



Fylkesmannen i Vest-Agder



HELSETILSYNET I VEST-AGDER

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 Oslo

(sendes også som e-post til: Postmottak@hod.dep.no)

DERES REF. / YOUR REF.:

VÅR REF. / OUR REF.
730 - 2010/6404

DATO / DATE:
11.01.2011

Forslag til ny kommunal helse- og omsorgslov: Høringssvar fra Fylkesmannen og Helsetilsynet i Vest-Agder

Vi viser til Helse- og omsorgsdepartementets høringsbrev av 18.10.2010. Vi gir felles høring fra Fylkesmannen og Helsetilsynet i fylket. Som det framgår av teksten, er det ulik oppfatning mellom de to på ett punkt; hvilken instans som skal være klage- og tilsynsmyndighet.

Generelle kommentarer

Vi slutter oss til ønsket om harmonisering av regelverket. Vi antar at forslaget kan gi grunnlag for bedre samhandling mellom forskjellige tjenesteytere, virksomhetsområder og tjenestenivåer. Regelverket kan bli mer tilgjengelig og oversiktlig for pasienter, brukere, tjenesteytere og virksomhetsansvarlige.

Forslaget tydeliggjør kommunenes overordnede ansvar for helse- og omsorgstjenester. Overordnet sett defineres kommunens ansvar som et "sørge for-ansvar"; samtidig som kommunene står fritt til selv å organisere oppgaveløsningen ut fra lokale forhold og behov.

Begrepene sosiale tjenester og sosialpersonell forsvinner og erstattes med omsorgstjenester og "helsepersonell". Begrepet "omsorgstjenester" har med det fått en noe videre betydning enn hva enkelte tradisjonelt har lagt i dette begrepet, for eksempel med utgangspunkt i kommunal organisering av "pleie- og omsorgstjenester". Det bør vurderes å tydeliggjøre dette i forarbeidene.

Helsetilsynet i Vest-Agder
Norwegian Board of
Health in Vest-Agder County

Postadresse/Post
Address:
Postboks 513 Lundsiden
No-4605
KRISTIANSAND
Norway

Tel: 38 17 60 00
Faks: 38 17 60 03
E-post/e-post
helsetilsynet@fmva.no
www.helsetilsynet.no

Besøksadresse/Street address:
Tordenskjoldsgt. 65, Kristiansand
Org.nr.: NO974 762 994

Kap 1 Formål, virkeområde og definisjoner

Til § 1-1 Lovens formål

Det er fornuftig at ordlyden i formålsbestemmelsen harmoniseres med spesialisthelsetjenesteloven.

Vi er usikre på innholdet i uttrykket "sosiale problemer" i punkt 2 og hva som er definisjonen av begrepet. Vi registrerer også at begrepet blir stående nokså isolert i lovteksten og kan fremstå som et "fremmedelement", etter som ordet "sosial" ellers går ut i mange andre sammenhenger.

I punkt 2 og 5 innføres en relativisering i form av adjektivet "økt". Dette kan dels virke mot sin hensikt og svekke formålsformuleringen, jf. punkt 2; det er likeverd som er formålet, ikke bare en økning av ufullkommen likeverd per i dag. Dels kan det oppfattes slik at økt samhandling er et mål i seg selv, jf. punkt 5; men formålet må være en samhandlingsgrad som sikrer tilgjengelighet m.v. Vi foreslår at "økt" sløyfes begge steder.

Til § 1-3 Definisjoner

Definisjonene av *pasient* og *helsehjelp* i pasientrettighetsloven bør av praktiske grunner gjentas i lovforslagets § 1-3 a og c. Selv om vi generelt er enige i at man bør unngå mange gjentakelser, da loven ellers kan "svulme opp", anser vi disse definisjonene som så sentrale at man må slippe å slå opp i en annen lov for å finne dem.

Vi vil i tillegg foreslå at det gjøres en endring i *pasientrettighetslovens* definisjon av *helsetjenester*, jf. § 1-3 d), ved at begrepet *primærhelsetjenesten* erstattes med *den kommunale helse- og omsorgstjenesten*. Systematikken blir da mer logisk, ettersom det i lovutkastet som er til høring, ikke er lagt opp til at "omsorgstjenester" er synonymt med "helsetjenester".

Kapittel 2 - Forholdet til andre lover

Til § 2-1 Forholdet til helsepersonelloven

Etter lovforslagets § 2-1 skal helsepersonelloven gjelde tilsvarende for alt personell som yter tjenester etter den nye loven. Det sies imidlertid også at ikke alle bestemmelser i helsepersonelloven vil være aktuelle for alle tjenesteytere, men man vil ikke gjøre endringer i de konkrete bestemmelsene av den grunn. Vi ser de lovtekniske hensynene bak dette valget, men ser samtidig at det vil medføre tolkningsproblemer i fremtiden. For å møte denne utfordringen er det viktig at paragrafenes nærmere anvendelse for annet personell blir omtalt i lovforarbeidene. Sentrale eksempler er:

- § 7 om øyeblikkelig hjelp
- §§ 39 og 40 om journalføring
- § 8 om pliktmessig avhold, jf. også foreslått innskjerping av bestemmelsen; det er ikke gitt at de hensyn som ligger bak de siste skjerpingsforslagene gjør seg gjeldende i like stor grad i alle deler av helse- og omsorgstjenestene.

