

Høringsuttalelse

fra Fylkesmannen og Helsetilsynet i
Vestfold

Ny helse- og omsorgslov

INNLEDNING:

I likhet med vår uttalelse til Bernt-utvalgets forslag, er dette dokumentet en felles tilbakemelding fra Fylkesmannen og Helsetilsynet i Vestfold. Når det senere i uttalelsen står Fylkesmannen, innbefatter dette også Helsetilsynet i Vestfold.

GENERELT:

Uavhengig av hvordan tjenestene innrettes, vil kommunene få ansvar for flere og mer alvorlig syke pasienter. Det vil også bli større krav til formalisert tjenesteyting, vitenskapelig dokumenterbarhet, fleksibilitet og innsyn.

Det er imidlertid positivt at lovforarbeidene setter fokus på forbygging, tidlig intervensjon og samarbeid både horisontalt og vertikalt i forvaltningen. Funksjonelle IT-løsninger, solid økonomisk fundament som oppleves som rettferdig både i kommune og spesialisthelsetjeneste, og et tydelig og omforent lovverk vil uansett være viktig for at samhandlingsideen og intensjonene skal fungere i det daglige arbeidet.

Fylkesmannen i Vestfold har ved flere tidligere anledninger og høringsuttalelser gitt uttrykk for et ønske om en mer felles og omforent lovgivning på helse- og sosialfeltet. Vi ga derfor vår tilslutning til Bernt-utvalgets forslag om en felles helse- og sosiallov. Det er positivt at dette forslaget legger opp til en tilnærming i lovgivningen og et felles klage- og tilsynsorgan. Vi er imidlertid lite fornøyd med at den "sosiale" delen er borte fra intensjonene og begrepsbruken i lovgivningen. Det kan synes som om departementet har lagt til grunn at det kun er minimumsløsningen for de kommunale sosiale tjenestene i Nav-kontorene som gjelder; - altså at Nav-kontorene ikke fatter vedtak etter dagens lov om sosiale tjenester, at de ikke har ansvar for kontakten med rusbrukere, psykiatriske pasienter eller flyktninger og innvandrere. Dette er ikke en riktig forutsetning.

Det uttales i forslaget at "skillet mellom helse og omsorg oppheves". Det er faktisk slik at helse og sosial skiller lag. Vi mener ikke dette er positivt for pasient/bruker og vil derfor mene at loven burde hete og være en "helse- og sosiallov".

På en del felt legger forslaget opp til mer samordning og fellestenkning. Slik vi ser det, er dette ikke gjennomgående. Fylkesmannen i Vestfold mener at "helse- og sosialloven" burde inkludere både pasientrettighetsloven og helsepersonelloven. Slik forslaget ligger, er antall lover på helse- og sosialområdet ikke redusert og saksbehandlingsreglene som foreslås blir mer kompliserte. Pasient- og brukerrettighetene blir faktisk redusert, - både fordi regelverket knyttet til tildeling av tjenester kompliseres og fordi det foreslås å frata klageinstansen mulighet til å endre kommunale vedtak selv om de er lovstridige. Fylkesmannen i Vestfold mener med andre ord at den enkeltes rettigheter og det offentliges plikter bør være i samme lov og at forvaltningslovens regler bør gjelde for all tjenesteyting i kommunene. Behandling unntas fra forvaltningslovens regler slik det også er i dag. Vi kommer tilbake til dette i våre kommentarer til de enkelte kapitlene.

SAMMENDRAG:

- * Pasienter/klienters/brukeres rettigheter og kommunens plikter bør primært samles i en lov. Forvaltningslovens regler bør gjelde så langt det passer på hele tjenestefeltet.
- * Fylkesmannen er skeptisk til blandingen av generelle og spesifikk tjenesteopplisting slik den fremstår i § 3-2 pkt. 6. Det vil skape usikkerhet både om tjenestetilbud, vedtaksfatting, hva det kan klages på og selve klagebehandlingen.
- * Saksbehandlingsregler, herunder klageregler, bør i mindre grad avvike fra forvaltningslovens bestemmelser. Dette betyr blant annet at vi er uenig i unntaket som er foreslått for § 3-2, -jf lov om pasientrettigheter §§ 2-7 og 7-6. Forutsatt de kommentarer som Fylkesmannen har til § 3-2, - vil ordlyden i § 2-3 måtte endres. Klageinstansen må fortsatt kunne endre vedtak.
- * Avklaring av vederlag/brukerbetaling må skje parallelt med endring/forskyvning av tjenestetilbud.
- * Koordinatorer bør kunne oppnevnes fra andre tjenesteområder enn dem som defineres i denne loven. Det må kunne være fleksibilitet i hvordan koordinerende enhet organiseres.
- * Vi mener det er mulig å opprettholde dagens organisering med to tilsyns- og klageinstanser i fylket (Fylkesmannen og helsetilsynet i fylket), men mener primært at det bør legges til Fylkesmannen. Ved valg av løsning må det sikres:
 1. Samordning av tilsynsaktiviteten i forhold til kommunesektoren
 2. At tilsynet med spesialisthelsetjenesten er enhetlig innen samme helseforetak og i størst mulig grad også nasjonalt
 3. At tilsynet med og reaksjonene i forhold til helsepersonell, gjennomføres enhetlig på nasjonalt nivå
- * Høringsutkastet har en gjennomgående formulering om at forslaget "ikke medfører organisatoriske endringer eller økonomiske konsekvenser". Fylkesmannens vurdering er at lovendringene og forslagene for øvrig vil

medføre vesentlige kostnader både for kommuner og Fylkesmanne/helsetilsyn i flere år etter lovens ikrafttredelse.

- * Påstandene om at det foretas for mange unødvendige innleggelser i sykehus, er for dårlig dokumentert og er ikke gjenkjennbart fra praksis
- * Forsvarlighetsbegrepet må tydeliggjøres.
- * Kvalitetsdefinisjonen bør konkretiseres og operasjonaliseres.
- * Konsekvenser av utvidelsen av helsepersonellovens virkefelt er mangelfull og bygger til dels på feil forutsetninger.
- * Det må foreligge reell likeverdighet og omforente definisjoner mellom helseforetak og kommuner som forutsetning for avtaleinngåelser. Avtalene bør innsendes og primært håndteres regionalt,- ikke sentralt.
- * Det må skje en samordning og harmonisering mellom nåværende lov om sosiale tjenester kap. 4 a og pasientrettighetslovens kap. 4a.

FORMÅL, VIRKEOMRÅDE OG INTENSJONER – LOVENS KAP. 1

Departementet har bedt om en tilbakemelding på kvalitetsdefinisjonen i § 1-3 e som tenkes å være lik for både spesialisthelsetjenesten og kommunene. Fylkesmannen mener at definisjonen er lite konkret og operasjonell. Det kan blant annet være vanskelig å se hvordan det i enkeltsaker og enkeltkonsultasjoner kan måles at "grupper av befolkningen får en ønsket helserelatert velferd". Det kan også diskuteres hvorvidt ressursrammer skal ha innvirkning på hva som tilbys. Fylkesmannen vil anbefale at det i stedet legges opp til å benytte de seks målsettingene for kvalitet i helsetjenesten (og sosialtjenesten) som er uttrykt i dokumentet " ... å bedre skal det bli".

Fylkesmannen har ingen innvendinger mot forslaget om navne-endring på "internkontrollforskriften", men ser ikke helt nødvendigheten av det.

FORHOLDET TIL ANDRE LOVER – LOVENS KAP. 2

Det kan virke besnærende at helsepersonellovens bestemmelser skal gjelde for alle som yter tjenester etter denne loven. I praksis vil dette imidlertid by på mange utfordringer, - ikke minst fordi flere aktuelle personellgrupper ikke har autorisasjon. Også flere av dem som vil fatte vedtak etter denne loven, er knyttet til systemer utenfor "helse og omsorg". Det kan f.eks synes som om departementet har lagt til grunn at det kun er minimumsløsningen for de kommunale sosiale tjenestene i Nav-kontorene som gjelder, - altså at Nav-kontorene ikke fatter vedtak etter dagens lov om sosiale tjenester, at de ikke har ansvar for kontakten med rusbrukere, psykiatriske pasienter eller flyktninger og innvandrere. Dette er ikke en riktig forutsetning.

