



Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 Oslo

Høringsuttalelse fra Fylkesmannen og Helsetilsynet i Buskerud – forslag til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester

Vi viser til Helse- og omsorgsdepartementets høringsnotat med forslag til ny lov om kommunal helse- og omsorgstjenester, med høringsfrist 18. januar 2011. Fylkesmannen og Helsetilsynet i Buskerud, heretter benevnt vi, avgir felles høringsuttalelse til forslaget.

Kommentarer til forslaget til ny helse- og omsorgslov

§ 2-1 Forholdet til helsepersonelloven – særlig om dokumentasjonsplikt

Vi støtter forslaget om at helsepersonellovens regler om dokumentasjonsplikt også innføres for dem som yter tjenester etter helse- og omsorgsloven som ikke er helsetjenester. Vi støtter det foreslåtte unntaket for mottakere av omsorgslønn.

Man bør likevel være oppmerksom på at forslaget vil medføre reelle endringer for enkelte grupper tjenesteytere. Vi sikter særlig til støttekontakter, brukerstyrte personlige assistenter og private avlastere som i dag ikke journalfører sin virksomhet. Vi oppfatter det slik at departementet ønsker å konkretisere innholdet i dokumentasjonsplikten for de ulike grupper tjenesteytere i form av en veileder eller et rundskriv, jf. høringsnotatets henvisning til veileder IS-1040. Dersom forslaget blir vedtatt slik det nå er utformet, mener vi at det er naturlig at dokumentasjonsplikten til de nevnte gruppene, med en generell henvisning til gjeldende regler i helsepersonelloven og journalforskriften, blir drøftet nærmere der.

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

Profesjonsnøytralitet og fagkompetanse

Vi er bekymret for at det profesjonsnøytrale forslaget til bestemmelse om tjenesteområder fører til at kommunene i større grad vil benytte ufaglærte eller personell uten tilstrekkelig formell kompetanse. Profesjonsnøytralitet kan også gjøre det vanskeligere for tjenestene å argumentere for ressurser til å ansette tilstrekkelig med faglig kvalifisert personell.

I vår løpende kontakt med kommunene ser vi stadig at faglig kompetanse er et område som er utsatt for svikt. Uten eksplisitte krav til fagkompetanse vil dette måtte utledes av kravet til faglig forsvarlighet. Vi har erfaring med at det er vanskelig for kommunene å forholde seg til forsvarlighetskravet som hjemmel for å sørge for tilstrekkelig fagkompetanse. I realiteten vil det i større grad bli overlatt til tilsynsmyndighetene å fastlegge det nærmere innholdet i forsvarlighetskravet på dette området. Vi ser dette som uheldig, siden tilsynsmyndighetene først kommer inn i bildet når påstand om en uforsvarlig situasjon er fremsatt. Dette innebærer at det er tilfeldig hvilke forhold tilsynsmyndigheten får kunnskap om.

Dersom det ikke blir gitt bestemmelser om faglige kvalifikasjoner, er det behov for at innholdet i tjenestene blir konkretisert og nærmere utdypet i lov eller forskrift, slik at det blir enklere for kommunene å utlede hva slags fagkompetanse som trengs.

Vi slutter oss for øvrig fullt ut til Statens helsetilsyns høringsuttalelse s. 9 på dette punktet.

Strukturen i forslaget til § 3-2 – pleie- og omsorgsbegrepet

Vi leser forslaget til § 3-2 slik at nr. 1–5 refererer til *innholdet* i tjenestene som skal ytes, mens nr. 6 handler om *hvor eller hvordan* tjenestene skal ytes. Vi mener at denne strukturen kan gjøre det vanskelig for kommunene å forankre tjenestene sine juridisk og vanskelig for brukere og pasienter å orientere seg om hvilke tjenester kommunene skal tilby.

§ 3-2 nr. 1–5 samsvarer med ulike elementer i definisjonen av helsehjelp, jf. pasientrettighetsloven § 1-3 bokstav c, med unntak av pleie- og omsorgsformål. Slik vi leser forslaget, vil dagens pleie- og omsorgstjenester i stor utstrekning falle inn under nr. 6 i bestemmelsen, uten at dette går klart frem. Vi mener at *pleie* er et så sentralt element i kommunenes tjenesteutøvelse, at dette bør komme eksplisitt til uttrykk i ordlyden.