Andre forhold ved dagens helsepersonellov:

På side 92 i høringsutkastet vises det til at departementet vil vurdere behovet for forskriftsendringer slik at de omfatter alt personell som tilbyr eller yter hjelp etter den nye loven. Som ett eksempel nevnes forskrift om begrensninger i helsepersonells adgang til å motta gaver. Det er uklart for oss hva det siktes til her. Helsepersonells forbud mot å motta gaver følger av helsepersonelloven § 9. Forskriftshjemmelen gir etter ordlyden kun adgang til å presisere hvilke ytelser som skal omfattes av forbudet. At alt personell som jobber i kommunens helse- og omsorgstjenester omfattes av gaveforbudet, følger av lovforslagets § 2-

1. Hvis det er aktuelt å innskrenke personkretsen for forbudet, må det gjøres i lovteksten. Vi ser imidlertid ingen grunn til å ha noe slikt skille mellom personellgrupper.

Endringer i helsepersonelloven

Til § 3 fjerde ledd:

Her kan bruk av bindeordet ”og” skape forvirring. Det bør det stå *institusjon som hører inn under lov om spesialisthelsetjenesten eller lov om kommunale helse- og omsorgstjenester.*

Til § 2-2 Forholdet til lov om statlig tilsyn med helsetjenesten

Vi viser til våre kommentarer til § 12-4 og til forslag om endringer i pasientrettighetsloven vedr. klageadgang. Vi har merket oss departementets utgangspunkt om at det bare skal være én tilsynsmyndighet og ett regionalt klageorgan; helsetilsynet i fylket eller fylkesmannen. Samtidig ser det ut til at fylkesmannen uansett skal være tilsynsorgan for saker etter kapittel 9. Dette er inkonsekvent.

Til § 2-3 Forvaltningslovens anvendelse

Rettsregelen er ikke lett å få tak i, men er mest en lovteknisk utfordring. Vi anser dog at forslaget kan medføre unødvendige ulikheter mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten.

I høringsnotatet drøftes det hvorvidt forvaltningslovens kapittel IV og V om enkeltvedtak skal gjelde, og man lander på at de som hovedregel ikke skal det. Unntak forelås for tildeling av hjelp som ytes på institusjon eller i hjemmet, og som strekker seg over et visst tidsrom, jf. *forslag til ny § 2-7 i pasientrettighetsloven.* Vi slutter oss til denne konklusjonen, men vil samtidig peke på at noen tjenester fra spesialisthelsetjenesten kan være sammenlignbare med de kommunale tjenester som forvaltningsloven sies å skulle gjelde for, både når det gjelder tildelingsmåten og lengden på tilbudet. Avhengighetsbehandling er ett eksempel.

Kapittel 3

§ 3-1 Kommunens overordnede ansvar for helse- og omsorgstjenester

Til annet ledd:

Vi foreslår å stryke ”herunder plikt til å føre internkontroll.” Denne presiseringen er overflødig, kan virke forvirrende eller ”mystifisere” internkontrollbegrepet. Beskrivelsen av kommunens ansvar i første setning er i hovedtrekk nettopp en gjengivelse av innholdet i internkontrollplikten.

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

Vi mener at det er en god balanse i lovforslaget når det gjelder detaljeringsnivået av de tjenester som kommunen skal ha. At profesjonsgrupper ikke nevnes i loven, er tilsvarende det som i all hovedsak gjelder for spesialisthelsetjenesten. Vi forutsetter at kravet til faglig forsvarlighet sikrer nødvendig kompetanse ved utførelse av de ulike oppgaver; og at man gjennom lovens forarbeider - evt. også ved forskrift - sikrer seg mot usikkerhet vedr. krav til kompetanse innen de forskjellige tjenesteområder.

§ 3-5 Øyeblikkelig hjelp

Det er fornuftig å tydeliggjøre kommunens plikt til å yte øyeblikkelig hjelp ved å innta en egen bestemmelse i loven. Det er da viktig å hindre usikkerhet om hvor befolkningen skal henvende seg ved behov for øyeblikkelig hjelp, og å sikre at ingen blir skadelidende på grunn av tidstap, hvis han/hun henvender seg ”feil.”

Lovfesting av plikt til å sørge for døgntilbud av helse- og omsorgstjenester til pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp kan være et effektivt og nødvendig virkemiddel for utvikling av slike tilbud i kommunene.

Kapittel 4 Krav til forsvarlighet, pasientsikkerhet og kvalitet

Til § 4-2 og spesialisthelsetjenesteloven § 3-4 b Pasientsikkerhet og kvalitet

Plikten til å sørge for at virksomheten yter systematisk pasientsikkerhetsarbeid må legges på kommunen eller virksomheten. Implikasjonen av et krav om at ”enhver,” i betydningen alle (enkeltpersonell) skal drive systematisk pasientsikkerhetsarbeid kan skape usikkerhet om ansvars plassering og er i strid med et hovedprinsipp for internkontrolltenkning. Det enkelte personells plikt til å hindre/forebygge skade kan uansett innfortolkes i forvarlighetskravet i helsepersonelloven.

Departementet ber ellers om høringsinstansenes synspunkter på den definisjonen av kvalitetsbegrepet. Etter vårt syn bør kvalitetsdefinisjonen av 15.07.2010 i Rapport fra Kunnskapssenteret erstatte Den fra Nasjonal helseplan 2007-2010. Begrepet *gitt dagens ----- ressursrammer* bør ikke inngå i definisjonen; det må tvert om kunne synliggjøres dersom ressursbegrensninger hindrer at kvalitetskrav oppfylles. Formuleringen *dagens profesjonelle kunnskap* i Kunnskapssenterets definisjon er en bedre formulering enn *gitt dagens kunnskapsnivå*.

Vi anbefaler for øvrig at internkontrollforskriften endrer navn til *Forskrift om styringssystem for helse og omsorgstjenestene*. Et slikt navneskifte vil ”avmystifisere” det vanskelig tilgjengelig internkontrollbegrepet og vil tydeliggjøre at ansvaret ligger hos ledelsen, ikke ”internt” hos den enkelte ansatte.