Når departementet først foreslår at helsepersonelloven også skal gjelde for alle som yter tjenester etter denne loven, ser Fylkesmannen med undring på at "aldershjem" og "barneboliger" ikke betegnes som helseinstitusjoner som denne loven skal gjelde for (jf. foreslått endring av helsepersonellovens §3 4. ledd). Er det noen områder innenfor det som er dagens lov om sosiale tjenester § 4-2 hvor helsepersonell finnes, så er det i disse institusjonene. Alternativet kunne være å fjerne hele aldershjemsbegrepet.

Fylkesmannen er positiv til at forvaltningslovens regler skal gjelde for det nye lovutkastet, - men er uenig i unntaket som gjelder for § 3-2. Forutsatt de

kommentarer som Fylkesmannen har til § 3-2, - vil ordlyden i § 2-3 måtte endres.

KOMMUNENES ANSVAR FOR HELSE- OG OMSORGSTJENESTER – LOVENS KAP. 3

Fylkesmannen er enig i at kommunen skal sørge for dem som "bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen". Andre alternativ er svært vanskelig å praktisere selv om noen kommuner (f.eks feriekommuner) får en merbelastning i perioder der andre kan ha lavere bemanning. Denne merbelastningen må i så fall kompenseres økonomisk, - f.eks med særskilte tilskudd/skjønnsmidler.

Fylkesmannen har heller ingen innvendinger mot at innholdet i § 10-1 ikke videreføres; - dette ikke minst fordi skillet mellom hva som er institusjon og boliger med omfattende tjenester blir mer og mer utvannet.

Fylkesmannen kan ikke se at utkastet tar opp problemstillingen knyttet til tildeling av tjenester til person med ulovlig opphold.

§ 3-2 er en viktig og omfattende paragraf som krever mange kommentarer. Diagnoseuavhengighet er tilstrebet. Dette er positivt, men ikke gjennomført gjennom hele forslaget. Vi peker spesielt på psykisk utviklingshemmede og rusmiddelbrukere. Dette bør endres.

Fylkesmannen er skeptisk til blandingen av generelle og spesifikk tjenesteopplisting slik den fremstår i pkt. 6. Det vil skape usikkerhet både om tjenestetilbud, vedtaksfatting, hva det kan klages på og selve klagebehandlingen. Formuleringen i pkt. 6 –"andre helse- og omsorgstjenester" er forklart som f.eks fysioterapi, ernæringsarbeid , personlig assistanse m.m". Fylkesmannen vil foreslå at skille mellom behandling og annen tjenesteyting videreføres fra dagens lovgivning. Vi vil videre foreslå at både støttekontakt, omsorgslønn, brukerstyrt personlig assistanse er spesifikt listet opp – ikke minst fordi tjenestene er nevnt andre steder i dokumentet – og også med egne lovparagrafer – henholdsvis §§ 3-7 og 3-9. Alle disse ordningene må likestilles saksbehandlingsmessig. Det er også svært uklart hva som er forskjellen mellom § 3-2 6 pkt c og § 3-9.

Det er greit at hjemmesykepleie og hjemmehjelp slås sammen. Det bør imidlertid også presiseres nærmere hva som skal kunne dekkes av andre

”hjemmetjenester” s.s alarm, matombringing, vaktmesterordninger og lignende. Dette har ikke minst konsekvenser for vederlagsberegning og andre betalingsordninger.

