr. 6 b. Reglene om inn- og utskriving fra kommunal institusjon er uklare i sosialtjenesteloven, og vi mener disse reglene bør klargjøres i merknadene til den nye loven.

Til lovforslagets kap. 12 – forskjellige bestemmelser

Særlig om Høringsnotatet; Kap. 27 Tilsyn

FMOA er av den oppfatning at det bør være et felles organ for klage- og tilsyn. Når det gjelder hvem som bør være dette organet er det dissens mellom Fylkesmannen i Oslo og Akershus og Helsetilsynet i Oslo og Akershus.

FMOA ber departementet sikre forsvarlig tilsyn med spesialisthelsetjenesten uavhengig av organiseringen av klage og tilsynsinstansen.

Vedrørende Fylkesmannen i Oslo og Akershus sitt syn:

Tilsyns- og klageorganet bør være felles og organisert i Fylkesmannsembetet. Dette er i tråd med vurderinger som er foretatt i en rekke utredninger og referert utførlig i departementets høringsnotat.

Når det gjelder den interne organiseringen av embetet vil fylkesmannen som organisatorisk ansvarlig for driften sikre forsvarlighet i behandlingen av klage- og tilsynssaker.

For enkeltmennesket, som skal forholde seg til statlige myndigheter, er et organ for klage- og tilsynssaker i tråd med den forenkling man søker å få til på andre områder også, herunder NAV-reformen. Enn videre er de fleste klageordninger for borgerne, knyttet til enkeltvedtak og som fattes i kommunene, organisert slik at klagesakene behandles av fylkesmannsembetet som organ.

Vedrørende Helsetilsynet i Oslo og Akershus sitt syn:

Når det gjelder spørsmålet om hvem som bør være regional klage- og tilsynsmyndighet viser Helsetilsynet i Oslo og Akershus til Statens helsetilsyns vurdering og konklusjon. Statens helsetilsyn har etter en helhetsvurdering kommet til at ansvaret bør ligge hos Helsetilsynet i fylket. I tillegg til de argumenter som fremgår av Statens helsetilsyns vurdering og begrunnelse for valg av Helsetilsynet i fylke som klage- og tilsynsinstans ønsker Helsetilsynet i Oslo og Akershus ytterligere å fremheve forholdet til spesialisthelsetjenesten. Erfaring tilsier at enhver sammenslåing kan føre til utvanning av enkelte områder. I dette tilfelle er vi bekymret for at en sammenslåing hvor Fylkesmannen velges som felles tilsyns og klageinstans kan føre til svekket tilsyn med spesialisthelsetjenesten. Den samme bekymringen gjelder tilsyn knyttet til enkeltpersonell ved vurdering av faglig egnethet. Hensynet til spesialisthelsetjenesten var sentralt da oppgavene knyttet til klage og tilsynsvirksomhet ble fordelt slik de ble ved integrering av fylkeslegeembetet i fylkesmannsembetet. Helsetilsynet i fylket har opparbeidet en faglig autoritet og legitimitet i helsetjenesten som er viktig for å opprettholde et uavhengig og sterkt tilsyn. Det er selv i vår region problemer med å rekruttere og beholde helsepersonell med tilstrekkelig kompetanse, og da særlig legespesialister. Vi mener dette kan bli enda vanskeligere hvis Helsetilsynet i fylke ikke lenger skal eksistere som egen instans.

Kort om lovlighetstilsyn

I kommunelovens § 60b er Fylkesmannen gitt hjemmel for lovlighetstilsyn forutsatt at det er gitt hjemmel i lov for å utføre tilsyn på et lovområde. Det er blant annet de rettslige standardene som anses bindende etter loven og etter tolkning av disse, som er gjenstand for lovlighetstilsyn. Hjemmelen gir adgang til kontroll lik den domstolene har overfor forvaltningen, dvs. den er avgrenset mot det frie skjønn.

Domstolen kan også avgrense seg i forhold til subsumsjonen under sin lovligheidskontroll knyttet til vage ord og uttrykk knyttet til enkeltsaker, det som i teorien benevnes som rettsanvendelsesskjønnet. Det er imidlertid heller ikke en klar grense knyttet til rettsanvendelsesskjønn. Det foregår større teoretiske diskusjoner knyttet til dette sentrale emnet.