Kapittel 5 Særlige plikter og oppgaver

Til § 5-5 Medisinsk-faglig rådgivning

Selv om hovedprinsippet i loven er profesjonsnøytralitet, slutter vi oss til forslaget om videreføring av kommunelegefunksjonen, slik det for øvrig også er lagt opp til i forslag til lov om folkehelsearbeid. Lovfesting av kommunelegefunksjonen legger bl.a. grunnlag for få inn samfunnsmedisinske premiss innen vitale felt som beredskap, smittevern, samfunnsplanlegging og annet folkehelsearbeid. Det sikrer mulighet for faglig fundert beslutningstaking i hastesituasjoner. Det gir godt grunnlag for organisering av samarbeidet mellom fastlegene og kommunens administrasjon, samt mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten. Det sikrer ivaretagning av andre oppgaver som i lovverket er tillagt kommunelegen, jf. psykisk helsevernloven § 3-1, samt helsepersonelloven §§ 36 og 63.

Vi støtter departementets kommentarer på s. 194 om å stimulere til stillinger med samfunnsmedisinsk arbeid på heltid eller i alle fall med som hovedvirke, gjerne gjennom interkommunalt samarbeid.

Kapittel 6 Samarbeid mellom kommuner og regionale helseforetak

Vi er enige i at det lovfestes en plikt til slikt samarbeid. Lokalt er det allerede utarbeidet og vedtatt flere typer samarbeidsavtaler mellom kommuner i Agder og helseforetaket Sørlandet sykehus; både generelle avtaler mellom alle kommunene og HFet, avtaler mellom "regionale" interkommunale samarbeidsorgan (som Listerrådet) og deres lokalsykehus (som Sørlandet sykehus HF Flekkefjord) og avtale med enkeltkommuner for mer avgrensede tema. Å lovfeste samarbeid vil være i tråd med gjeldende praksis og samtidig sikre et samarbeid for framtida.

Vi er mer usikre på den rollen som Helsedirektoratet er tillagt. Det skal både gi råd og veiledning og opptre som mekler der hvor det oppstår uenighet om inngåelse av avtale. En slik uenighet berører lokale forhold. Tradisjonelt har Fylkesmannen meklerrolle innen fylket, og vi anbefaler at det vurderes å legge denne meklerrollen dit.

Kapittel 7 Individuell plan, koordinator og koordinerende enhet

Vi er enige i forslaget i § 7-1 om at ansvaret for å sette i gang arbeidet med IP og koordinering av planen forankres i kommunen. Vi støtter forslaget i § 7-2 om å konkretisere at det skal oppnevnes én koordinator for pasienter/brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester. Vi er også enige i at plikten til å ha en koordinerende enhet videreføres og tydeliggjøres i lovens § 7-3, og at denne enheten skal ha et systemansvar for arbeidet med IP og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinatorene. Vi ser at dette kan komme i strid med prinsippet om å gi kommunene større frihet til å organisere virksomheten i forhold til lokale behov; men all erfaring viser at arbeid med IP er avhengig av et klart plassert systemansvar; og at oppnevning, utvikling og opplæring av koordinatorene er satt i system.

Kapittel 8. Undervisning, praktisk opplæring og utdanning

§ 8-1 Undervisning og praktisk opplæring

Helsetjenester tenkes overført fra spesialisthelsetjenesten til kommunene. Det kommer ikke nærmere frem hvilke tjenester og aktiviteter som skal overføres, og derved heller ikke hva slags utdanning som er nødvendig for å sikre helsetjenestens behov.

Høgskoler og universitet må kunne tilby kommunene utdanningstilbud innrettet mot helse- og omsorgstjenester i kommunene, for eksempel etter- og videreutdanning i psykisk helsevern, rusomsorg, tjenester til personer med minoritetsbakgrunn, geriatri, folkehelsearbeid, helsestasjonsvirksomhet og skolehelsetjeneste.

Kapittel 9 Rettsikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemning

Vi merker oss at departementet ønsker en bedre samordning av reglene om bruk av tvang innen helse- og omsorgstjenestene, men at det ikke har vært kapasitet til å foreta dette arbeidet nå. Vi slutter oss til ønsket om en slik samordning, og ber om at prosessen startes opp raskt.

I det forslaget som nå foreligger, er det kun foretatt små endringer fra til dagens kapittel 4A i sosialtjenesteloven. Verken prosessuelle eller materielle regler er endret. Det medfører at man

i § 9-2 i første ledd har tatt ordrett inn nåværende bestemmelse i § 4-2 i sosialtjenesteloven. Dette må være utilsiktet. Det ville være besynderlig å vise til formuleringer i to lover som forutsettes opphevet; sosialtjeneste- og kommunehelsetjenesteloven. Teksten må formuleres i samsvar med kapittel 3 i ny lov. Overføringen av dagens bestemmelser innebærer også en formulering om at fylkesmannen skal være klageinstans; dette spørsmålet vil være avhengig av om det er fylkesmannen eller helsetilsynet i fylket som blir tilsyns- og klageinstans for den nye loven.

Ut fra Fylkesmannens erfaringer med kapittel 4A vil vi komme med innspill som vi mener bør innarbeides i nytt kapittel 9, evt. i en senere gjennomgang av tvangsbestemmelsene. Disse omtales kortfattet i det følgende. Vi kan på forespørsel evt. supplere med bakgrunnsstoff.

