



# Fylkesmannen i Sør-Trøndelag

Postboks 4710 Sluppen, 7468 Trondheim

Sentralbord: 73 19 90 00

Besøksadresse: E. C. Dahls g. 10

Saksbehandler  
**Åsmund Edvardsen**  
Sosial- og helseavdeling

Innvalgstelefon  
**73 19 93 25**

Vår dato  
**18.01.2011**  
Deres dato  
**18.10.2010**

Vår ref. (bes oppgitt ved svar)  
**2010/8074-721.0**  
Deres ref.  
**200903950**

Helse- og omsorgsdepartementet  
Postboks 8011 Dep  
0030 OSLO

## Høring - forslag til ny kommunal helse- og omsorgslov

Det vises til departementets invitasjon av 18.10.10 til høring om forslag til ny kommunal helse- og omsorgslov.

Dette er en felles høringsuttalelse for Fylkesmannen i Sør-Trøndelag og Helsetilsynet i Sør-Trøndelag. Disse har imidlertid forskjellig syn på hvem som skal være klage- og tilsynsinnsinstans. De ulike vurderinger av dette fremgår nedenfor under pkt. pkt. 2.2. (s. 5.). Med dette unntak brukes for enkelthets-skyld bare Fylkesmannen i Sør-Trøndelag som betegnelse i den løpende tekst.

Fylkesmannen i Sør-Trøndelag vil generelt vise til Statens helsetilsyn høringsuttalelse av 09.12.10 som vi i det vesentlige slutter oss til, med de tilleggspresiseringer og tilleggskommentarer som følger av denne høringsuttalelse.

### 1. Innledning

Fylkesmannen i Sør-Trøndelag støtter lovforslaget når det bl.a. gjelder å oppheve det lovmessige skillet mellom kommunale helse-, sosial- og omsorgstjenester og lage et enhetlig, samordnet og oppdatert regelverk for de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Det samme gjelder at loven i størst mulig grad innrettes som en rendyrket "pliktlov" for kommunene, og at rettighetene til den enkelte samles en revidert pasientrettighetslov.

Det foreliggende forslaget til ny helse- og omsorgslov fremstår likevel på mange sentrale områder som uferdig og ikke tilstrekkelig gjennomarbeidet. Dette gjelder bl.a.

- Inkorporering av sosialtjenesteloven i helselovgivningen, uten at balansen mellom helsetjenester og sosial- og omsorgstjenester opprettholdes.
- Høringsnotatets vurderinger av forsvarlighetskravet som en rettslig standard. Vi slutter oss til Statens helsetilsyn kommentarer til forsvarlighetsbegrepet i deres høringsuttalelse av 09.12.10.
- De økonomiske rammer og forutsetninger som skal ligge til grunn for at kommunen skal overta mer ansvar fra spesialisthelsetjenesten.

	Embetsledelse og administrasjonsstab	Kommunal- og beredskapsavdeling	Oppvekst- og utdanningsavdeling	Sosial- og helseavdeling	Landbruk og bygdeutvikling	Miljøvern-avdeling
Telefon	73 19 90 00	73 19 90 00	73 19 90 00	73 19 90 00	73 19 90 00	73 19 90 00
Telefaks	73 19 91 01	73 19 91 01	73 19 93 51	73 19 93 01	73 19 91 01	73 19 91 01
E-post:	postmottak@fmst.no	Internett: www.fylkesmannen.no/st		Organisasjonsnummer: 974764350		

- Profesjonsnøytralitet, hva tjenestene skal inneholde og hvilke tjenester som tjenestemottakere har krav på. Det vises til Statens helsetilsyn høringsuttalelse om dette.

Den nye loven har et helsefokus og det er vanskelig å se de klare plikter og rettigheter knyttet sosial- og omsorgstjenester som ikke er helsehjelp. Utkastet er dominert av helseperspektivet og det er en bekymring om at de tidligere sosialtjenester vil få en perifer og mindre viktig betydning, og at tjenestenes hovedfokus rettes mot de som har behov for hjelp pga. sykdom. I dette ligger også en bekymring om loven kan bidra til en sykeliggjøring av de som trenger hjelp og bistand i kommunen.

Det foreslås at begrepet omsorgstjenester benyttes som samlebetegnelse for å fange opp de tjenester som i dag er regulert i sosialtjenesteloven. Det innebærer fjerning av begrepet "sosial". Etter vår vurdering mister man vesentlige funksjoner av livsforståelsen ved at "sosiale tjenester" blir fjernet som begrep. Det er betydelig usikkerhet om begrepet "omsorg" dekker det samme, selv om det fremgår at dette er intensjonen i lovforslaget. Det er en bekymring for at man ved å fjerne begrepet sosial og erstatte og inkludere dette i begreper omsorg i for stor grad bare retter fokus på de som trenger tjenester fordi de er syke eller har en sykdom. Det er imidlertid ikke bare disse som har behov for hjelp. Mange med ulike funksjonshemninger og funksjonsnedsettelser har stort behov for tjenester uten å være syke. Det foreliggende forslag svekker etter vår vurdering mottakerne av de sosiale tjenester. Begrepet "sosial" må derfor etter vårt syn innarbeides i lovteksten, herunder må det i mye større grad tydeliggjøres at sosialtjenester er en sentral del av de tjenester som skal ytes etter denne loven.

## **2. Kommentar til enkeltkapitler og enkeltbestemmelser i lovforslaget**

### **2.1. Kommentarer til kapittel 1. Formål, virkeområde og definisjoner**

#### **Til § 1-1. Lovens formål:**

Fylkesmannen mener at barn og unge eksplisitt bør nevnes som en gruppe i formålsbestemmelsen. Barn er et satsningsområde på flere måter. Som en oppfølging til dette, og ut fra en helhetlig tankegang, bør også den nye loven avspeile dette satsningsområdet. Det vises bl.a. til at det som følger av sosialkomiteens behandling av sosialtjenesteloven i NAV kom inn et eget ledd i formålsbestemmelsen i NAV-loven om helhetlig og samordnet tjenester for utsatte barn og unge. Ny helsepersonellov § 10a retter fokus mot barn og unge som pårørende og Regjeringens handlingsplan mot fattigdom har egne tiltak som er rettet mot utsatte barn og unge.

#### **Til § 1-3 Definisjoner**

##### **Særlig om begrepene helsehjelp og omsorgstjenester:**

Departementet mener at det ikke vil være nødvendig å skille mellom helsehjelp og annen type hjelp etter den nye loven når annen helselovgivning som utgangspunkt skal gjelde tilsvarende for alle tjenestene etter loven.