Tilsynsorganene operasjonaliserer ord og uttrykk i lovtekst. Dette er gjerne rettslige standarder som for eksempel begrepet ”forsvarlighet” noe som er problematisert i Statens Helsetilsyns høring s. 6. I den grad dette begrepet og andre ord og uttrykk ikke gis tilstrekkelig innhold i lovforarbeider, kan dette være områder tilsynsmyndigheten må være tilbakeholdne med ved operasjonalisering av hva slike begrep faktisk har av innhold.

Når det gjelder tolkning av vage ord og begreper, og den operasjonalisering som må foretas for å kunne utføre tilsyn, i forhold til for eksempel verdig, forsvarlig, helhetlig og integrert jf. kap. 4 i forslaget, er det derfor viktig for rettsikkerheten at ordene som benyttes gis så tydelig innhold og grenser som mulig og at disse forankres i forarbeider, lov og forskrift.

Til høringsnotatets kap. 18 Forskning

Alle som yter helsetjenester har plikt til å ha et internkontrollsystem. Forskning er en naturlig aktivitet knyttet til et slikt system. FMOA anser derfor forskning som en viktig del av den helse- og omsorgstjenesten kommunene skal yte. Vi er derfor av den oppfatning at også forskning i kommunene kan lovreguleres slik som den nå er i spesialisthelsetjenesteloven.

Vi støtter departementet i at forskningssamarbeid bør inngå som en del av avtalene mellom kommunene og helseforetakene. Vi ser store fordeler ved å avtalefeste dette nettopp ved at det i spesialisthelsetjenesten allerede er en fastere forankring til de etablerte forskningsmiljøene ved universitetene enn i kommunehelsetjenesten.

En rekke temaer kan være naturlige forskningssamarbeidsprosjekter mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten spesielt i forbindelse med gjennomføringen av samarbeidsreformen. Oppfølgingsstudier av pasienter som primært er behandlet i spesialisthelsetjenesten og så blir overført til kommunehelsetjenesten, vil være naturlige oppfølgingsprosjekter knyttet til internkontroll. Vi vil imidlertid presisere at utvelgelse av forskningstemaer bør skje på fritt, faglig grunnlag, slik at forskningen kan være fri og uavhengig av politiske og økonomiske særinteresser. Det vil derfor også etter vår vurdering være viktig at forskningen finansieres og administreres på en slik måte at den i størst mulig grad ikke etablerer bindinger til politiske og økonomiske interesser i kommunehelsetjenesten eller i spesialisthelsetjenesten.

Endringer i pasientrettighetsloven:

Til pasientrettighetsloven § 2-1a – Rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester

FMOA støtter Statens Helsetilsyn sine merknader og anbefaling om at departementet i forbindelse med utarbeidelse av proposisjonen, foretar en relativt bred gjennomgang av sentrale kriterier for vurdering av rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester.

Til pasientrettighetsloven § 2-7 – Forvaltningslovens anvendelse

Fylkesmannen støtter departementets forslag om at det reguleres særskilt hvilke tjenester som må følge forvaltningslovens regler om saksbehandling ved tildeling av hjelp. Vi vil imidlertid trekke fram tre forhold som bør klargjøres.

Vedr. når hjelpen skal iverksettes

FMOA støtter videreføring av gjeldende rett hvor forvaltningslovens bestemmelser om enkeltvedtak gjelder for tildeling og endringer av tjenester i hjemmet eller institusjon. Vi vil her særskilt understreke forslaget i Statens helsetilsyns høringsuttalelse, hvor det foreslås at det tas inn et ledd i bestemmelsen om at det i vedtaket fremgår når hjelpen skal iverksettes. På den måten kan brukeren/pasienten få overprøvd forsvarligheten i vedtaket samt benytte klageretten slik at tjenesten blir ytt til rett tid. Som et praktisk eksempel, hvor en slik ordning ville fått betydning, viser FMOA til tildeling av sykehjemsplass. Vi har gjennom vårt tilsyns og klagearbeid sett tilfeller der pasienten er innvilget sykehjemsplass, uten at en slik plass er stilt til disposisjon før det har gått uforsvarlig lang tid. Da vedtaket ikke inneholder noen tidsfrist, er det mange pasienter som venter alt for lenge før de påklager situasjonen. De fleste benytter seg ikke av klageadgangen, da de i utgangspunktet har fått innvilget sin søknad.