1. Det er kun lov å anvende tvang/makt i de situasjoner som er nevnt i § 9-2. Det er en kjensgjerning at utviklingshemmede kan ha utagerende atferd også på andre arenaer, f.eks. i skole eller ved arbeidstilbud. Etter gjeldende regelverk er det kun reglene om nødrett og nødverge som da kan brukes. Det er en utilfredsstillende situasjon som kan medføre en svekket rettssikkerhet, da prosedyrereglene i § 9-7 derved ikke følges.
2. Fremdeles er det uklart hvor vidt epilepsialarmer og liknende tiltak som varsler en situasjon som forutsetter medisinsk oppfølging, krever vedtak etter § 9-2 annet ledd, jf. § 9-5 tredje ledd. En presisering i loven vil skape en mer enhetlig praksis.
3. I unntakssituasjoner bør det kunne benyttes begrenset tvang for å øke livskvaliteten. Noen utviklingshemmede kan ikke ta del i hverdagsliv og opplevelser vi andre tar som en selvfølge, da de ikke har personlige forutsetninger for å forstå en handlingskjede der de først må overvinne noe ubehagelig for deretter å ta del i et større gode. Eksempler er små protester mot å kjøre bil til svømming, kafébesøk eller andre arrangementer som men vet at oppleves klart positivt. Vi anbefaler at det tas inn regler som muliggjør unntak fra bestemmelsen i § 4A-5. Vi er ikke bekymret for at hjemmelen vil bli misbrukt, da den forutsetter ordinær saksbehandling med stadfesting av vedtaket hos Fylkesmannen. Derimot vil et fortsatt strikt regelverk møte liten forståelse i kommunene, slik at de gjennomfører tiltak likevel, men da uten saksbehandling, tilsyn eller kontroll.
4. Av § 9-6 fremgår at skjerming skal foregå i beboerens ordinære beboelsesrom. Et slikt absolutt krav kan være uheldig. De fleste utviklingshemmede har en samlokalisert boform. Når det ikke i unntakssituasjoner er anledning til å skjerme personer utenfor eget beboelsesrom, for eksempel i et eget spesielt tilrettelagt rom, kan det få uheldige konsekvenser for andre beboere. Skjerming kan erfaringsvis også oppleves som straff, og da kan det oppleves krenkende å bli "straffet" i egen leilighet.

Kapittel 10 Tvangstiltak overfor rusmisbrukere

Også disse tvangsbestemmelsene er i all hovedsak videreført fra nåværende sosialtjenestelov. Vi merker oss med tilfredshet at departementet ønsker å ta også dette regelverket med i en bredere gjennomgang av tvangsbestemmelser innenfor helse- og omsorgstjenestene. Vi ser frem til denne gjennomgangen. Vi vil peke på noen uklarheter som bør vurderes endret allerede nå ved ny lov, evt. tas med til kommende gjennomgang.

1. I første ledd av § 10-3 heter det bl.a.: "...overveiende sannsynlig at barnet *vil* bli født...". For å unngå usikkerhet og tolkingstvil bør ordet *vil* erstattes med *kan*. Det vil etter også harmonere bedre med lovens intensjon.
2. Akuttinnleggelse av gravide rusmisbrukere bør være hovedregelen og ikke unntaket, slik det nå er formulert i loven.

Kapittel 12 Forskjellige bestemmelser

Til § 12-3 Pasienters og brukeres medvirkning

Vi støtter lovforslaget om å sikre ivaretagning av brukererfaringer og -medvirkning.

Vi vil ellers vise til at helsepersonellovens § 10 A *om helsepersonells plikt til å bidra til å ivareta mindreårige barn som pårørende* også vil gjelde for personell som arbeider etter den nye loven. I spesialisthelsetjenesteloven er det i tillegg en egen bestemmelse som skal sikre at barn som pårørende blir ivaretatt, § 3-7a *Om barneansvarlig personell*. Barn som pårørende er en spesielt utsatt gruppe når foreldre er syke eller har/får funksjonsnedsettelse. Den nye helse- og omsorgsloven gir kommunene et tydeligere og større ansvar for hele befolkningen. Vi ser det som ønskelig at ny lov får en tilsvarende bestemmelse som § 3-7 i spesialisthelsetjenesteloven, som tydeliggjør kommunens systemansvar for å ivareta barn som pårørende. Erfaringene etter mange års satsing på dette feltet viser at det er ikke tilstrekkelig å pålegge det enkelte helsepersonellet en plikt.

Til § 12-4 Statlig tilsyn

Ad klagebehandling - foreslått endring av pasientrettighetsloven §§ 7-2 og 7-3.

I lovforslaget er det ikke tatt stilling til om fylkesmannen eller helsetilsynet i fylket skal være tilsyns- og klagemyndighet etter loven. (Unntak er kap. 9, hvor nåværende bestemmelser i sosialtjenesteloven er direkte videreført). Etter vår vurdering bør valget mellom de to alternativene være basert på følgende forutsetninger:

1. Samme instans skal være både klage- og tilsynsmyndighet for alle tjenester etter ny helse- og omsorgslov. Det sikrer at erfaringer fra klagebehandling kan utnyttes direkte i tilsynsvirksomhet og vice versa.
2. Samme instans som nevnt i punkt 1 bør også være klage- og tilsynsmyndighet for alle andre helsetjenester; statlige, fylkeskommunale og private. Det sikrer helhetlig tilnærming i tråd med intensjonene i samhandlingsreformen, og det letter behandlingen av sammensatte saker som omfatter tjenester på ulike nivåer. Det sikrer også oversiktligheten i systemet og letter tilgjengeligheten for befolkningen.
3. Tilsyns- og klageinstansen må ha forvaltningsmessig og faglig tyngde og tillit både blant brukerne og hos virksomheter innen hele spekteret av helsetjenester / helse- og omsorgstjenester.