Fylkesmannen ser likevel flere uavklarte problemstillinger med dette skillet. Det skilles på hvem som er "pasient" og "bruker" ut fra at bruker skal brukes som begrep når tjenestemottaker mottar tjenester som ikke defineres som helsehjelp. Dette betyr at øvrig helselovgivning som hovedregel skal gjelde både for helsehjelp etter den nye loven og for tjenester som ikke anses som helsehjelp, altså "omsorgstjenester".

For det første kan dette medføre et tilfeldig skille om man er bruker eller pasient alt etter som den som yter tjenesten er helsepersonell eller ikke, slik Statens helsetilsyn har påpekt i sin høringsuttalelse.

For det andre er helsehjelp slik det er definert i pasientrettighetsloven § 1-3 bokstav c, et omfattende begrep som bl.a. omfatter "pleie- og omsorgsformål". Når helsehjelpsbegrepet også inneholder omsorgsbegrepet vil dette etter sin ordlyd omfatte de fleste av de tradisjonelle sosialtjenester som bistand for å dekke personlige behov, opphold i barnebolig eller aldershjem samt avlastningstiltak. Når det samtidig ikke klart defineres i loven hvilke tjenester som er omsorgstjenester og innholdet i disse, vil fort de fleste tjenester etter den nye loven måtte defineres som helsehjelp og den som mottar dette blir "pasient" uten at vedkommende er syk. I realiteten blir det få tjenester som ikke vil kunne dekkes av omsorgsbegrepet, selv om vedkommende ikke er pasient. For eksempel vil den som utfører "personlig assistanse" i tjenestemottakers hjem utføre tjenester med klare omsorgsformål.

På en annen side. Når departementet mener at dette skillet ikke vil ha noen betydning utover når det er tale om tjenester i form av plass i aldershjem eller barnebolig, så er det vel heller ikke noe behov i den nye loven for å omtale helsehjelp og omsorgstjenester som to ulike begreper. Det bør i stedet brukes et felles samlebegrep.

Forøvrig viser også Fylkesmannen i Sør-Trøndelag til Statens helsetilsyn merknader til at begrepet omsorgstjenester er valgt i stedet for sosiale tjenester.

### **Særlig om begrepet bruker:**

Departementet foreslår at det innføres en lovmessig definisjon av "bruker" som begrep når tjenestemottaker mottar tjenester som ikke defineres som helsehjelp, jfr også til forslaget til ny bokstav f) i pasientrettighetsloven § 1-3.

Etter vår vurdering er "tjenestemottaker" et mye bedre, mindre belastende, og et mer dekkende begrep enn "bruker".

## **2.2. Kommentarer til kapittel 2. Forholdet til andre lover**

### **Til § 2-1. Forholdet til helsepersonelloven.**

#### **Særlig om bruk av helsepersonellovens regler og definisjonen av helsepersonell:**

I forslaget foreslås at helsepersonellovens regler skal gjelde tilsvarende for personell som ikke faller inn under definisjonen av helsepersonell og som utfører andre handlinger enn helsehjelp. Unntaket er personer som mottar omsorgslønn, jf. lovforslagets § 3-7.

Fylkesmannen i Sør-Trøndelag er enig i at helsepersonelloven skal gjelde for alle som utfører arbeid etter den nye loven, og videre enig i at det bør gjøres unntak for de personer som mottar omsorgslønn.

Departementet har imidlertid ikke vurdert hvorvidt nye personellgrupper bør omfattes av helsepersonellovens autorisasjonsordning og om det bør utarbeides en egen personellov for sosial - og/eller omsorgspersonell. Fylkesmannen i Sør-Trøndelag mener at dette skulle vært gjort, og at dette er en naturlig og nødvendig konsekvens av en ny felles kommunal helse-, omsorgs- og sosiallov. Alt personell med fagutdannelse som jobber iht. den nye loven, bør så langt som mulig være autorisert personell. Dette vil etter vår vurdering bidra til å styrke kvaliteten i de kommunale tjenester, herunder ved at reaksjons- og sanksjonsmulighetene vil gjelde fullt ut for de som arbeider i tjenestene. Blant annet bør sosialpersonell ha autorisasjon. Det anbefales derfor at utarbeides en ny felles " sosial- og helsepersonellov".

### **Til § 2-3. Forvaltningslovens anvendelse og ny § 2-7 og § 7-6 i pasientrettighetsloven.**

#### **Særlig om krav til enkeltvedtak, klageregler, klageinstans og klagekompetanse:**

##### **Krav til enkeltvedtak:**

Det foreslås at forvaltningslovens regler om enkeltvedtak bare skal gjelde ved tildeling av hjelp som gjelder tjenester i hjemmet og plass i institusjon for et tidsrom på over to uker.

Fylkesmannen i Sør-Trøndelag er enig i at forvaltningslovens regler om enkeltvedtak ikke skal gjelde alle tjenester etter den nye loven. Imidlertid vil den foreslåtte grensen skape mange uavklarte grensespørsmål som må avklares i forarbeidene eller i forskrift.

Det er uklart hva som menes med "tjenester i hjemmet". Vil f. eks oppfølging fra psykisk helsevern eller fysioterapitjenesten med hjemmebesøk være omfattet av dette? Etter vår vurdering bør slike tjenester ikke omfattes av kravet til enkeltvedtak. Et annet spørsmål er om tildeling av fast dagopphold på sykehjemmet er "plass i institusjon for et tidsrom på over to uker"?

Etter vår vurdering vil det nye forslaget kunne innebære at det ikke er krav til enkeltvedtak ved tjenester som avlastning i et privat hjem, fast dag- eller nattopphold i institusjon, rullerende avlastning/korttidsopphold i institusjon (eks: to uker på institusjon og to uker hjemme), tildeling av støttekontakt/fritidstilbud. Det må etter vår vurdering nærmere vurderes og avklares om tildeling av slike tjenester skal være omfattet av kravet til enkeltvedtak.

##### **Klage- og tilsynsorgan:**

Fylkesmannen i Sør-Trøndelag er enig i at det må være et felles klageorgan på tjenester etter loven, og videre at tilsyn og klagesaksbehandling må være samlet i samme instans.