Vi håper departementet er klar over hvilke konsekvenser det kan få for kommunene og deres økonomi samt forholdet til arbeidsmiljølovgivningen når det nå åpnes for en plikt til å skulle yte ”heldøgns tjenester i eget hjem”. For mange brukere vil dette selvsagt være positivt. Tjenesteyting kan imidlertid bli svært kostbar. Vi stiller oss ellers undrende til at dette forslaget kommer uten at det samtidig tas stilling til vederlagsberegning og egenbetaling. Bernt-utvalget la til grunn at betalingsordningene burde være arenanøytrale. Det er var og er Fylkesmannen i Vestfold enig i. Endring og forskyvning av tjenestetilbud kan ikke foreslås uten at de økonomiske sidene tas stilling til samtidig. I dagens lovgivning har vi f.eks allerede en uklarhet knyttet til vederlag fra personer med opphold/tilbakehold i institusjon etter pasientrettighetslovens kap. 4a. Dette er avklart i forskrift når det gjelder hjemmetjenester.

Fylkesmannen vil inntil ytterligere avklaringer er foretatt, foreslå at § 3-2 6 pkt b kun omhandler institusjon.

På bakgrunn av forslaget om at barneboliger og aldershjem ikke skal betraktes som helseinstitusjon etter denne loven, er Fylkesmannen usikker på hvordan vedtak om disse plassene skal fattes – hvor hjemmelsgrunnlaget egentlig finnes.

Det framgår av ny partrl § 2-7 at det kun er tjenester som varer mer enn 2 uker det skal fattes vedtak om. Det kan sikkert være greit at enkel, akutt og kortvarig hjemmesykepleie e.l unntas fra vedtaksplikt. Fylkesmannen stiller seg imidlertid undrende til at dette skal gjelde alle tjenester knyttet til § 3-2 pkt. 6. Gjentakende rulleringsopphold av inntil 2 ukers varighet f.eks vil det ikke være hensiktsmessig å unnta fra vedtaksplikt.

§ 3-5 vil innbefatte at kommunen får en plikt til å ha tilbud om døgnopphold ved øyeblikkelig hjelp. Forslaget bygger blant annet på en påstand om at det skjer for mange unødvendige sykehusinnleggelser og at det er ledige plasser i de kommunale sykehjemmene som ikke utnyttes. Fylkesmannen kan ikke se at disse påstandene er godt dokumentert. Det er også slik begrepet ”unødvendige

innleggelser” tilbakevises av forskning og praksis. Det som derimot er dokumentert, er at det er svært vanskelig å forutsi diagnose eller prognose ved innleggelser. Det vil være enklere å få til gode rutiner og avtaler knyttet til utskrivning av pasienter.

Det er ikke konkretisert hvilke øyeblikkelig- hjelp-pasienter som skal være kommunens ansvar og hvilke som skal være spesialisthelsetjenestens. Det er heller ikke tatt stilling til hvordan betalingsordningene/vederlaget skal være i denne sammenhengen.

Denne typen tjeneste stiller store krav til kompetanse, personell og utstyr. Slik lovutkastet nå foreligger, er det en stor kommunal risiko å utvikle ressurskrevende tjenester med usikker finansiering, kvalitet og forsvarlighet.

KRAV TIL FORSVARLIGHET, PASIENTSIKKERHET OG KVALITET – LOVENS KAP. 4

Helse- og sosiallovgivningen har ulike innganger til hva en pasient/klient kan ha krav på. Etter dagens helselovgivning, har pasienten krav på nødvendig helsehjelp. Det er den enkelte helseutøver som definerer hva som er nødvendig. Etter sosialtjenesteloven har alle som er helt ”avhengig av praktisk og personlig hjelp” rett på en tjeneste. Det er opp til kommunen å definere hva tjenesten skal være, men det er utvilsomt at vedkommende har en rett.

Definisjonen av forsvarlighetskravet må tydeliggjøres i forarbeider og lovtekst. Statens helsetilsyn og departementet har ulik syn på forståelsen av begrepet. Det er svært viktig at betydningen av begrepet i ny lov kommer klart frem.