Vedr. grensen på 2 uker

Når det gjelder unntaket som foreslås i § 2-7, annet ledd om at det bare er tildeling av tjenester som varer mer enn to uker som skal følge forvaltningslovens regler om enkeltvedtak, er FMOA bekymret for hvilken virkning dette kan få for pasientenes/brukernes rettsikkerhet. Departementet skisserer i høringsnotatet selv en risiko for at en slik regel kan virke som et insentiv til å innvilge ytelser for en kortere periode enn det andre hensyn tilsier, eventuelt innvilge hjelp over en periode på to uker, som bli avløst av en ny kort periode. FMOA mener

det er grunn til å ta denne bekymringen på alvor. Et eksempel i denne sammenheng er vedtak etter pasientrettighetsloven kapittel 4A. FMOA har, gjennom våre oppgaver i arbeidet med dette regelverket, observert at helsetjenesten i flere tilfeller setter vedtakets lengde til tre måneder, for så å forlenge vedtaket med samme tidsrom gjentatte ganger. På denne måten unngås lovpålagt etterkontroll fra Helsetilsynet i fylket, med det medarbeid dette medfører for helsetjenesten.

Avgjørelser om ferieavlastning fattes normalt som et eget enkeltvedtak, i tillegg til vedtak om løpende avlastning eller andre sosiale tjenester, og er ofte for en periode på 2 uker eller mindre. Ettersom ferieavlastning er av stor betydning for familier med en omfattende omsorgsbyrde og normalt vil være en del av et større tjenestetilbud, bør tildeling, etter vår oppfatning, følge reglene i forvaltningsloven selv om ferieavlastningen har en varighet på 2 uker eller mindre. Vi vil videre bemerke at det vil være unaturlig å ha forskjellige saksbehandlingsregler for vedtak om ferieavlastning, avhengig av om varigheten er mer eller mindre enn 2 uker.

Dersom forslaget vedtas, mener FMOA at det klart må fremgå av lovteksten at det kun dreier seg om tilfeller av akutte eller kortvarige behov.

Vedr grensen ”tjenester i hjemmet/eget hjem

Av departementets høring fremgår det at forslaget ikke medfører endring for tjenestene som per i dag ytes etter lov om sosiale tjenester. Etter dagens lov er det imidlertid flere tjenester som ikke har brukers hjem som arena, f.eks. når en bruker trenger bistand til fritidsaktiviteter, handling, følge til lege mm samt at avlastning ofte gjennomføres andre steder enn i institusjon eller eget hjem. Vi anbefaler derfor at det tydeliggjøres at også slike tjenester omfattes av unntaket om anvendelsen av forvaltningslovens Kap. IV og V.

Til pasientrettighetsloven § 3-4

FMOA støtter Statens Helsetilsyn sitt innspill om at dagens bestemmelse i lov om sosiale tjenester § 8-3, barns medvirkning, tas inn i ny pasientrettighetslov.

Til pasientrettighetsloven § 7-2 Klage

FMOA støtter departementets vurdering av behovet for opprydning og harmonisering av klagereglene. Vi finner det naturlig, slik det foreslås, at disse reglene samles i pasientrettighetsloven.

Når det gjelder spørsmålet om hvem klagen bør sendes til, foreslår departementet at dagens anmodningsbestemmelse i pasientrettighetsloven § 7-1 oppheves. Samtidig endres § 7-2 slik at klagen sendes til den som har truffet enkeltvedtaket eller avgjørelsen slik at ordningen samsvarer med forvaltningslovens ordning. Bakgrunnen for forslaget er at departementet finner hensynet bak regelen i forvaltningsloven som relevant også for klagebehandling etter den nye loven. Begrunnelsen for regelen i forvaltningsloven er særlig at det er hensiktsmessig at det organet som tidligere har behandlet saken og har sakens dokumenter, forbereder klagebehandlingen og får mulighet til selv å omgjøre vedtaket. Departementet legger videre til grunn at den uformelle måten å løse tvister/uenighet mellom pasient og helsetjenesten blir praktisert selv om ordningen ikke lenger er lovregulert slik den er i dagens § 7-1.