Fylkesmannen i Sør-Trøndelag viser til at de ulike lovforslagene vil medføre til dels store endringer i helse- og omsorgstjenestene. Både antall saker,

arbeidsmengde og kompleksiteten i klage- og tilsynssaker kan komme til å øke. Dette vil stille store krav til og utfordre den samlede kompetanse som klage- og tilsynsorganene skal besitte for å håndtere sine oppgaver. Med en helt ny samhandling og oppgave/ansvarsfordeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten, kan det også være naturlig at håndteringen av klage- og tilsynssaker vurderes mer grundig i en egen vurdering.

Vi registrerer på den ene siden at Statens helsetilsyn er klar på at Helsetilsynet bør være klage og tilsynsorgan. På den andre siden understreker kommunene i Sør-Trøndelag at de ønsker at klage- og tilsynsinstansen bør ligge til fylkesmannen. Dette fordi Fylkesmannen har lang tradisjon og erfaring som klageinstans, og embetet har også ansvaret på tilliggende områder som skole og barnevern. Videre har fylkesmannen ansvaret for å samordne de statlige tilsyn i fylket og det vil derfor organisatorisk være mest hensiktsmessig at fylkesmannen også er klage- og tilsynsmyndighet. Risikoen for at den nye loven blir ensidig helsefokuseret kan også tenkes redusert ved at myndigheten legges til fylkesmannen og ikke helsetilsynet i fylket.

Fylkesmannen i Sør-Trøndelag mener at det er behov for å gå dypere inn i spørsmålene høringsutkastet reiser før endelige konklusjoner om organiseringen av klage- og tilsynsfunksjonene kan trekkes. Argumentene Statens helsetilsyn trekker fram er i så måte vesentlig å ta med i slike vurderinger.

Som subsidiært synspunkt tilsier Fylkesmannen i Sør-Trøndelag sin erfaring med et delt tilsyn at dette også kan la seg gjennomføre innenfor den nye lovgivningen.

Helsetilsynet i Sør-Trøndelag mener at helsetilsynet i fylket skal være klage og tilsynsorgan. Det vises til Statens helsetilsyns høringsuttalelse om dette som Helsetilsynet i Sør-Trøndelag slutter seg til. Vi vil presisere behovet for et enhetlig tilsyn på både kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenester for å kunne bidra til samhandlingsreformens måloppnåelse.

#### **Hvor klagen skal fremsettes:**

Vi er enig i at endringer i pasientrettighetsloven §§ 7-1 og 7-2 om at klagen skal fremsettes for det organet som har truffet vedtaket eller avgjørelsen.

Erfaringene gjennom mange år med reglene om anmodningsrunde før klagen fremsettes direkte overfor helsetilsynet i fylket, viser at dette klagesystemet fungerer dårlig og er svært tungvint. Det er ofte uklart hva kravet til anmodning innebærer både prosessuelt og materielt. Både pasienter og helsetjenesten har vanskeligheter med å forstå og praktisere disse reglene på en god og effektiv måte.

#### **Klageinstansen kompetanse:**

Det foreslås i ny pasientrettighetslov § 7-6 at klageinstansen skal legge stor vekt på hensynet til det kommunale selvstyre ved prøving av det frie skjønn, og videre er mulighet for nytt vedtak i klageinstansen avskåret.

Forslaget innebærer at klageinstansen kun skal føre lovlighetstilsyn i den enkelte sak. Begrensning i retten til å omgjøre kommunens vedtak vil medføre en klart svekket rettsikkerhet for den enkelte, herunder få muligheten til å få nærmere

fastslått hvilke tjenester man har krav på og omfanget. At klageinstansen også omgjør vedtaket, kan medføre en god veiledning til kommunene om hvordan loven skal forstås.

Fylkesmannen ser at hensynet til det kommunale selvstyre og behovet for å utøve hensiktsmessighetskjønn uavhengig av statlig klageorgan, tilsier at klageorganet i en del saker bare bør oppheve kommunens vedtak. Det er bl.a. kommunen som har førstehåndskunnskap om tjenestemottaker og kommunens samlede tjenestetilbud. Disse hensyn er imidlertid veid alt for tungt når klageorganet avskjæres mulighet til selv å fatte nytt vedtak. Fylkesmannen deler heller ikke departementets bekymring om overkjøring av det kommunale selvstyre hvis klageinstansen gis anledning til å fatte nytt vedtak i saken.

Fylkesmannen foreslår derfor at ordet "stor" tas ut og at klageinstansen gis overprøvingsrett på vanlig måte iht. forvaltningsloven § 34.

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

Innledningsvis vil Fylkesmannen bemerke at vi finner begrepsbruken og den lovtekniske oppbyggingen i utkastets kapittel 3 vanskelig tilgjengelig og ikke lett å forstå.

#### **Til § 3-1. Kommunens overordnede ansvar for helse- og omsorgstjenester**

Sørge-for-ansvaret fra kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven er i nåværende regelverk ulikt, men er nå forsøkt harmonisert med samme utgangspunkt som spesialisthelsetjenesteloven. Fylkesmannen i Sør-Trøndelag støtter forslaget om å tydeliggjøre kommunens overordnede ansvar for nødvendige helse- og omsorgstjenester som et "sørge-for-ansvar". Vi er imidlertid noe skeptisk til å bruke samme lovteknikk som for spesialisthelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten styres av HOD via RHF ene og årlige oppdragsdokument. Kommunene styres via lovverk og rammefinansiering via statsbudsjettet. Kommunene burde ut i fra dette hatt en tydeligere og mer detaljert lovregulering enn spesialisthelsetjenesten.

I utkastet gis kommunene stor frihet i måten å organisere tjenestene på. Lovutkastet sier lite om det konkrete innholdet i tjenestene. Vi er enige med Statens helsetilsyn i at utformingen av lovforslaget kan gjøre det vanskelig både for tjenesteytere og tjenestemottakere å identifisere hvilke tjenester søkere har rettskrav på. Dette vil kunne skape en uklarhet med tanke på hvilke tjenester den enkelte nå har rett til og i hvilket omfang. Kommunene kan bare pålegges oppgaver gjennom lov og forskrift. En tydeliggjøring av kommunens ansvar må derfor fremgå av lovteksten. En stor valgfrihet for kommunene kan bidra til forskjellsbehandling for tjenestemottakere på landsbasis, der ulike kommuner gir ulikt tilbud. Det pekes i denne sammenhengen også på at utkastet vil gi en svekket klageordning, der blant annet klageinstansens kompetanse foreslås redusert til ikke å kunne fatte nytt vedtak under klagebehandlingen. Når den enkeltes rettighet er så utydelig som her vil en innskrenkning av klageretten kunne innebære en svekkelse av rettsikkerheten for den enkelte.