SAMARBEID MELLOM KOMMUNER OG REGIONALE HELSEFORETAK – LOVENS KAP. 6

Det finnes mye erfaring fra avtaleinngåelser mellom helseforetak og kommuner. De springende punktene er likeverdighet, definisjonsmakt og økonomi. Fylkesmannen har merket seg at mange av de forutsetninger og den argumentasjon som er lagt til grunn i St.meld 47 (2008-2009), har tatt utgangspunkt i spesialisthelsetjenesten og de utfordringer som sees fra det ståstedet. Fylkesmannen vil mane til forsiktighet med å lage ensidige forutsetninger og definisjoner av sentrale begreper – og lytte til de innspill som forhåpentligvis kommer fra enkeltkommunene. Det bør lages gode og tydelige sentrale definisjoner som tar hensyn til begge parter.

Fylkesmannen ser med undring på at Helsedirektoratet foreslår i § 6-4 som mottaker av innsendte avtaler – og også som meklingsinstans (§ 6-5). Det er mye som tyder på at det vil være mer hensiktsmessig at både innsendelse av avtaler og mekling foregår regionalt der kjennskap og kunnskap til både kommuner og foretak er langt mer spesifikk.

INDIVIDUELL PLAN, KOORDINATOR OG KOORDINERENDE ENHET – LOVENS KAP. 7

Individuell plan kan være et nyttig redskap når pasienten/klienten trenger koordinerte tjenester. Det er positivt at regelverket rundt individuell plan samordnes. Det legges opp til at kommunen nå får hovedansvaret for igangsetting og koordinering av individuell plan, og at det skal oppnevnes en koordinator som er en bestemt person som skal følge opp arbeidet.

Fylkesmannen er enig i dette, men vil påpeke at det i mange saker ville vært mer naturlig at en koordinator ble oppnevnt fra andre deler av kommunen, utenom helse- og omsorgstjenesten. Dette kan for eksempel være ansatte i NAV, skole, PPT eller barnehage. Med dagens lovverk, og med forslaget til ny lov, er dette vanskelig å få til. Det bør vurderes om lover på utdanningsområdet bør endres tilsvarende.

Det framgår at loven legger opp til at det skal være en koordinerende enhet i kommunen. Vår erfaring med koordinerende enheter så langt, er at det er ulike modeller som fungerer i kommuner med ulik størrelse og organisasjon. I store kommuner kan det faktisk bli uoversiktlig å ha bare en enhet. Fylkesmannen vil anbefale at loven ikke legger hindringer i veien for ulik organisering av koordinerende enheter. For øvrig støtter vi forslaget om at koordineringsansvaret for individuell plan på systemnivå, legges til koordinerende enheter.

Vår erfaring er at det ikke er en restriktiv tolkning av kravet om ”langvarige tjenester” som gjør at IP ikke lages. Problemene kan oftere være at de som trenger IP ikke blir informert om at tilbudet finnes. Den største utfordringen er, etter våre erfaring, å benytte planen som et aktivt virkemiddel; - det vil si bl.a. å holde den oppdatert og å få gjennomført planlagte tiltak, samt evaluert. Dette krever en stor ressursinnsats, som vi bl.a. gjennom klagesaker erfarer at ikke alltid er på plass.

RETTSSIKKERHET VED BRUK AV TVANG OG MAKT OVERFOR ENKELTE PERSONER MED PSYKISK UTVIKLINGSSHEMNING – LOVENS KAP. 9

Fylkesmannen er forundret over at departementet ikke har gjort noen forsøk på å samordne dette kapitlet med pasientrettighetslovens kap. 4a.

Departements tidligere argumentasjon om at plikten skal ligge i ny lov og retten i pasientrettighetsloven, er ikke fulgt opp her. Etter vår mening ville det kunne gitt mange gevinster at de to kapitlene 4a ble sett i sammenheng og med like saksbehandlingsregler.

Hvis denne ønskede samordningen ikke finner sted, må avsnittet om virkeområde (§ 9-2) harmoniseres med det som blir § 3-2 pkt. 6. Det kan ikke opereres med andre virkeområder for denne pasientgruppen enn for andre brukere av helse- og sosialtjenesten.