Vi etterlyser videre en nærmere avklaring av *omsorgsbegrepet*, som gjennom lovforslaget kan se ut til å bli endret. Vi viser i den forbindelse til at pleie- og *omsorgsformål* også er et element i definisjonen av helsehjelp, mens omsorgstjenester heretter skal referere seg til tjenester som ikke er helsehjelp.

§ 3-2 nr. 1 bokstav b) og c) – helsestasjons- og skolehelsetjeneste

Et av tre innsatsområder i samhandlingsreformen knyttet til forebygging, er målet om en styrket helsestasjons- og skolehelsetjeneste. I § 3-2 er det foreslått at kommunen fortsatt skal ha helsestasjons- og skolehelsetjeneste. I forslag til ny nasjonal helse- og omsorgsplan er det varslet gjennomgang av forskriften for helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Vi mener at loven bør presisere at denne virksomheten også skal omfatte tilbud om tilgjengelige helsestasjonstjenester for ungdom (herunder unge som ikke er under utdanning)

Vi mener at det er vesentlig at disse tjenestene blir beholdt med en grupperettet tilnærming og som tverrfaglige arenaer. Ikke minst er det viktig at det forebyggende arbeidet med barn og unge i skolealder kan foregå i tett samspill med skolemiljøet. Vi er meget skeptiske til forslag som fra tid til annen er kommet om å overføre legeoppgavene i helsestasjons- og skolehelsetjenesten til konsultasjoner i en travel og i all hovedsak kurativ, fastlegehverdag.

Vi ser i praksis at det er store utfordringer i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, både med hensyn til å prioritere ressurser til tilstrekkelig personell med relevant fagkompetanse og til å ivareta de primærforebyggende oppgavene (individuelle og grupperettede) innen ernæring, fysisk aktivitet, tobakk, psykisk helse, seksuell helse og rus.

Vi mener at det ved revisjon av forskriften er behov for en konkretisering både av behovet for fagkompetanse og av tjenestens innhold, se også avsnittet ovenfor om profesjonsnøytralitet. Helsesøstre er spesialutdannet for å ta seg av oppgaver innen disse tjenestene, og derfor bør det fremgå av regelverket at denne gruppens kompetanse er sentral for helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

Vi ser også at det i praksis er en betydelig utfordring at skolen – som nødvendig samarbeidspartner – ikke er forpliktet i samme grad som skolehelsetjenesten. Samarbeid med skolen er en forutsetning for å drive helsefremmende og forebyggende arbeid i skolehelsetjenesten. Vår erfaring er at skolene er tilbakeholdne med å prioritere den tid og innsats som er nødvendig for at skolehelsetjenesten skal kunne utføre sine oppgaver. Vi mener derfor at det er behov for klare føringer for hvordan eksisterende lover og forskrifter for utdanning skal forstås og utnyttes i et folkehelseperspektiv, og større rom for helsetema i læreplanene. Manglende innpass for helsefremmende og forebyggende arbeid i skolen er en særlig stor utfordring på videregående trinn.

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

Vi slutter oss til Statens helsetilsyns høringsuttalelse på dette punktet. Vi støtter deres bekymring over at denne tjenesten omfatter mange og til dels ulike oppgaver, og at tjenestene i bokstav a), b) og c) delvis er overlappende.

Vi mener at det i utkastet er et uklart forhold mellom hjemmetjenester og heldøgns tjenester i eget hjem. Vi mener at det må tydeliggjøres at kommunen også har plikt til å tilby heldøgns tjenester i institusjon.

Vi savner videre en nærmere presisering av hva institusjonsbegrepet i blant annet lovforslaget § 3-2 nr. 6 bokstav b) omfatter. Det er i praksis usikkerhet rundt hvilke botilbud som regnes som institusjoner og hvilke boformer som regnes som egen bolig, og vi kan ikke se at dette er tilstrekkelig avklart i lovutkastet. Dette skillet har betydning blant annet for vederlag for tjenester, for adgangen til tilbakeholdelse etter pasientrettighetsloven kapittel 4A, og for adgangen til å klage på avslag (omsorgsbolig er ikke en tjeneste som brukere kan ha rettskrav på, i motsetning til sykehjemsplass).

Videre er vi bekymret for en forvirring rundt begrepene ”personlig assistanse” og ”brukerstyrt personlig assistanse”. Vi tror at det vil være en fordel å dele opp begrepet ”personlig assistanse” slik at det er lettere for innbyggerne å se hvilke oppgaver de har rett på hjelp til, dersom de fyller lovens vilkår. Eksempelvis bistand til fritidsaktiviteter, praktiske oppgaver i hjemmet, til egenomsorg, til opplæring osv.