Departementet vil ha en profesjonsnøytral beskrivelse av kommunens tjenester, og ønsker ikke å binde opp kommunene med særskilte organisatoriske eller personellmessige løsninger. Det er derfor ikke lagt føringer for hva som kreves av kompetanse for å utføre de ulike tjenestene, eller hvem som skal vurdere hvilken kompetanse som trengs. Det hevdes at flere yrkesgrupper kan ha kompetanse til å yte mange av de samme tjenestene. Det avgjørende er at tjenestene som tilbys er av god nok kvalitet, gis i tilstrekkelig omfang og til rett tid. Vi kan støtte Statens helsetilsyns bekymringer om profesjonsnøytraliteten.

Forslaget synes å gjøre det vanskeligere for kommunene å sikre nødvendig kompetanse i sine tjenester. Kommunene er svært ulike i størrelse, egenart og ikke minst økonomisk handlingsrom. En konkretisering av tjenestene er derfor nødvendig for å unngå forskjeller mellom kommunene. Høringsnotatet gir lite veiledning om det konkrete innholdet i tjenestene og tjenestene er i svært ulik grad beskrevet, og noen er sågar borte, for eksempel fysioterapitjenesten. Tjenester som ikke fremkommer av loven er det heller ikke naturlig blir omtalt i forskrifter som skal utfylle lovbestemmelsene. Noen av dagens tjenester har gjeldende profesjonsforskrifter, for eksempel forskrift om sykepleietjeneste og forskrift om fastlegeordningen, mens andre tjenester ikke har det i dag. Vi mener det er nødvendige å stille faglige krav til personalet utover det generelle prinsippet om faglig forsvarlighet.

Vi vil også tilføye at det erfaringsvis er stor fare for at tjenestene svekkes når klare lovkrav til enkelte tjenester og tjenestenes innhold fjernes og erstattet av mer "runde begrep" som "forsvarlighet" og "nødvendig". For tilsyns- og klagemyndighetene er det også mye vanskeligere å fastslå om en uholdbar praksis er ulovlig når kravene til innhold er så vidt diffuse. Det vurderes å være stor risiko for en uønsket forskjell fra kommune til kommune, alt etter hvordan man definerer de mer uklare begrep og tjenester og hvordan man prioriterer de enkelte tjenester. Det foreslås derfor at det i lovteksten settes klarere innholdskrav til de tjenester som omfattes av loven.

### **Til § 3-2 første ledd nr. 2 svangerskaps og barselomsorgstjenester**

I høringsnotatet fremkommer det ikke noen krav til fagkompetanse for å yte denne tjenesten. Jordmortjenesten nevnes ikke spesifikt som en tjeneste kommunene plikter å ha. Forskrift av 3. april 2003 nr. 450 om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, som videreføres med hjemmel i ny lov, omtaler heller ikke behovet for konkrete faggrupper. Jordmortjenesten i kommunene er en etterspurt tjeneste blant gravide. Vi frykter at denne tjenesten nå kan bli borte i enkelte kommuner og erstattet av undersøkelser av gravide hos fastlegene. En slik dreining vil innebære en annen type tilbud der medisinskfaglige forhold vil få størst fokus og andre mer jordmorfaglige forhold vil bli borte.

### **Til § 3-2 første ledd nr. 3**

Fylkesmannen i Sør-Trøndelag savner overgrepsmottak som en pålagt kommunal oppgave. Helse og omsorgsdepartementet har lagt til grunn at alle kommunene skal gi et tilbud om overgrepsmottak til personer som har vært utsatt for seksuelle overgrep og/eller vold i nære relasjoner. Det bør derfor føres et nytt bokstavpunkt til § 3-2, og det vil være mest naturlig at dette gjøres i § 3-2 første ledd nr. 3.

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

Fylkesmannen i Sør-Trøndelag er enig i utkastets presisering av at fastlegeordningen er et offentlig organisert tjenestetilbud og en del av kommunens plikter. En tydeliggjøring av fastlegens forpliktelser som del av øvrig kommunale tjenester vil kunne bidra til økt fokus på legens deltakelse i tverrfaglig samarbeid, offentlige legeoppgaver og samfunnsmedisinsk arbeid. Videre støtter vi forslaget om å regulere de mest sentrale rettigheter og plikter på forskriftsnivå, og ikke i avtaleverket som i dag.

Departementet må i forskrifts form stille nærmere krav til innholdet i fastlegeordningene, herunder kvalitets- og funksjonskrav om legens offentlige oppgaver. Dette vil kunne bidra til at kommunene får bedre mulighet til å følge med og styre denne tjenesten, blant annet om prioritering blant fastlegene for å delta i samhandling med andre tjenester i kommunen.

Den kommunale fysioterapitjenesten består av forebyggende virksomhet, behandling, habilitering og rehabilitering i og utenfor institusjon, og kan derfor etter sin art inngå mer eller mindre i de fleste opplistede helse- og omsorgstjenestene i § 3-2 punkt 1-6. Tjenesten har vært lovpålagt siden kommunehelsetjenesteloven trådte i kraft. Slik utkastet til ny lovtekst er utformet, gir den ikke kommunene veiledning om dette. Tjenesten nevnes ikke spesifikt i lovutkastet. Vi frykter at denne utelatelsen kan føre til nedprioritering av fysioterapitjenesten i enkelte kommuner. Vår erfaring fra tilsynsvirksomhet viser at ikke lovpålagte tjenester risikerer å bli fjernet når det er økonomiske trange tider. Selv om for eksempel både ergoterapitjenesten og kiropraktortjeneste kan være et supplement til fysioterapitjenesten, er dette en annen type helsetjenester som ikke dekker de tjenestene som i dag tilbys av kommunens fysioterapeuter. Fysioterapitjenesten hadde tidligere forskrifter, men disse ble opphevet da kommunehelsetjenesteloven og helsepersonelloven omtalte tjenesten. Fysioterapitjenesten er svært lite utfyllende vurdert eller omtalt i høringsdokumentet. Det fremkommer ikke noen konsekvensvurdering av å fjerne denne tjenesten fra lovteksten. Tjenesten er velegnet til å bidra i gjennomføringen av intensjonene i samhandlingsreformen.