FMOA ser at det kan være praktisk at klagen sendes vedtaksinstansen eller beslutningstageren da det er her sakens dokumenter befinner seg, og det er her vurderingene er gjort i første

omgang. Klagen kan i beste fall få et raskt utfall hvis vedtaksinstansen/beslutningstaker finner å gi klager medhold. I de tilfeller hvor vedtaket/beslutningen opprettholdes, ser vi at det vil være behov for å få presisert hvorvidt forvaltningslovens bestemmelser skal følges i saksforberedelsen, og da særlig i de tilfeller hvor den påklagede avgjørelsen ikke er et enkeltvedtak. For å ivareta de nevnte hensyn og begrunnelse for endringene, mener vi forvaltningslovens regler om saksforberedelse i klagesaker bør komme til anvendelse i forberedelsen av alle klagesaker. Hvorvidt endringen vil medføre noen forenkling i forhold til dagens ordning er vi mer tvilende til. Det er i denne sammenheng, slik vi vurderer det, viktig å ivareta behovet for at disse sakene blir behandlet raskt.

FMOA har erfaring med at det i en del klage- og tilsynssaker kan ta lang tid før vi mottar etterspurt nødvendig dokumentasjon. Det er derfor behov for å praktisere stramme og effektive purrerutiner hos klageinstansen. Dersom klagen skal sendes direkte til vedtaksansvarlig/beslutningstaker, vil saksbehandlingstiden avhenge av gode rutiner hos mottaker. Situasjonen er også svært ulik mellom kommunene, hvor praksis og organisering i henhold til klagebehandling er organisert og etablert, og spesialisthelsetjenesten. I spesialisthelsetjenesten er det mange steder liten erfaring med klagebehandling i første instans, og dermed manglende rutiner. Pasientrettighetsloven kap. 4A har klageregler som følger forvaltningsloven ved at klagen sendes vedtaksinstansen for behandling i første instans. Vi har i denne forbindelse erfart at det er behov for grundig veiledning, og da særlig ovenfor spesialisthelsetjenesten, i hvordan klagebehandling etter forvaltningsloven skal ivaretas. Vi ber derfor departementet sikre at klagene ikke blir liggende i helsetjenesten ved for eksempel å sette inn ressurser til opplæring/veiledning etc. i en implementeringsfase. Vi vil også anbefale at det eventuelt settes en tidsfrist for hvor lang tid underinstansen har til behandling av klagen før den skal videresendes kageinstansen.

Når det gjelder opprettholdelsen av dagens mer uformelle anmodningsordning, er vi usikre på om denne vil bli ivaretatt dersom de foreslåtte endringer blir vedtatt. Klageinstansen vil ikke lenger ha noen hjemmel for å henvise saken til løsning på et lavest mulig nivå, slik det praktiseres i dag. Denne type uformelle løsninger vil da i fremtiden avhenge av samspillet mellom pasient/bruker og tjenestenivå, og dermed blir mer tilfeldig.

Til pasientrettighetsloven § 7-6 forvaltningslovens anvendelse:

Når det gjelder departementets forslag i forhold til klageinstansens myndighet/kompetanse er FMOA svært bekymret for konsekvensene av enkelte av forslagene, da vi oppfatter at disse er en klar svekkelse av pasientene og brukernes rettssikkerhet. Vår bekymring gjelder forslagene som innebærer en ytterligere begrensning i klageinstansens kompetanse til å prøve kommunenes fri skjønn i forhold til dagens regulering i pasientrettighetsloven, samt avskjæring av klageinstansens kompetanse til å fatte nytt vedtak i saken.