§ 3-3 Kommunens ansvar for helsefremmende og forebyggende arbeid

Vi bemerker at de eksemplene på tiltak som er nevnt i § 3-3 særlig knytter seg til forebygging rettet mot grupper/individer med definert risiko for å utvikle problemer. I paragrafens overskrift og i § 3-2 nr. 1 fremgår det at kommunens helse- og omsorgstjeneste også skal drive helsefremmende arbeid. I utkastet til ny nasjonal helse- og omsorgsplan er det videre uttalt at det skal legges særlig vekt på primærforebyggende arbeid i de forebyggende helsetjenestene.

Etter vår oppfatning bør disse aspektene komme frem i § 3-3.

§ 3-5 Kommunens ansvar for øyeblikkelig hjelp.

Departementet har bedt om høringsinstansenes syn på om kommunene bør ha en lovfestet plikt til å ha døgntilbud for visse grupper øyeblikkelig hjelp-pasienter.

Vår oppfatning er at det vil være nødvendig med utstrakt bruk av interkommunalt samarbeid for at en slik ordning skal være gjennomførbar og faglig forsvarlig. Det bør utarbeides

sentrale krav til utbygging av lokale medisinske sentra med et minimums befolkningsgrunnlag. Det må skapes en robusthet med lokale medisinske sentra som har nødvendig medisinsk og annen helsefaglig kompetanse gjennom hele døgnet. Dette krever at mindre kommuner må samarbeide. Spesifikke tekniske løsninger må kreves av utstyr, og det bør være sentrale føringer på medisinsk og annen helsefaglig bemanning og kompetanse. Vi er enig i at de fire pasientgruppene som er nevnt i høringsnotatet, er relevante for lokal håndtering.

Dersom man tenker seg at ytterligere pasientgrupper skal håndteres på lokalt nivå, bør det utredes muligheten for regionale medisinske sentra.

§ 4-2 Pasientsikkerhet og kvalitet (jf. § 1-3 bokstav d) og e) og spesialisthelsetjenesteloven § 3-4b)

I lovforslaget er det utarbeidet en ny definisjon på begrepet kvalitet. Denne definisjonen samsvarer i liten grad med hva som er kjent og brukt i dagens helse- og omsorgstjeneste. Det fremgår at definisjonen i forslaget er forsøkt tilpasset definisjonen av begrepet kvalitet i ISO 9000 2006. De nasjonale, faglige retningslinjene som Helsedirektoratet utarbeider er blant de krav som bør gjøres gjeldende.

Statens helsetilsyn foreslår i sitt høringssvar at krav til pasientsikkerhet og kvalitet ikke blir hjemlet i en egen bestemmelse, siden dette allerede kan utledes av forsvarlighetskravet og internkontrollplikten etter gjeldende lovgivning. Vi slutter oss til dette. Etter vår mening bør internkontrollforskriften presiseres, slik at krav til kvalitet/pasientsikkerhet operasjonaliseres og tilpasses praksisfeltet.

§ 5-5 Medisinsk-faglig rådgivning

Vi støtter forslaget om å videreføre pålegget om at kommunene skal ha en kommunelege med oppgave medisinsk-faglig rådgivning.

§ 6-5 Mekling før avtaleinngåelse

Vi mener at funksjonen som meklingsinstans bør ligge til fylkesmannen slik som på andre områder. Fylkesmannen har gjennom sin oversikt over forholdene i kommunene og i spesialisthelsetjenesten best forutsetninger for å ivareta denne oppgaven.

§ 7-1 Individuell plan

Vi støtter forslaget om å gi kommunene hovedansvaret for individuell plan. I et fåtall saker vil brukere bare ha bistand fra spesialisthelsetjenesten, og det er naturlig at spesialisthelsetjenesten har ansvaret i de sakene. Med presisering av ansvar i helsepersonelloven vil hver enkelt ansatt ha en plikt til å undersøke og igangsette IP ved behov. Vi mener at forslaget er tilstrekkelig til at brukeres rettigheter blir ivaretatt på en hensiktsmessig måte.

§ 7-2 Koordinator

Mange brukere med stort hjelpebehov bruker mye tid til å koordinere egne tjenester. Vi savner en vurdering av om koordinering bør være definert som en tjeneste. Som tjeneste vil koordineringen gi rettigheter og klageadgang.