Fysioterapitjenesten er, parallelt med dette lovendringsarbeidet, under en omfattende endring i finansieringsordningene hvor den statlige refusjon reduseres og den kommunale andel av finansiering kraftig forsterkes uten at midler øremerkes etter 2012, men inngår i kommunenes rammetilskudd. Faren for at tjenesten blir gjenstand for en omfattende reduksjon er stor når tilsynsmyndigheten fratras mulighet for å påpeke at tjenesten inngår i et forsvarlig tjenestetilbud og når kommunens økonomi er svak. Det kan ikke anses forenlig med de utfordringene samhandlingsreformen vil gi kommunene når disse får et økt ansvar for å håndtere et større antall brukere og pasienter med sammensatte og kompliserte tilstander og diagnoser.

Vi foreslår derfor at § 3-2 punkt 4 endres ved at det tilføyes "*herunder fastlege og avtalebasert fysioterapitjeneste*".

#### **Til § 3-2 punkt 5. Sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering**



Mens helsefremmende og forebyggende arbeid i lovforslaget er beskrevet med flere underpunkter, har § 3-2 punkt 5 blitt stående alene som rammeoverskrift uten nærmere veiledende tekst under. Dette er et omfattende, tverrfaglig og samhandlingskrevende område. Dette burde fått noen underpunkter for å presisere noe av innholdet, herunder for eksempel

- a) Aktiv opptrening av sosial, kognitiv og fysisk funksjon
- b) Mestring, deltakelse og aktivisering
- c) Råd og veiledning

Samhandlingsreformen legger opp til at flere pasienter og brukere skal få tjenester fra kommunen og ikke i spesialisthelsetjenesten. Kommunene vil få ansvar for flere og dårligere pasienter. Lovforslaget synes å gjøre det vanskelig både for tjenesteytere og de som har rett på tjenestene å identifisere hvilke tjenester det er rettskrav på og hva slags funksjons- og helsesvikt som utløser retten. Punktet her burde tydeliggjort hva som henholdsvis ligger i begrepene sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering.

### **Til § 3-2 punkt 6 Andre helse og omsorgstjenester**

Fylkesmannen i Sør-Trøndelag finner det bekymringsfullt at "sosiale tjenester" som sådan synes å bortfalle, og erstattes av de mer diffuse begrepene "Andre helse- og omsorgstjenester" og med underkategoriene hjemmetjenester, heldøgns tjenester i eget hjem eller institusjon, personlig assistanse og avlastningstiltak. Vi foreslår at det i den nye loven defineres nærmere hva som er helse-, sosial- og omsorgstjenester, bl.a. slik at det kan sikres en forutsigbarhet for mottakerne hvilke tjenester man kan søke om og motta. Alternativt må dette forskriftsfestes.

Begrepet "Hjemmetjenester" i 3-2 punkt 6 bokstav a kan etter sin ordlyd omfatte mange og svært ulike tjenester. Etter vår vurdering er hjemmesykepleie av en slik karakter at det bør rettslig forankres. Vi er ut i fra dette enig med Statens helsetilsyn i at formuleringen bør endres til "*hjemmesykepleie eller andre tjenester i hjemmet*".

### **Til § 3-2 nr 6 bokstav b heldøgns tjenester i eget hjem eller institusjon.**

Fylkesmannen i Sør-Trøndelag finner at det er behov for avklaring i forhold til hva "heldøgns tjenester i eget hjem" skal innebære. Slik det fremstår nå er dette et tjenestetilbud som er likestilt med "institusjon", og hvor det er opp til kommunen å velge om tjenestene skal tilbys i institusjon eller i eget hjem. Dette åpner for valgfrihet for kommunene til å velge å gi tjenestene i private (omsorgs)boliger i stedet for i de mer tradisjonelle sykehjem, med de rettslige konsekvenser dette har for tjenestemottakerne. Daværende Sosial og helsedepartementet uttalte i rundskriv I-29/97 at pleie og omsorg av eldre med omfattende funksjonssvikt og personer med alvorlig demens bør foregå i lovregulerte boforhold. Fra rundskrivets siteres: "*Mange eldre med omfattende funksjonssvikt har behov for pleie og omsorg hele døgnet. Funksjonssvikten kan være forårsaket av sykdommer som krever behandling og omfattende pleie, og/eller alvorlig aldersdemens. For mange brukere med svært omfattende behov for pleie- og omsorgstjenester vil ikke hjemmetjenester kombinert med tilrettelagt bolig alltid gi tilstrekkelig trygghet. I lovregulerte boliger etter*

*kommunehelsetjenesteloven (sykehjem e l) er det et krav at det skal være personale tilstede hele tiden. Det er også et krav at legetjeneste og fysioterapitjeneste skal knyttes til virksomheten."*

Slik lovutkastet nå er utformet står kommunen fritt i å velge om tjenestene skal tilbys i hjemmet eller i institusjon, og kommunene kan også velge bort institusjonstilbudet. Det er vår bekymring at enkelte kommuner nå vil velge løsninger som på kort sikt er mest gunstig økonomisk. Få kommuner kan i dag tilby det samme nivå på tjenester i hjemmet som i den type institusjon som i dag er regulert i forskrift om sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie. Etter vår vurdering bør det fremgå av lovteksten at kommunen har en plikt til å tilby tjenester i form av medisinsk behandling, rehabilitering, pleie og omsorg i institusjon. En helseinstitusjon vil også være en nødvendig forutsetning for å kunne tvangsinnlegge eller holde tilbake en pasient etter reglene i pasientrettighetsloven kap 4A der dette er nødvendig for å oppfylle kravet til å yte forsvarlig helsehjelp.

### **Særlig om institusjonsbegrepet og forslaget om ny § 3 fjerde ledd i helsepersonelloven:**

Fylkesmannen i Sør-Trøndelag savner en mer utfyllende diskusjon rundt institusjonsbegrepet i den nye loven. Det må ryddes og klargjøres hva som ligger i institusjonsbegrepet. Bl.a. er det et spørsmål hvorvidt rusomsorgsinstitusjoner som ikke er en del av tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal være en institusjonstype som faller inn under den nye loven.