TVANGSTILTAK OVERFOR RUSMIDDELBRUKERE – LOVENS KAP. 10

Departementet gir uttrykk for at de ikke har hatt tid til å arbeide med dette kapitlet og at derfor kun gjøres mindre tilpasninger. Fylkesmannen beklager at nettopp kapitlet om rusbrukerne er nedprioritert – og ikke sett i forhold til det utredningsarbeidet som ellers har foregått på samme feltet, - jfr opptrappingsplanen for rusfeltet og Stoltenbergutvalgets innstilling.

FORSKJELLIGE BESTEMMELSER

Organisering av klage- og tilsynsansarbeidet

Kommunelovens § 10 A forutsetter at det er Fylkesmannen som er statens helse- og sosialtilsyn. Forarbeidene til denne paragrafen forutsatte at det statlige tilsynet med kommunens helsetjeneste skulle utføres av Fylkesmannen. Berntutvalget la også til grunn at helsetilsynets ansvar skulle legges innunder Fylkesmannen. Fylkesmannen i Vestfold var enig i det og vil fortsatt mene at det primært bør legges opp til at det er Fylkesmannen som blir felles klage- og tilsynsinstans.

Det fremkommer i departementets drøftinger at det framstår som problematisk å ha et tosporet system for klage – og tilsynsaker på helse- og sosialområdet. Vi kjenner oss ikke igjen i denne problembeskrivelsen. Påstandene ansees som grunnløse og oppleves ikke som noe problem i vårt

fylke i dag, verken fra Fylkesmannen/Helsetilsynets side eller i tilbakemelding fra kommunene. Selv om vi ser det hensiktsmessige med samordning av tilsynene med kommunesektoren har vi ikke erfaring for at kommunene har opplevd skillet eller mangel på samordning mellom Fylkesmannen og Helsetilsynet i fylket som noe problem. Vi mener derfor at det fortsatt er en mulig løsning å opprettholde dagens organisering. Uansett hvilken av de to løsningene som velges, må det sikres:

1. Samordning av tilsynsaktiviteten i forhold til kommunesektoren
2. At tilsynet med spesialisthelsetjenesten er enhetlig innen samme helseforetak og i størst mulig grad også nasjonalt
3. At tilsynet med og reaksjonene i forhold til helsepersonell gjennomføres enhetlig på nasjonalt nivå

Dette er mangelfullt belyst i Departementets drøftingsdel, avsnitt 27.7, vurdering og forslag. Overføring av tilsynsoppgavene med spesialisthelsetjenesten og helsepersonell fra Helsetilsynet i fylket til Fylkesmannen bør ikke skje før det er beskrevet hvilke konsekvenser det vil få for Fylkesmannen. Dette gjelder spesielt med hensyn til oppgavedeling mellom fylker som omfatter samme helseforetak.

Helsetilsynet i fylkene er dessuten avhengig av å søke bistand fra andre fylker i enkeltsaker og ved gjennomføring av tilsyn/systemrevisjon. Dette innebærer at Fylkesmennene må avgi ansatte til andre fylker eller akseptere at andre Fylkesmenn fører tilsyn med virksomhet lokalisert i eget fylke. Selv om dette er konsekvenser som ikke gjelder det nye lovutkastet direkte, må det tas stilling til konsekvensene i denne sammenhengen. Dersom det blir besluttet at den regionale tilsynsmyndigheten samles hos Fylkesmannen må det gjøres lovendringer som sikrer dette.

Tilsyn med helsepersonell skjer i dag ved at Helsetilsynet i fylket starter saken og oversender den etter retningslinjer gitt fra Statens Helsetilsyn. Vi bemerker at høringsutkastet ikke nevner dette under kapittel 27.7- Departementets vurdering og forslag. Tilsynsoppgavene i forhold til helsepersonell og eventuelt annet autorisert personell må beskrives og tydeliggjøres i forbindelse med plassering av det regionale tilsynsansvaret.

Spesielt om klageordninger

Det er vist til visse grunnleggende verdier og prinsipper i forslaget (kap 4) som skal videreføres i ny lov. Den nye loven skal også gi rettssikkerhet ved at den enkelte bruker/klient og pasient lett skal kunne sette seg inn i hva kommunens helse- og omsorgstilbud skal omfatte.