§ 7-3 Koordinerende enhet

Vi støtter departementets forslag om at kravet om å ha en koordinerende enhet blir tatt inn i ny lov om helse- og omsorgstjenester og i spesialisthelsetjenesteloven. Vi støtter forslaget om å tydeliggjøre det systemansvaret som koordinerende enhet bør ha.

Koordinerende enhet er forankret på ulike måter i kommunenes organisasjon i dag. En forutsetning for at koordinerende enhet skal kunne ivareta et systemansvar, er at enheten er plassert i linje under rådmannen og gis en sektorovergripende myndighet. Vi anbefaler at det gis nærmere bestemmelser om ansvaret til koordinerende enhet i lov eller forskrift.

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

Vi ser at departementet har som mål å samordne de ulike lovene som regulerer bruk av tvang i sosial- og helsesektoren. Vi støtter en slik samordning, men vi ønsker å påpeke at rettssikkerhetsaspektet i dagens sosialtjenestelov ikke må bli svekket for personer med utviklingshemning.

Når det gjelder nytt kapittel 9 i loven (erstatte sosialtjenesteloven kap. 4A), er det få materielle endringer i lovteksten. Vi vil imidlertid påpeke at det ikke er samsvar mellom de tjenestene som er opplistet i § 9-2 om virkeområde, og de tjenestene som er listet opp i § 3-2. De tjenestene som er satt opp i § 9-2 er derimot de samme tjenestene som finnes i dagens sosialtjenestelov samt kommunehelsetjenestelov. Vi legger til grunn at det er de samme tjenester som skal tilbys personer med utviklingshemning som resten av befolkningen og vil derfor gå inn for at ordlyden i § 9-2 blir endret i samsvar med dette.

Det bør presiseres at det skal oppnevnes en hjelpeverge med utvidet mandat til å ivareta vergemålsoppgaver etter disse bestemmelsene (§ 9-3).

Vi støtter at det i § 9-10 ikke lenger skal stå "så langt det passer" slik ordlyden er i nåværende bestemmelse. Dette er med på å tydeliggjøre plikten om skriftliggjøring og oppbevaring.

§ 12-4 Statlig tilsyn

Vi støtter forslaget om at det skal være en felles klage- og tilsynsinstans. Det er en nær sammenheng mellom behandling av klage- og tilsynssaker og det vil være mer oversiktlig for pasienten/brukeren dersom de har én instans å forholde seg til. Klagesakene gir viktig kunnskap og bakgrunn for å vurdere hvor det bør føres tilsyn. Bernt-utvalget fremhevet at det er uheldig at brukere av sammensatte tjenester har to ulike instanser å forholde seg til, noe vistadig får tilbakemeldinger om fra brukere av tjenestene.

Vi mener at fylkesmannen bør være klage- og tilsynsinstans. En løsning der Statens helsetilsyn har et overordnet ansvar for tilsynet på området og fylkesmannen utfører tilsynet i fylkene, innebærer at det blir færre statlige enheter på regionalt nivå. Dette vil gjøre det enklere og mer oversiktlig både for kommunene og deres innbyggere. Kommunene vil dermed forholde seg til én klage- og tilsynsinstans uavhengig av fagområde.

Helseforetakenes organisering på tvers av fylkesgrensene vil utgjøre en særskilt utfordring for fylkesmannen som regional statlig tilsynsmyndighet. Hvis tilsynet legges til fylkesmannen, må det derfor fortsatt være et helhetlig tilsyn med det enkelte helseforetak. Dette vil ha budsjettmessige/ressursmessige konsekvenser som dagens 1510-budsjettering

(fylkesmennes driftbudsjett) har problemer med å håndtere. Det vil være en særlig utfordring å styrke tilsynet med spesialisthelsetjenesten i en tid hvor embetene sliter økonomisk med en oppgaveportefølje som stadig øker.

Vi mener videre at fylkesmannen bør ha påleggskompetansen. Det kan vurderes å la Statens Helsetilsyn beholde påleggskompetansen overfor spesialisthelsetjenesten.

Kommentarer til forslag til endringer i pasientrettighetsloven

§ 2-1 a – rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester fra kommunen

Vi ser at vilkårsbestemmelsen slik den er utformet, er svært uklar. Dette kan innebære en fare for rettsikkerheten for brukere av tjenesten og for ulik behandling av ellers like saker i kommunene. Det utøves i dag stor grad av skjønn etter nåværende lov om sosiale tjenester når det blir vurdert om søker oppfyller vilkårene for å få hjelp, jf. sosialtjenesteloven § 4-3. Hvem som har krav på hjelp har endret seg med samfunnsutviklingen, og rundskrivet til den nåværende loven er i stor grad utdatert.