Helsetilsynet i Vest-Agder anser at helsetilsynet i fylket er den instansen som best kan ivareta alle klage- og tilsynsoppgavene for de samlede helse- og omsorgstjenestene i kommunene og for alle øvrige helsetjenester. Dette standpunktet baseres på følgende forhold:

1. Helsetilsynet i fylket er nå et vél innarbeidet organ med opparbeidet tillit både i befolkningen, kommunene, helsetjenesten forøvrig, pasient- og brukerombudene, media m.v. Det forhold at fylkesmannen per i dag er tilsyns- og klageorgan for omsorgstjenester etter sosialtjenesteloven, skaper imidlertid en viss forvirring.
2. Et skille mellom oppgavene til fylkesmannen og helsetilsynet i fylket når det gjelder oppgaver etter ny lovgivning vil - i motsetning til situasjonen i dag - gjøre at vi

konsekvent får videreført til fylkesnivå det som sentralt er oppgavefordelingen mellom Helsedirektoratet og Statens helsetilsyn. For kommunene vil det da være lett å forstå ”hvilken hatt” man i ulike sammenhenger møter i kontakt med det statlige fylkesnivået; tilsynshatten fra helsetilsynet i fylket og Statens helsetilsyn eller formidler- og forvaltningshatten fra fylkesmannen og Helsedirektoratet.

3. Av Difi-rapport 2009:9 ”En vellykket samordning av regional stat?” s. 21 fremgår at informanter i kommunene og helseforetakene ikke opplever at ”den tosporede linjen” byr på problemer. Fylkesmennene uttaler at ordningen er ”mindre problematisk enn de hadde fryktet” og ikke har ført til andre praktiske problemer enn at fylkeslegene må holde styr på hvilket brevpapir som skal brukes i hvilke situasjoner.
4. Helse- og klageorganet må kunne operere på tvers av fylkesgrensene overfor fylkesovergripende helseforetak og ikke minst må det opptre samordnet overfor det regionale helseforetaket. Dette er påpekt i Difi-rapport 2009:9 ss 43-44. I Helseregion Sør-Øst, som omfatter ti fylker, er denne utfordringen særlig krevende. Fylkesmannens mandat er knyttet til fylket, og han skal ”virke til gagn og beste for fylket”. For spesialisthelsetjenesten kan det erfaringsmessig være diskrepans mellom hva befolkningen der mener tjener fylket best, og hva som er best for befolkningen i hele helseregionen. Statens helsetilsyn kan etter helsetilsynsloven gi fylkeslegen - som leder av helsetilsynet i fylket - oppgaver som omfatter et større geografisk område enn eget fylke; noe som er helt nødvendig for tilsynet med spesialisthelsetjenesten.
5. Særlig i spesialisthelsetjenesten er gjennomslagskraften og tilliten sterkt knyttet til faglig troverdighet. Vi har grunn til å frykte at denne vil være lavere overfor fylkesmannen enn for helsetilsynet i fylket, som er ledet av fylkeslegen og har direkte linje til Statens helsetilsyn. Det kan da bli enda større vanskeligheter med rekruttering av medisinsk kompetent personell til fylkesmannen til tilsynsmyndigheten enn hva som er tilfellet i dag. Det vil i så fall igjen gå ut over faglig troverdighet, særlig i spesialisthelsetjenesten, og man kan ende opp i en vond spiral.
6. Fylkesmannen er statens fremste representant i fylket og har et samordningsmandat overfor statlige virksomheter i fylket. Spesialisthelsetjenesten er den største statlige arbeidsplassen i fylket. Denne konstellasjonen kan være et vanskelig utgangspunkt for allmenn tillit til fylkesmannen som selvstendig og faglig uavhengig tilsynsorgan for spesialisthelsetjenesten.
7. Dersom klage- og tilsynsfunksjonen legges til fylkesmannen, vil det på sikt kunne tvinge fram en utskilling og regionalisering av tilsynet med spesialisthelsetjenesten til større, regionale enheter. Det vil bl.a. vanskeliggjøre realisering av intensjonene i samhandlingsreformen

Fylkesmannen i Vest-Agder anser at fylkesmannen er den instansen som best kan ivareta alle klage- og tilsynsoppgavene for de samlede helse- og omsorgstjenestene i kommunene og for alle øvrige helsetjenester. Dette standpunktet baseres på følgende forhold:

1. Fylkesmannen har lang *tradisjon som klageinstans* og som *rettssikkerhetsinstans* etter særlovgivningen på de fleste kommunale sektorområdene. Fylkesmannens fokus på rettssikkerhet er godt kjent i kommunene.
2. Fylkesmannen vil være klageinstans for kommunale vedtak og samtidig ha myndighet ift. lovlighetskontroll av kommunale vedtak etter kommunelovens bestemmelser.
3. At fylkesmannen blir klage og tilsynsmyndighet er i tråd både med flertallet i Bernt-utvalget og med Aasland-utvalget. Det sistnevnte uttaler bl.a. følgende: *”Etter utvalgets oppfatning gjør de hensyn som utvalget mener legger føringer på statlig tilsyn med kommunesektoren, seg i like stor grad gjeldende for tilsyn med helsetjenesten i kommunene som med annet kommunerettet tilsyn. (..) Det tilsier at*

tilsynet med helsetjenesten i kommunene reguleres på samme måte som annet statlig tilsyn med kommunesektoren.” Bernt-utvalget foreslo også at tilsynet på fylkesnivå samordnes ved at tilsynet med helsetjenester overføres til fylkesmannen.