Departementet foreslår at de plikter som er lagt til helseinstitusjoner etter forslaget vil omfatte alle institusjoner med unntak for barneboliger og aldershjem. Det foreslås ny tilføyelse i helsepersonelloven § 3 fjerde ledd hvor det presiseres at det med helseinstitusjon skal menes institusjon som hører under spesialisthelsetjenesteloven og den nye helse- og omsorgstjenesteloven, med unntak for aldershjem og barneboliger. Departementet mener at det bør gjelde særlige regler for institusjoner der formålet med oppholdet primært ikke er å motta helsehjelp, og presiserer at dette gjelder aldershjem og barneboliger som i dag er regulert i sosialtjenesteloven. Blant annet foreslås at disse typer institusjoner ikke skal falle inn under virkeområdet til pasientskadeloven og ikke ha de samme krav til dokumentasjonsplikt og dokumentasjonssystem (helsepersonelloven § 39 annet ledd) som de institusjoner som anses som helseinstitusjoner.

Vi kan ikke se at det er noen gode grunner for å lage egne regler for barneboliger og aldershjem, og eventuelle andre institusjoner som ikke kan anses som helseinstitusjoner, jf. definisjonen av dette begrepet i helsepersonelloven § 3 fjerde ledd. For det første utgjør "pleie- og omsorgsformål" (jfr. definisjonen av helsehjelp) en meget sentral del av de tjenester som ytes i både barneboliger og aldershjem. Det er vår erfaring at barna i barneboliger ofte kan være svært syke, med stort behov for helsehjelp. Rent faktisk får de ofte mye helsehjelp fra autorisert helsepersonell. Tilsvarende har mange beboere - på de fåtall aldershjem som fortsatt eksisterer - ofte et betydelig pleie og omsorgsbehov. Mange ansatte på aldershjem er også av denne grunn autorisert helsepersonell. Det er således i de fleste tilfeller ikke

mulig å se at oppholdet i slike institusjoner "primært ikke er å motta helsehjelp". Videre kan det heller ikke ses noe behov for å skille mellom disse institusjoner og andre institusjoner etter samme lov. Det er f.eks. ikke mulig å se noen grunn for at disse institusjoner ikke skal ha samme krav til dokumentasjonssystem- og plikt som de mer tradisjonelle helseinstitusjonene.

Vi foreslår derfor at det blir et felles og enhetlig regelverk for alle institusjoner etter den nye loven, men at det forskriftsfestes ulike særregler for de enkelte typer institusjoner. Barnebolig, aldershjem og rusomsorgsinstitusjoner bør heller ikke nødvendigvis defineres som "helseinstitusjon" selv om de samme regler skal gjelde. Det kan i stedet brukes et felles begrep om dette som "helse- og omsorgsinstitusjoner".

Det er videre etter de foreliggende lovutkast uklart om og på hvilken måte sykehjemsforskriften, fortsatt skal gjelde og videreføres. Sykehjemsforskriften er på flere områder foreldet og trenger en gjennomgang. Samtidig forskriftsfester den flere viktige prinsipper og rettigheter for personer på sykehjem. Denne bør derfor videreføres i en revidert versjon i det nye lovverket.

### **Særlig om bortfall av sosialtjenesteloven § 7-11**

Departementet foreslår at sosialtjenesteloven § 7-11 ikke videreføres (høringen pkt.20.5.7) bl.a. fordi pga til tvangsreglene i kapitlene 4A i sostj og pasrl. kap 4A vil dekke behovet for tvangsregler.

Fylkesmannen er uenig i dette. Det er et stort behov for videreføring og oppdatering av reglene i sosialtjenesteforskriften kapittel 5 som gjelder beboernes rettigheter og bruk av tvang i institusjoner for omsorg for og behandling av rusmiddelmissbrukere. Disse regler gjelder både under opphold på omsorgs- og behandlingsinstitusjoner og også ved institusjonsopphold innen spesialisert rusbehandling, jfr. spesialisthelsetjenesteloven § 3-14 annet ledd. Disse regler gjelder helt andre problemstillinger og forhold enn det som skal ivaretas i tvangsreglene i kapitlene 4A i sostj og pasrl. kap 4A. Ikke minst vil kravene i "4A-tvangsreglene" vedr. psykisk utviklingshemming eller tap av samtykkekompetanse, føre til at disse regler veldig sjeldent er aktuelle i en rusinstitusjon. Vi kan derfor ikke se at 4A-reglene kan erstatte behovet for egne forskriftsregler for rusinstitusjoner. Som Statens helsetilsyn også har påpekt vil fjerning av denne bestemmelse, og bortfall av disse forskriftsregler, kunne medføre et klart svekket og mangelfullt rettsvern for rusmiddelmissbrukere under opphold i institusjon.

Reglene har i dag stor betydning for pasienter/tjenestemottakere både i omsorgsinstitusjoner og i spesialisthelsetjenesten og bør gjennomgås ved vedtakelsen av ny lov.

### **Til § 3-2 nr. 6 bokstav c**

I utkastet brukes formuleringen "personlig assistanse" som er noe annet enn "brukerstyrt personlig assistanse" i utkastets § 3-9. Vi mener det er egnet til misforståelser at disse begrepene er så like. Støttekontakt er en etablert ordning som mange er avhengig av for å kunne ha en meningsfull fritid. Vi frykter at

mange kommuner ikke lenger vil tilby ordningen dersom den ikke nevnes i lovverket

**Til § 3-5. Kommunens ansvar for øyeblikkelig hjelp  
Særlig om døgnopphold for helse- og omsorgstjenester ved øyeblikkelig hjelp:**

Høringsinstansene er anmodet om å kommentere hvorvidt kommunene bør pålegges plikt til å ha tilbud om døgnopphold i helse- og omsorgstjenesten til øyeblikkelig-hjelp-pasienter, og om kommunene kan oppfylle plikten ved å inngå avtale med regionale helseforetak.

Ut fra intensjonene i samhandlingsreformen mener Fylkesmannen i Sør-Trøndelag at kommunene må få en lovmessig plikt til å ha tilbud om døgnopphold for øyeblikkelig-hjelp-pasienter. Det mangler imidlertid en utredning og klargjøring av hvilke økonomiske og administrative konsekvenser dette vil få. Det er bl.a. grunnleggende at en slik ordning samordnes med de økonomiske rammebetingelser slik at vurderingene av om pasienten skal innlegges på døgnopphold i kommunen eller i spesialisthelsetjenesten alene baseres på adekvate medisinske og helsemessige vurderinger. Det må ikke være økonomiske årsaker eller incitament som styrer kommunens avgjørelser av dette spørsmål. Det er en vanskelig balansegang mellom ikke å legge pasienter unødig inn i spesialisthelsetjenesten, samtidig som de som har behov for det ikke må holdes tilbake i kommunen fordi det kan koste kommunen for mye.