Den nye bestemmelsen er utformet etter dagens kommunehelsetjenestelov og presiserer ikke godt nok hvem som har rett til omsorgstjenester etter det nye regelverket. Vi mener at det ikke er tilstrekkelig at det blir presisert i forarbeidene at dagens standarder skal opprettholdes, da dette på sikt ikke vil være en tungtveiende rettskildefaktor for tolking av lovens bokstav. Det er viktig både for saksbehandlere i kommunen og for brukerne at det er tydelig hvem som har rett til tjenester. Det bør derfor komme en utfyllende forskrift til bestemmelsen. Utover dette slutter vi oss til Statens helsetilsyns uttalelse på dette punktet.

§ 2-7, jf. helse- og omsorgsloven § 2-3

Vi ser at forslaget om at reglene for enkeltvedtak ikke skal gjelde for hjemme-/institusjonstjenester med varighet på to uker eller kortere, samsvarer mer med den faktiske situasjon og praktiske behov.

Vi ser imidlertid muligheten for at dette i praksis kan medføre at tjenester som etter en faglig vurdering burde vært gitt for en lengre periode enn to uker, i stedet blir utmålt til to uker. Vi ser også for oss at det kan oppstå tvil ved rullerende korttidsopphold på institusjon. Vi mener at det er behov for en nærmere presisering av disse forholdene.

§ 7-2 Klage

Vi støtter forslaget om å oppheve § 7-1 om ”anmodning om oppfyllelse” og at saksgangen i klagesaker i stedet skal følge bestemmelsene i forvaltningsloven. Dagens bestemmelse i § 7-1 sikrer ikke at det gjøres en reell vurdering av pasientens henvendelse, og bestemmelsen fungerer derfor i mange tilfeller mer som en formalitet. Vi mener forslaget vil medføre at flere saker blir løst i første instans.

Når det gjelder spørsmålet om hvem som skal være klage- og tilsynsmyndighet viser vi til våre kommentarer til helse- og omsorgsloven § 12-4.

§ 7-6 – klageinstansens kompetanse i klagesaker

I høringen er det lagt stor vekt på kommunens frihet til selv å utøve hensiktsmessighetskjønn fordi det er kommunene som har best kunnskap om lokale forhold. Departementet foreslår på denne bakgrunn at klageinstansen ikke lenger skal ha adgang til å fatte nye vedtak i klagesaker.

Vi er ikke enig i dette forslaget. Vi mener forslaget vil svekke rettssikkerheten for mennesker med sammensatte og omfattende behov for tjenester. Personer med omfattende hjelpebehov har ofte ikke ressurser til å få prøvet en sak i rettsapparatet, og få saker kommer til rettsapparatet i dag. Dette kan føre til ulikheter for de som har behov for tjenester, avhengig av bosted og forskjellig praksis i de ulike kommunene.

Vår erfaring er at vedtaket i mange saker forblir uendret etter fornyet behandling i kommunen. Vi får tilbakemeldinger om at klager ikke orker å påklage vedtaket nok en gang, og mange opplever at det er vanskelig å nå fram i det kommunale systemet. Fylkesmannens mulighet til å omgjøre saker er derfor en garanti for uhildet og rettslig korrekt behandling i enkeltsaker.

Vi er også etter dagens praksis varsomme med å overprøve kommunens frie skjønn. Omgjøring er først og fremst aktuelt når kommunen ikke har gitt brukeren/pasienten behovsdekkende tjenester som vedkommende har rettskrav på. I tilfeller hvor brukers/pasientens rettigheter kan oppfylles på flere måter, vil vi ikke overprøve kommunens vurdering av på hvilken måte rettigheten skal gis.

Vi ser på denne bakgrunn ingen tungtveiende grunner for å avvike hovedregelen i forvaltningsloven om klageinstansens kompetanse.

Kommentarer til forslag til ny § 3-3 i spesialisthelsetjenesteloven

Slik vi forstår forslaget, har helseinstitusjonen plikt til å ”sørge for” at meldinger sendes, mens det legges opp til at det i praksis er det enkelte helsepersonell som skal melde direkte til Nasjonalt kunnskapssenter. Det forutsettes at vedkommende helsepersonell samtidig melder fra om hendelsen internt.