Forslaget om ytterligere begrensning i klageinstansens kompetanse til å prøve kommunenes fri skjønn:

Departementet presiserer at klageinstansen kan og fortsatt skal ha kompetanse til å prøve alle sider av vedtaket. Dette fremheves som viktig da de avgjørelsene det dreier seg om, er av svært stor betydning for tjenestemottakernes velferd og livssituasjon. På tross av dette foreslås det likevel en innskrenkning i klageorganets kompetanse til å prøve kommunens frie skjønn i forhold til dagens ordning, som ved klage følger forvaltningslovens regler på dette området, både etter kommunehelsetjenesteloven og pasientrettighetsloven. I det foreliggende forslag innføres det en ny standard hvor klageinstansen skal legge stor vekt på hensynet til det kommunale selvstyret ved prøving av det frie skjønn. Konsekvensen av dette forslaget går

klart frem av høringsnotatet: *”Forslaget innebærer at terskelen for å prøve kommunens frie skjønn på helse- og omsorgsområdet skal være høyere sammenlignet med den generelle terskelen angitt i forvaltningsloven, og at klageinstansen derfor skal være tilbakeholden med å overprøve kommunens frie skjønn”*. FMOA kan ikke se at departementet gir noen klar begrunnelse for denne forskjellsbehandlingen, utover henvisning til sosialtjenestelovens klageordning.

Departementet påpeker selv at det dreier seg om avgjørelser som er av svært stor betydning for tjenestemottakernes velferd og livssituasjon. I tillegg vil FMOA understreke at mange pasienter og brukere enten ikke har kapasitet til å klage eller at terskelen for å klage er særdeles høy. Dette er sårbare grupper hvor hensynet til pasientene/brukernes rettsikkerhet skulle tilsi at terskelen for å prøve det frie skjønn på ingen måte burde være høyere enn den generelle terskelen.

Forslaget om avskjæring av klageinstansens kompetanse til å fatte nytt vedtak i saken:

I tillegg foreslås det en avskjæring av klageinstansens kompetanse til å fatte nytt vedtak i saken. Forslaget begrunnes av hensynet til den kommunale frihet til å utøve hensiktsmessighetsskjønn. Det er ikke gjort noen grundige konsekvensbetraktninger av forslaget. Når det gjelder vurderinger av pasientenes/brukernes rettsikkerhet er det kun konstatert at denne er ivaretatt ved at de også kan klage over kommunens nye vedtak.

FMOA finner det uklart om avskjæringen av klageinstansens mulighet til å fatte nytt vedtak bare gjelder i de tilfeller der det klages på kommunale enkeltvedtak som skal følge reglene i forvaltningsloven kapittel IV og V, jf forslaget til pasientrettighetslov § 2-7 annet ledd. Videre finner vi det uklart om avskjæringen gjelder i de tilfeller der gjenstand for klagen er utøvelse av det frie skjønn eller om det også gjelder for klager hvor det klages på rettsanvendelsen. Dette må klargjøres ytterligere. Forholdet til klagebehandling etter pasientrettighetslovens kapittel 4A må også klargjøres, det samme gjelder klageinstansens rett til å vedta utsatt iverksetting.

FMOA har videre merket seg at departementet foreslår de nevnte endringer for klageinstansens kompetanse ved behandling av klager på kommunale vedtak, selv om innledningsvis i høringsnotatets kapittel om klagebehandling presiseres at harmonisering av regelverket er en viktig faktor i dette lovarbeidet: *”En harmonisering av regelverket på dette området vil innebære en betydelig forenklingsgevinst for personellet og den enkelte pasient og bruker. Det samme gjelder for pårørende.”* De foreslåtte endringene vil, slik vi ser det, ikke bygge opp under dette formålet. Tvert imot vil brukere/pasienter av helse og omsorgstjenester i kommunen få et dårligere rettsvern enn pasienter i spesialisthelsetjenesten.