4. Statens helsetilsyn vil fremdeles kunne ha overordnet faglig ansvar for klage- og tilsynsoppgavene for alle helse- og omsorgstjenester i landet, selv om fylkesmannen blir felles klage- og tilsynsinstans. Dette harmonerer godt med departementets vurdering av at Statens helsetilsyn fortsatt bør ha ansvar for overordnet tilsyn med helse- og omsorgstjenester og påse at virksomheter drives på en faglig forsvarlig måte.
5. Alle relevante hensyn som anføres av departementet knyttet til tilsyn og klage ift. spesialisthelsetjenesten, kan ivaretas ved å velge fylkesmannen som regional klage- og tilsynsinstans.
6. Valg av fylkesmannen innebærer en *organisatorisk forenkling* og bedre ryddighet i ansvarslinjene både for kommuner og enkeltpersoner. Løsningen innebærer færre statlige enheter på fylkesnivå. Det vil være en betydelig forenkling både for kommunene som møter en tilsynsinstans uavhengig av fagområde, og for innbyggerne som får en felles tilsynsinstans for alle kommuneplikter, enten dette er på barnevernsområdet, helse, omsorg, sosialtjenester under NAV, opplæring, miljø mv.
7. Kommunelovens kap. 10 A forutsetter at det er *fylkesmannen som fører statlig tilsyn med kommunesektoren*. Hvis helsetilsynet i fylket skulle få hele tilsynsporteføljen på helse- og omsorgsområdet, ville det bryte med prinsippene og begrunnelsen for innføringen av egne bestemmelser i kommuneloven om dette. Det er en forutsetning for at fylkesmannen skal kunne ivareta sin rolle ift. samordning av statlig tilsyn med kommunesektoren at disse oppgavene legges til fylkesmannen.
8. Til spørsmålet om overføring av oppgaver fra helsetilsynet i fylket til fylkesmannen kan oppfattes som en faglig svekkelse, anfører HOD at det vil kunne motvirkes ved at alle embeter etablerer en *samlet helse- og omsorgsavdeling* under ledelse av fylkeslegen. Dessuten forutsettes det at Statens helsetilsyns overordnede faglige ansvar vil videreføres uavhengig av valg av regional klage- og tilsynsinstans. Det forhold at oppgavene også i dag utføres av personer som er ansatt hos fylkesmannen, og at den praktiske forskjellen er at vedtak, rapporter og pålegg sendes ut på ulike brevark, tilsier at det ikke er noen realitet i en påstand om at det innebærer en faglig svekkelse å overføre det samlede ansvaret til fylkesmannen.

Endringer i pasientrettighetsloven

Vi er enige i at de materielle rettighetene bør samles i én lov. Ulike klageordninger fører i dag til at lovverket fremstår uoversiktlig og kan være vanskelig tilgjengelig.

Til §§ 2-1a og 2-1b Rett til nødvendig helse- og omsorgshjelp og spesialisthelsetjenestehjelp
Forslaget er mer åpent og skjønnsbasert enn nåværende rettighetslovgivning, eksempelvis i sosialtjenesteloven. Dette kan gjøre det mindre forutsigbart for brukerne hvilke tjenester de kan få innvilget. Det er også en viss risiko for misforståelser om regelverket, og at det kan utvikles ulik praksis i kommunene.

Til §§ 7-2 – 7-3 Klage

Vi støtter forslaget om at klagereglene harmoniseres og samles i pasientrettighetsloven. Vi støtter også forslaget om at klagen skal sendes til den som har truffet enkeltvedtaket eller avgjørelsen; dette er informativt for dem som ønsker å klage, det gir også mulighet for at saken kan løses på lavest mulige nivå. Hvilke formkrav som kreves av klagen etter pasientrettighetsloven § 7-2, bør klargjøres i lovforslaget.

Til § 7-4 og 7-6 første ledd Tilsyns- og klageinstans

Når det gjelder spørsmålet om hvem bør være tilsyns- og klageinstans, viser vi til våre kommentarer ovenfor i tilknytning til forslaget til § 12-4 i ny lov.

Til § 7-6 første ledd Hensynet til det kommunale selvstyret

Forslaget innebærer at terskelen for å prøve kommunens frie skjønn på helse- og omsorgsområdet vil være høyere enn hva som generelt er angitt i forvaltningsloven. Sammenlignet med dagens regelverk for klage etter kommunehelsetjenesteloven og pasientrettighetsloven innebærer forslaget en begrensning av klageorganets kompetanse til overprøving av kommunale vedtak. Klageinstansen skal i følge forslaget legge stor vekt på kommunens selvstyre og *kommunens skjønnsmessige vurderinger av innretning og nivå på tjenestene utover lovens krav.*

I Ot. prp nr 12 (1998-99) s. 105 til pasientrettighetsloven heter det bl.a.:

Ettersom forvaltningslovens system gjelder med hensyn til fylkeslegens kompetanse i klagebehandlingen, kan fylkeslegen overprøve alle sider av saken, både rettsanvendelsen, overprøvelse av faktum og den skjønnsmessige vurderingen.

Full overprøvingsadgang er begrunnet ut fra hensynet til at medisinske vurderinger som skal ligge til grunn for hvilke helsetjenester som skal gis, ikke økonomi. Mange avgjørelser i helsesaker er preget av medisinsk-faglige vurderinger. Det er for oss uklart om lovforslaget innebærer at det frie skjønnet *kan* overprøves dersom det er klart urimelig, eksempelvis når de valgte tjenester ikke kompensere for det aktuelle hjelpebehovet; jf. hva som er situasjonen i dag ved behandling av klager på omsorgstjenester etter sosialtjenesteloven. Forslaget kan imidlertid også leses slik at klageinstansens kompetanse skal være lik den domstolene har ved prøving av det frie skjønnet, begrenset til kun å gjelde myndighetsmisbruk, eksempelvis usaklig forskjellsbehandling. Her er det behov for nærmere utredning og avklaring.