Fylkesmannen vil også fremholde at døgnopphold for helse og omsorgstjenester ved øyeblikkelig hjelp vil kunne løses ved interkommunalt samarbeid og interkommunale løsninger.

**2.4. Kapittel 6. Samarbeid mellom kommuner og regionale helseforetak**

Det er i det foreliggende utkast vanskelig å se klart hvilke oppgaver og tjenester som kommunen forventes å utføre. Samhandlingsreformens intensjon legger opp til overføring av mange oppgaver fra spesialisthelsetjenesten. Det kan imidlertid ikke ses at det i lovforslaget er nærmere klarlagt hvilke økonomiske og administrative følger dette skal få. Uten at dette er nærmere avklart er det tilnærmet umulig å vurdere konsekvensene av lovforslaget.

Fylkesmannen mener at samhandlingsreformen vil bidra til at kommunene må ta stilling til viktige veivalg fordi intensjonene for reformen sprenger dagens samarbeidsmønster mellom kommunene som ramme for utvikling av en bedre helsetjeneste. Kommunene i Sør-Trøndelag er nå inne i prosesser for å utvikle forpliktende kommunesamarbeid.

Fylkesmannen i Sør-Trøndelag mener at så lenge kommunene ser at et helhetlig og politisk styrt samarbeid er den viktigste strategien for å svare på sine utfordringer, så bør det lovfestes en mulighet i kommunelova til å kunne bruke samkommune som en forpliktende samarbeidsmodell.

Fylkesmannen vil imidlertid påpeke viktigheten av at det i størst mulig grad lov- eller forskriftsfestes de krav til samarbeid som skal gjelde mellom kommunene

og spesialisthelsetjenesten. Dette bl.a. slik at det ikke blir mulig å avtale seg bort fra det ansvaret man er pålagt i lov eller forskrift. Det er også en bekymring om at utpreget avtalebasert samarbeid vil overlate for mye til partene som ikke nødvendigvis er likeverdige i styrke og kompetanse. Det er også en bekymring for at mye avtalebasert samarbeid medfører økt byråkratisering ved at det må inngås mange og omfattende avtaler som stadig må fornyes.

Samtidig vil vi være tydelig på at det ikke vil være nok å legge lovmessig til rette for samarbeid mellom kommunene. Det er viktig at myndighetene også har en aktiv holdning og en samlet strategi for hvordan dette skal følges opp i form av veiledningsmateriale, utviklingsmidler og lærings- og erfaringsoverføring mellom kommunene. Fylkesmannsembetene bør med sin tverrfaglige kompetanse og brede kommunekjennskap, ha en viktig rolle i en slik strategi

Fylkesmannen vil ellers fremholde at døgnopphold for helse og omsorgstjenester ved øyeblikkelig hjelp vil kunne løses ved interkommunalt samarbeid.

## **2.5. Kapittel 7. Individuell plan, koordinator og koordinerende enhet**

Forslaget innebærer i store trekk en lovfesting av eksisterende forskrift. Fylkesmannen i Sør-Trøndelag synes det er riktig at plikten til å utarbeide en individuell plan nedfelles i en egen lovbestemmelse. I likhet med Statens helsetilsyn, støtter vi forslaget om å gi kommunen hovedansvar for å vurdere behovet for, utarbeide og koordinere individuell plan for tjenestemottakere som har behov for helse- og omsorgstjenester. Vi støtter videre at ansvaret legges til kommunen også i de tilfellene hvor tjenestemottaker har behov for tjenester fra spesialisthelsetjenesten. Dette oppleves i dagens situasjon som uklart. Når mange ulike instanser har et ansvar for å initiere, men hovedansvaret for helheten ikke er blitt nedfelt i en lovbestemmelse, har det ført til en ansvarspulverisering og ansvarsfraskrivelse heller enn at flere instanser har tatt på seg en aktiv rolle.

Når hovedansvaret for å igangsette og utarbeide individuell plan legges til kommunen som sådan, håper Fylkesmannen i Sør-Trøndelag lovforslaget at det kan bli enklere å trekke også andre sektorer inn i arbeidet med individuell plan. Fylkesmannen stiller spørsmål ved om lovbestemmelsen kan tolkes slik at den gir helse- og omsorgssektoren myndighet til å kreve at også andre sektorer, som skolesektoren, skal delta i individuell plan, noe som vi mener ville vært en fordel. Fortsatt ser vi at det mangler en rettighetsfesting av individuell plan i barnehageloven og opplæringsloven. Dette bør vurderes parallelt med ny helse og omsorgslov.

Fylkesmannen i Sør-Trøndelag støtter forslaget om å lovfeste plikten til å ha koordinator og individuell plan. Vi ser samtidig at dette vil få konsekvenser for de som skal utøve koordinatorrollen. Fylkesmannen er av den oppfatning at for at dette skal lykkes i større grad enn det gjør i dag, må det settes av ressurser for å styrke koordinatorrollen. Koordinatorrollen vil være en krevende oppgave, som stiller krav til både bred fagkunnskap, lederegenskaper og organisatoriske

evner, i tillegg til at man skal kunne forholde seg til sterke fagmiljøer. Også når det gjelder koordinatorrollen, savner Fylkesmannen en forankring i barnehageloven og opplæringsloven. For mange grupper vil det ha vært en fordel å ha noen fra skoleverket/barnehage som koordinator. Som eksempel nevnes funksjonshemmede barn, som tilbringer en vesentlig tid av dagen på barnehage/skole/skolefritidsordning.

Fylkesmannen i Sør-Trøndelag støtter lovforslagets presisering av kravet om å ha en koordinerende enhet, jf utkastets § 7-3. Systemansvarsbegrepet i § 7-3 bør imidlertid formuleres slik at det ikke fratrukker ledelsen det overordnede ansvar i samsvar med IK-forskriften. Vi anbefaler derfor at begrepet "systemansvar" byttes med et "overordnet ansvar". Fylkesmannen i Sør-Trøndelag foreslår også at bestemmelsen i § 7-3 om koordinerende enhet, settes foran bestemmelsen om individuell plan, ettersom forslagets § 7-3 inneholder bestemmelse om systemansvar for individuell plan, og må anses som en mer overordnet bestemmelse.