Vi er bekymret for at dette vil svekke den interne oppfølgingen av alvorlige hendelser, og at det vil bli lagt mindre vekt på å løfte behandling av alvorlige hendelser opp på ansvarlig nivå i virksomheten. Dette vil igjen undergrave myndighetskravet om internkontroll gjennom evaluering av egen virksomhet, kvalitetsutvikling, læring av egne feil mv. Vi tenker også at det i praksis kan oppstå uklarheter om *hvem* som skal melde, da flere helsepersonell ofte er involvert i en hendelse.

Det kreves ofte grundige undersøkelser og spesialiserte og komplekse analyser for å avklare hendelsesforløp og årsaksforhold ved alvorlige hendelser i spesialisthelsetjenesten. Vi stiller på denne bakgrunn spørsmål ved om Nasjonalt kunnskapssenter vil få et tilstrekkelig faktagrunnlag gjennom melding fra enkeltpersonell. Vi tror videre at det vil være vanskelig å gjøre en god analyse av en hendelse uten å ha mulighet til å innhente pasientjournal og informasjon om styringssystemer og faglige rutiner mv. fra virksomheten. Vi er usikre på om Nasjonalt kunnskapssenter gjennom denne type meldinger vil være i stand til å kunne

”avklare årsaker til hendelsen” (jf. første ledd) og til å avdekke ”alvorlig svikt på systemnivå” – hvilket igjen vil føre til at Statens helsetilsyn blir varslet (jf. femte ledd).

Vi er ikke enig i forslaget i tredje ledd om at melder kan være anonym. Hvis det ikke er kjent hvor en hendelse har funnet sted, er det heller ikke mulig å varsle tilsynsmyndigheten om alvorlig systemsvikt etter femte ledd. Vi mener at tilsynsmyndigheten må sikres kunnskap om og mulighet til å følge opp hendelser som indikerer alvorlig systemsvikt.

Etter annet ledd i forslaget skal melding gis uten identifikasjon av pasientens navn eller fødselsnummer. Det fremgår av høringsnotatet at man legger opp til at melding kan gis over internett etter samme modell som www.hemovigilans.no. Vi vil bemerke at beskrivelsen av hendelsesforløpet også kan være taushetsbelagt informasjon, selv om pasientens navn eller fødselsnummer er utelatt. Det skal ofte ikke mye informasjon om en hendelse til, før en som får tilgang til opplysningene kan koble dette til personer vedkommende er kjent med. Etter vår vurdering bør derfor forholdet til taushetsplikten utredes nærmere ved vurdering av praktiske og sikkerhetsmessige løsninger for meldesystemet.

Vi støtter for øvrig Statens helsetilsyns høringsuttalelse om meldeordningen.

Høringsnotatets kapittel 38.1 – pasientforløp i spesialisthelsetjenesten

Departementet stiller i høringsnotatet spørsmål om den generelle vurderingsfristen i pasientrettighetsloven § 2-2 bør gjøres kortere. Vi er prinsipielt sett positive til dette, men stiller oss svært tvilende til om det er mulig å gjennomføre i praksis. I praksis er det store utfordringer med å overholde den fristen som er i dag.

Departementet stiller videre spørsmål om det bør presiseres nærmere hva fristen i pasientrettighetsloven § 2-1 annet ledd tredje punktum skal referere til (tidspunkt for innkalling til utredning eller tidspunktet for selve behandlingen). Vi har erfart at det er stor usikkerhet rundt dette og at bestemmelsen praktiseres ulikt. Det er etter vår oppfatning et problem at helsetjenesten ofte ikke gjør tiltak for å avklare pasientens helsetilstand og behov for helsehjelp innen vurderingsfristen. Vi ser at pasienter systematisk blir satt opp til første time for vurdering eller utredning, og at helsetjenesten heller ikke senere i forløpet foretar en reell vurdering av ”når faglig forsvarlighet krever at pasienten senest skal få nødvendig helsehjelp”. Pasientene sikres dermed ikke en forsvarlig fremdrift i helsehjelpen, uten at dette vil synes på en statistikk over fristbrudd. Vi mener på denne bakgrunn at en klargjøring av dette vil være hensiktsmessig.

Med hilsen

Fylkesmannen i Buskerud



Kirsti Kolle Grøndahl
fylkesmann

Helsetilsynet i Buskerud



Ketil Kongelstad
fylkeslege