Under punkt 26.6 om administrative og økonomiske konsekvenser av lovforslaget - på s. 335 i høringsnotatet - hevdes at dersom klageinstansens kompetanse ikke begrenses, vil kommunens utgifter potensielt kunne økes fordi klageinstansen kan pålegge kommunen en mer kostnadskrevende tjeneste. Ved dagens klagebehandling etter nåværende sosialtjenestelov skal det tas hensyn til det kommunale selvstyret ved prøving av kommunens skjønnsutøvelse, og kommunen kan til en viss grad vektlegge økonomi ved valg av tjenester, eksempelvis når det gjelder omsorgslønn. Dette anser vi at gir kommunen tilstrekkelig handlingsrom til å velge mindre kostnadskrevende ordninger, dersom tjenesten ligger innenfor lovens minstekrav og faglig forsvarlighet. Den overprøvingskompetansen klageinstansen har i dag, er viktig for å ivareta rettsikkerheten til brukere og pasienter, og vi slutter oss ikke til et forslag som åpner for at kommunen kan marginalisere tjenestetilbudet i større grad enn i dag.

Til § 7-6 andre ledd – Ingen adgang til oppheving av vedtak

Vi støtter ikke forslaget om en endring som fratruklageinstansen kompetanse til å treffe nytt vedtak. Kommunen har mulighet til å vurdere saken i to omganger, ved førstegangsbehandling og ved klagebehandlingen. Når klageinstansen deretter skal ta stilling til om et vedtak som ikke kan stadfestes, skal omgjøres eller oppheves og sendes tilbake til kommunen for ny behandling, er det to hensyn som må veies opp mot hverandre; hensynet til klagers rettsikkerhet og hensynet til kommunens selvråderett. Slik forslaget er utformet, legges ubalansert og avgjørende vekt på kommunens selvråderett. I visse tilfeller *må* det legges mer avgjørende vekt på hensynet til klagers rettsikkerhet. Særlig vil dette gjelde saker

der det er behov for rask avgjørelse. Vi er ikke enige i at klagers rettsikkerhet er ivaretatt ved at han/hun kan påklage kommunens nye vedtak. Da blir saksbehandlingstiden vesentlig lengre, noe som i visse tilfeller vil stride mot forvarlighetskravet.

Endringer i spesialisthelsetjenesteloven

Til § 2-5 a Pasientansvarlig koordinator og opphevelse av § 3-7 om pasientansvarlig lege

Vi har i mange saker sett uheldige konsekvenser av mangel på koordinering innad i sykehuset og mangelfull informasjon til pasienter. Mange pasienter trenger et fast kontaktpunkt, som kan gi svar på både praktiske og medisinsk-faglige spørsmål. Vi mener det er viktig at loven fremdeles inneholder krav som sikrer dette. Vi ser det kan være fordeler ved at funksjonen gjøres profesjonsnøytral, men i spesialisthelsetjenesten vil det ofte være slik at pasienten etterspør informasjon fra behandlingsansvarlig lege. I dag er behandlingsansvarlig lege og pasientansvarlig lege ofte samme person. Den behandlingsansvarliges plikt til å informere pasienten vil uansett eksistere ved siden av en koordinatorordning, men kan reise nye samordningsproblemer.

Vi stiller ellers spørsmål ved om innslagspunktet for plikten - *komplekse eller langvarige og koordinerte tjenester* - kan gjøre at det blir for høy terskel for å få en pasientansvarlig koordinator. Det er i alle fall behov for å tydeliggjøre hva som ligger i disse begrepene.

Til § 3-3 Meldeplikt til Nasjonalt kunnskapssenter for pasientsikkerhet

Meldeplikten til helsetilsynet i fylket foreslås erstattet med en meldeplikt til Nasjonalt kunnskapssenter for pasientsikkerhet. Lovforslaget angir at formål for den nye ordningen er bedring av pasientsikkerheten ved at meldingene brukes for å avklare årsaker til hendelsen og forebygge at tilsvarende hendelse skjer igjen. Denne ordlyden er nærmest identisk med en hoveddel av formålet med dagens meldeordning etter § 3-3, slik det er beskrevet i lovens forarbeider og rundskriv. Vi stiller spørsmål ved om dette formålet vil kunne realiseres like godt som i dag med den ordningen det nå legges opp til.

Et annet formål ved dagens meldeordning - å legge til rette for helsetilsynet i fylket sitt tilsyn og oversikt over alvorlige hendelser og kvalitetsmangler - videreføres ikke med den nye ordningen. Tilsynsmyndigheten vil miste en vesentlig informasjonskilde til "områdeovervåkning" av situasjon og utviklingstrekk i spesialisthelsetjenesten, og identifisering og oppfølging av risikoområder i sykehuset vil bli vanskeliggjort.

Mottak av § 3-3 meldinger gir i dag tilsynsmyndigheten viktig informasjon; både når man ser totaliteten av mottatte meldinger i sammenheng, og når meldinger uteblir. Informasjon fra meldingene brukes ofte i en risiko- og sårbarhetsvurdering i forbindelse med valg av tilsynsområder og planlegging av tilsyn. Få meldinger fra en virksomhet kan noen ganger være et faresignal i seg selv.