Saksbehandlingsregler, herunder klageregler, bør derfor i størst mulig utstrekning følge en lov og unntak bør unngås.

Som nevnt, er vi imidlertid av den formening primært at pasientrettigheter som motsvarer kommunes plikter i § 3-2 – skal forbli i denne loven og ikke plasseres i partr § 2-7. Slik det nå fremstår med unntak fra unntak fra unntaket, vil saksbehandlingen unødig forvansktes med den fare for manglende og ryddig saksbehandling det medfører. Vår erfaring er entydig at det er pasientene/klientene som taper på vanskelige saksbehandlingsregler.

Konsekvensene blir en klar svekkelse av pasientene/klientenes rettssikkerhet. Dette forsterkes ved innskrenket overprøving av kommunens 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 altså likevel en innskrenkning i klageorganets kompetanse til å prøve kommunens frie skjønn i forhold til dagens ordning. Det er ellers vanskelig å se behovet for en egen formulering i pasientrettighetslovens klageregler om overprøving av kommunens skjønn, når det står i setningen over at forvaltningsloven gjelder så langt den passer. Forvaltningsloven har allerede en bestemmelse, § 34, som presiserer dette

Utover dette forslås en avskjæring av klageinstansens kompetanse til å fatte nytt vedtak i saken. Dette ser Fylkesmannen som det mest alvorlige for klientene/pasientene. Vår erfaring er, at langt de fleste endringsvedtak skjer fordi kommunene har fatt lovstridige vedtak, - ikke fordi klageinstansen overprøver det faglige skjønnet. Med utelukkende mulighet for oppheving av vedtak, vil iverksetting av tjenester kunne dras ut i månedsvis; - i verste fall ikke bli iverksatt selv om det er lovmessig grunnlag for dem. Vi har mye erfaring for at oppheving av vedtak – spesielt i saker knyttet til nåværende lov om sosiale

tjenester § 4-2, i mange tilfelle fører til at saker kommer igjen og igjen uten at klienten/pasienten får innvilget tjenester. Dette kan ikke være lovgivers intensjon. Fylkesmannen ser det som svært uheldig at pasientrettighetene skal svekkes. Det er på dette området hvor tjenester til de svakeste skal ivaretas.

Taushetspliktbestemmelsen viser til forvaltningsloven, samtidig som annet ledd er en klar særbestemmelse. Det er vanskelig å se behovet for annet ledd, da forvaltningslovens taushetspliktbestemmelser ivaretar hensynet til at identifiserbare opplysninger og kontakt med helse- og omsorgsforvaltningen ikke kan gjøres kjent.

Det er også viktig at forvaltningslovens regler følges fullt ut ved saksbehandling av disse tjenestene. Vi er svært uenig i at Fylkesmannen ikke skal ha anledning til å endre vedtak.

Spesialisthelsetjenestelovens § 3-3

Vi ser det som uheldig av oppfølgingen av disse meldingene ikke lenger skal håndteres av Fylkesmannen. Informasjonen i disse meldingene ga gode innspill til oppfølging og tilsyn. Vi undres også over at tilsvarende regel for kommunens helsepersonell som allerede er hjemlet i helsepersonellovens § 38, ikke er nevnt og/eller iverksettes.

Økonomiske konsekvenser

Høringsutkastet har en gjennomgående formulering av at forslaget "ikke medfører organisatoriske endringer eller økonomiske konsekvenser". Begrepet og vurderingen er benyttet så sjablongmessig at det ikke vurderes som troverdig. Høringsutkastet angir ingen omfattende øking av befolkningens rett til å motta tjenester, men det administrative arbeidet med opplæring i omleggingene vil være omfattende. Fylkesmannens vurdering er at dette vil medføre vesentlige kostnader de første årene etter at loven har trådt i kraft.

Sammenhengen med ny folkehelselov

Fylkesmannen /Helsetilsynet i fylket, har avgitt egen høringsuttalelse som vi henviser til i sin helhet.