## **2.6. Kapittel 9. Rettssikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemning**

### **Kapittel 10. Tvangstiltak overfor rusmiddelmissbrukere**

Fylkesmannen i Sør-Trøndelag anbefaler at kapitlene som omhandler tvang ovenfor psykisk utviklingshemmede og rusmiddelmissbrukere, flyttes over til pasientrettighetsloven, som nye kapittel 4B og 4C.

Vi vil videre fremholde et problem dagens regelverk etter sosialtjenesteloven kap 4A. I forslagets § 9-7, siste ledd, siste pkt, foreslås videreført regelen om at et vedtak som er påklaget, ikke kan iverksettes før fylkesnemnda har godkjent vedtaket. Dette i motsetning til den vanlige regel i forvaltningsloven § 42 om at underinstans eller klageinstans kan beslutte at et vedtak ikke skal iverksettes før klagen er avgjort. Vi har erfart at den gjeldende regel om automatisk utsatt iverksetting ved klage, fører til en uheldig rettstilstand for tjenestemottaker. Når det anses som helt nødvendig å bruke tvang og makt for å sikre tjenestemottakers personlige trygghet, og videre at det vil kunne være til vesentlig skade for både tjenestemottaker og omgivelsene omkring om tiltakene ikke iverksettes, bør vedtaket kunne iverksettes selv om det er påklaget. Det vil styrke tjenestemottakers rettsikkerhet at tvangstiltakene gjennomføres på grunnlag av formelt iverksatte vedtak hjemlet i sosialtjenesteloven § 4A. Alternativet er at tvangen må baseres på andre mer uklare tvangsgrunnlag som nødrett, enkeltskadeavvergende tiltak iht. sostjl. § 4A-5 tredje ledd bokstav a), eller kommunens omsorgsplikt etter sosialtjenesten § 4-3. Fylkesmannen foreslår derfor at regelen i forslagets § 9-7, siste ledd, siste pkt tas bort.

## **2.7. Meldeordningen etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 og behov for en ny meldeordning for virksomheter**

Departementet foreslår å flytte meldeordningen etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 fra Helsetilsynet til Nasjonal kunnskapscenter for helsetjenesten. Fylkesmannen i Sør-Trøndelag er uenig i dette forslag. Det vises til Statens helsetilsyns høringsuttalelse av 08.12.10, som vi slutter oss til.

Uavhengig av meldeordning etter spesl. § 3-3 flyttes eller ikke foreligger det et betydelig behov for at det innføres en egen meldeplikt for arbeidsgiver til tilsynsmyndigheten ved behov for å vurdere administrativ reaksjon mot helsepersonell. Det oppleves nå å være et hull i lovverket når virksomhetene som sådan ikke har en slik meldeplikt.

Problemstillingen er at Helsetilsynet i Sør-Trøndelag gjentatte ganger har erfart at arbeidsgivers kunnskap om helsepersonells alvorlige brudd på helsepersonellovens regler eller kunnskap om andre forhold ved helsepersonellet som gjør dem uegnet som helsepersonell, ikke blir meldt Helsetilsynet i fylket. Det kan nevnes tre typiske eksempler:

- Helsepersonell som over tid ikke fungerer i jobben pga. sviktende faglig kompetanse eller alvorlige personlige problem f.eks pga. rusmidler, alvorlig sykdom e.l
- Det avdekkes at helsepersonellet har stjålet eller underslått midler fra en pasient eller tjenestemottaker
- Helsepersonell har drevet omfattende snoking i institusjonens journaler, jfr. Hpl. § 21a.

I slike tilfeller har vi mange ganger erfart at virksomhetene, gjerne et sykehus eller en kommune, er usikker på om de har en meldeplikt om dette til helsetilsynet i fylket, og videre hvilken hjemmel de har for å melde saken til tilsynsmyndigheten.

Disse saker blir vanligvis fulgt opp av arbeidsgiver enten i form av at det settes inn tiltak, gis advarsel eller vedkommende blir oppsagt eller avskjediget. Sakene er imidlertid også ofte av en slik karakter at det bør vurderes administrativ reaksjon mot helsepersonellet, herunder særlig om det er grunnlag for tilbakekall av autorisasjon. Det innebærer bl.a. en stor risiko for pasientsikkerheten dersom uegnet helsepersonell forflytter seg mellom ulike arbeidsplasser uten at tilsynsmyndigheten er kjent med de alvorlige problemer hos disse.

De gjeldende meldeordninger oppleves ikke aktuelle for slike situasjoner. Varslingsbestemmelsen i helsepersonelloven § 17 er en plikt som bare påligger det enkelte helsepersonell, og gjelder ikke som sådan for kommunen/sykehuset. Avdelingsledelsen, enhetsleder, personalsjef eller andre som har ansvar i slike saker er ikke alltid helsepersonell. Også når det helsepersonell som har slike roller anser de seg ikke som dette når de håndterer personalsaker i avdelingen/klinikken/ kommunen. Erfaringen er derfor at helsepersonelloven § 17 i liten grad brukes i slike situasjoner og de alvorlige personalsaker blir sjeldent meldt iht. hpl. § 17. Vi opplever heller ikke at spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 fanger opp situasjonen når slike saker oppstår i et sykehus, da tyveriet, snokingen eller manglende egnethet ennå ikke har resultert i en pasientskade/nesten pasientskade. Heller ikke internkontrollplikten sørger i tilstrekkelig grad for at slike saker blir meldt tilsynsmyndigheten.

På denne bakgrunn foreslår Fylkesmannen i Sør-Trøndelag nye bestemmelser både i den nye helse- og omsorgsloven og i spesialisthelsetjenesteloven som pålegger virksomheten som sådan en meldeplikt til tilsynsmyndigheten når de avdekker alvorlige forhold hos et ansatt helsepersonell. Det foreslås en bestemmelse med følgende innhold:

*En virksomhet som omfattes av denne loven plikter snarest mulig gi skriftlig melding til helsetilsynet i fylket om helsepersonell som anses uegnet til å utøve sitt yrke forsvarlig på grunn av alvorlig sinnslidelse, psykisk eller fysisk svekkelse, langt fravær fra yrket, bruk av alkohol, narkotika eller midler med lignende virkning, grov mangel på faglig innsikt, uforsvarlig virksomhet, grove pliktbrudd etter helsepersonelloven eller på grunn av atferd som anses uforenlig med yrkesutøvelsen.*

Med hilsen

Kåre Gjønnnes  
fylkesmann

Ragnar Hermstad  
konstituert fylkeslege