Helsetilsynet i Vest-Agder har de siste årene mottatt et jevnt økende antall § 3-3 meldinger; fra 63 i 2006 til over 200 i 2010, det vil si mer enn en tredobling i perioden. Ut fra kjennskap til Sørlandet sykehus HF og foretakets arbeid med kvalitet og pasientsikkerhet mener vi økingen skyldes forbedret kvalitetsarbeid og meldekultur. Det er en god dialog rundt oppfølgingen av sakene. Ved opphoping av meldinger fra én avdeling, eller når det over tid mottas flere meldinger med andre fellestrekk, har det i noen tilfeller vært avholdt oppfølgende møter med sykehuset. Hvis det har dreid seg om forhold på tvers av avdelinger, har sykehuset

ikke alltid selv identifisert problemstillingen. Også i slike tilfeller oppleves positive dialog, og det er skjedd konkrete endringer i etterkant.

Vi mener helsetilsynet i fylket har en helt annen mulighet til å understøtte virksomhetens kvalitetsarbeid enn Nasjonalt kunnskapssenter vil kunne ha. Den lokale forankringen og kunnskapen om virksomheten har stor betydning. Kunnskapssenteret vil nødvendigvis måtte operere på et mer overordnet og generelt nivå. Vi mener dette kombinert med tap av informasjonstilgang for fylkesnivåets tilsynsmyndighet vil kunne virke mot hensikten med lovendringen, som skulle være bedret pasientsikkerhet.

Vi mener også oppgavefordelingen mellom Nasjonalt kunnskapssenter og Statens helsetilsyn vil bli uryddig ved den skisserte lovendringen.

Vi finner videre at premissene i høringsnotatet om at sanksjoner/ tilsyn ikke hører sammen med pasientsikkerhetsarbeid er oppkonstruert. Slik oppfølgingen av meldingene praktiseres, er det ytterst sjelden at det åpnes tilsynssak mot helsepersonell på bakgrunn av en § 3-3 melding. I de få tilfellene der en § 3-3 melding medfører tilsynssak, er denne nesten alltid rettet mot virksomheten, ikke mot individ. I 2010 har Helsetilsynet i Vest-Agder behandlet ca 15 tilsynssaker på bakgrunn av § 3-3 meldinger. Flertallet av disse er selvmordsaker, hvor vi etter embetsoppdraget fra Statens helsetilsyn skal ha et særlig tilsynsmessig fokus på virksomheten, og § 3-3 meldinger har vært en uhyre nyttig kilde for systematisk oppfølging av sykehusets arbeid med forebygging av selvmord.

Vi viser ellers til at lovfesting av krav om pasientsikkerhetsarbeid, jf. lovforslgets § 3-4, innebærer at tilsynsmyndigheten på fylkesnivå også må føre tilsyn med dette. Vi viser til opplistingen av fem sentrale elementer i virksomhetens arbeid med pasientsikkerhet, jf. høringsnotatets side 241. De tre første strekpunktene her er alltid en del av helsetilsynets fokus ved behandling av § 3-3 meldinger.


Vi er kjent med at Sørlandet sykehus i sin høringsuttaling til Helse Sør-Øst RHF om lovforslaget bl.a. uttaler:

*SSHF vil sterkt fraråde den foreslåtte endringen. Den vil innebære et klart brudd med flere sentrale prinsipper i pasientsikkerhetsarbeid, og vil gjøre både helseforetakenes og helsetilsynets arbeid meget vanskeligere på dette området. -----
Det er over år bygget opp en dialog med tydelige og klare roller mellom helseforetakene og tilsynsmyndighetene. En slik ordning som foreslås vil tappe helsetilsynet for verdifull kunnskap om virksomheten og kvaliteten på pasientsikkerhetsarbeidet, i tillegg til å hindre ledere på alle nivåer og fagmiljøene til selv å hente læring og drive lokalt forbedringsarbeid.*

HOVEDPUNKT

- Vi støtter hovedprinsippene i forslaget til felles kommunal helse- og omsorglov, men har ulik oppfatning om hvilken instans som skal være klage- og tilsynsmyndighet.
- Forholdet mellom helsepersonelloven og personell som ikke er helsepersonell, krever nærmere avklaring.
- Vi støtter videreføring av kommunelegefunksjonen og at det bør stimuleres til stillinger med samfunnsmedisinsk arbeid som hoved- eller heltidsfunksjon, gjerne som interkommunale ordninger.
- Det trengs en samlet gjennomgang av bestemmelser om bruk av tvang innenfor helse- og omsorgstjenestene. Det kan alt nå gjøres noen mindre justeringer i bestemmelsene om tvang overfor utviklingshemmede og tvang overfor gravide rusmisbrukere.
- Loven må pålegge kommunen en plikt til å ivareta barn som pårørende.
- Det må avklares hva bestemmelsen om å ta hensyn til det kommunale selvstyret ved klagebehandling innebærer i praksis. Det må ikke innebære at kommunen kan marginalisere tjenestetilbud i større grad enn i dag.
- Vi går mot at klageinstansen ikke skal kunne fatte nytt vedtak ved klagebehandlingen.
- Vi går mot overføring av behandling av meldinger om pasientskader fra helsetilsynet i fylket til Nasjonalt kunnskapssenter.
- Det må være én felles klage- og tilsynsmyndighet for tjenester etter ny lov. Samme instans bør også være klage- og tilsynsorgan for andre helsetjenester. Tilsyns- og klageinstansen må ha bred faglig tyngde og tillit. Helsetilsynet i Vest-Agder mener helsetilsynet i fylket skal ha denne funksjonen. Fylkesmannen i Vest-Agder mener den bør tillegges fylkesmannen.

Med hilsen


Ann-Kristin Olsen
fylkesmann


Kristian Hagestad
fylkeslege

Saksbehandler: Kristian Hagestad ☎ 38 17 68 933