Når det gjelder ivaretagelse av pasientene/brukernes rettsikkerhet, vil FMOA nok en gang presisere at svært mange mottakere av kommunale helse og omsorgstjenester har en høy terskel for å klage i utgangspunktet. Det vil for disse være uoverkommelig å gå flere klagerunder. Mange har heller ikke ressurser eller kapasitet til en slik ”sirkelgang”. Den enkeltes rettsikkerhet vil ved denne ordningen være sårbar stilt ovenfor den enkelte kommunes innsikt og kompetanse, og det er fare for større ulikhet avhengig av bostedskommune. Det er også en betydelig fare for svekkelse av den enkeltes rettsikkerhet ved at saksbehandlingstiden kan bli lang hvis forslaget vedtas, på grunn av muligheten for flere klagerunder. For mange som er helt avhengig av grunnleggende helse og omsorgstjenester kan lang saksbehandlingstid få store konsekvenser, i verste konsekvens kan eldre pasienter være døde før deres rett til sykehjemsplass blir innvilget.

For å synliggjøre saksbehandlingstiden i klagesaker etter lov om sosiale tjenester §§ 4-2 og 4-3 vil vi vise til FMOA sin statistikk for 2009. Statistikken viser at kommunene/bydelene brukte gjennomsnittlig 3 måneder på å behandle en klage før saken ble oversendt til Fylkesmannen, og FMOA brukte deretter gjennomsnittlig 3 måneder på å behandle klagesaken. Samlet saksbehandlingstid for klagesaker lå dermed på et gjennomsnitt på 6 måneder. I tillegg kommer den tiden det allerede hadde gått fra søknad var fremsatt og til det første vedtaket ble fattet i kommunen. FMOA erfarer at det i noen tilfeller går opp til ett år før søkeren får vedtak om de tjenester han/hun har rett på.

Ved behandling av klager på utmåling eller valg av tjenester, vil oppheving av kommunens vedtak innebære at innvilgede tjenester i vedtaket falle bort. FMOA vil be departementet presisere at allerede innvilgede tjenester skal gis inntil kommunen eventuelt har fattet nytt vedtak i saken.

Slik departementets forslag er utformet vil ikke klageinstansen ha myndighet til å fatte midlertidige vedtak om helse- og omsorgstjenester. FMOA erfarer at det i mange tilfeller kan gå ytterligere lang tid fra søkeren har fått et endelig vedtak om tjenester til kommunen klarer å iverksette tjenestene. FMOA mener at klageinstansen må kunne fatte vedtak om midlertidige tjenester i påvente av iverksettelse av tjenester, for eksempel til avlastning i påvente av plass i barnebolig.

Tilsynsorganet skal fortsatt ha rett og plikt til å føre tilsyn med kommunens virksomhet etter loven. FMOA antar at antall tilsynssaker vil øke som følge av lang saksbehandlingstid og ventetid for pasienter og brukere som er helt avhengig av helse- og omsorgstjenester. Dette kan innebære dobbeltbehandling av saker ved at samme sak kan komme inn til behandling både som klagesak og tilsynssak. FMOA legger til grunn at tilsynsorganet kan pålegge kommunen å sette inn midlertidige tjenester for å sikre forsvarligheten. FMOA vil be departementet vurdere nærmere om dette er en hensiktsmessig ordning.

FMOA vil fremheve at adgangen til å fatte nytt vedtak i dag i hovedsak benyttes der kommunens vedtak bygger på feil lovanvendelse. Når det er rettsanvendelsen som overprøves vil det å sende saken tilbake derfor ikke gi kommunen større handlingsrom knyttet til kommunens selvstyre.

FMOA anser at de konsekvenser departementets forslag får for pasienters og brukeres rettssikkerhet ikke står i forhold til det man oppnår med tanke på å styrke det kommunale selvstyret. FMOA er derfor imot at klageinstansens kompetanse til å fatte nytt vedtak i saken avskjæres og at muligheten til å prøve det frie skjønn ytterligere innskrenkes.

Dersom departementet skulle finne grunnlag for å opprettholde forslaget om at klageinstansen ikke kan fatte nye vedtak, anser FMOA at dette uansett må begrenses til vedtak som gjelder kommunens frie skjønn.

Med hilsen

Hans Røsjorde

Godkjent og ekspedert i papirform uten underskrift

Kopi til:
Det kongelige Helse- og omsorgsdepartement