



Helse og Omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 Oslo

Deres referanse
Vår referanse 2010/7661-0 721.0 THD

Dato 18.01.2011

Forslag til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester – Uttalelse fra Fylkesmannen og Helsetilsynet i Oppland

Det vises til brev av 18. oktober 2010 med vedlagt høringsnotat. Fylkesmannen i Oppland og Helsetilsynet i Oppland har samordnet sine synspunkter og avgir ett svarbrev. Det vises også til vår uttalelse om forslaget til ny folkehelselov som er oversendt departementet i eget brev.

Høringsnotatet er etter vår mening godt gjennomarbeidet og gir et balansert bilde av status, sentrale føringer og forslag til ny lov. Det viser på en god måte bredden og kompleksiteten i helse- og omsorgsarbeidet. Med et såpass omfattende arbeid er faren likevel til stede for at noen aspekter blir uteglemt eller ikke kommer sterkt nok frem.

Notatet samsvarer etter vår mening ikke godt nok med høringsnotatet for ny folkehelselov. Vi mener det burde vært vurdert om ikke de to forslagene i sin helhet burde vært slått sammen i ett lovforslag. Dette ville ha klargjort balansen mellom de to områdene bedre .

Nærmere om enkelte spørsmål som reises i høringsnotatet

Overføringen av 3-3 meldinger til Kunnskapssenteret

Kvalitetskontroll med helseprofesjonene har vært diskutert i EU og i alle europeiske land gjennom flere år. Markedsorienteringen er sterkere i de fleste landene i Europa enn i Norge og redselen for å trække sterke profesjonsmiljøer på tærne er større i disse landene . Norske fagmiljøer er ikke redde for negativ kritikk der dette oppstår og man kjenner regler og rammer på en annen måte enn i resten av Europa. At man i Norge nå legger stor vekt på dette og vil prøve å komme bort fra det en oppfatter som "kontroll og "straffeeksersis" til et informasjonsregime på 3-3 meldinger, må settes inn i den rette konteksten.

Det er sjelden at 3-3 meldinger åpner for tilsynssak både nasjonalt og i Oppland, og hvis de gjør det, skjer det som regel i sammenfall med at pårørende eller pasient klager på den samme hendelsen. Vår erfaring er at vi nå har skapt en konstruktiv og åpen dialog med sykehusenes kvalitetsutvalg som er med på å forsterke fokus både på kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. Divisjonene i Sykehuset Innlandet HF er tydeligere enn før på at de i større grad bruker avviksmeldinger og uønskede hendelser som en del av sitt løpende kvalitetssikringsarbeid. Dette er også noe vi ser både i behandlingen av enkeltsaker og i planlagte tilsyn. Foretakene synes derfor i større grad å legge kvalitetssikring og kvalitetsforbedring til grunn i sin styring, og dette står sentralt i den dialogen vi har etablert med foretaket.

En god meldekultur må stimuleres og skjerpes fra tid til annen. Vi mener at å flytte meldemottakeren fra en lokal/regional til en sentral instans, vil vanskeliggjøre den tette dialogen som er nødvendig for reell kvalitetsforbedring. Vi kan derfor ikke støtte et slikt forslag.

Utydelige krav til kompetanse for å sikre kvalitet

I lovforslaget stilles ingen tydelige krav til tjenestene eller kvaliteten på tjenestene. Loven er ment å være profesjonsnøytral, men det angis likevel at jordmor er utdannet til å arbeide i svangeskaps- og barselsomsorgen, og at helsesøster er utdannet til å arbeide i skole- og helsestasjonstjenesten. Andre profesjoner som har utdanning som er knyttet til flere områder i helsetjenesten angis ikke, slik som fysioterapeuter, aktivitetører, ergoterapeuter, logopeder, osv.

Overnevnte grupper er viktige og har faglig bredde og omfang med tilbud og oppgaver innenfor alle de individrettede og grupperettede helse- og omsorgstjenestene i lovforslaget § 3-2. Da oppgavene og omfanget av disse tjenestene inngår mer eller mindre i de opplistete helse- og omsorgstjenestene i lovforslaget § 3-2 fra nr 1 til nr 6, vil innbyggernes rett til forsvarlige og kvalifiserte tjenester kunne bli svakere ivare tatt og kommunens plikt til å tilby kvalifisert kompetanse bør bli tydeligere.

Autorisasjon skal sikre at helsepersonellet har de nødvendige kvalifikasjoner for yrket. Slik loven foreslås, er det etter vår mening ingen tydelig sikring av kvalitet gjennom krav til at personellet skal være autorisert. I loven omtales helsehjelp som helsetjeneste. Dette kan innebære at loven ikke er til hinder for ansettelse av personellgrupper som ikke har autorisasjon eller kompetanse til å yte helsetjenester, noe som vi mener kan være uheldig.

Helsepersonell har profesjonsutdanning, og det gir trygghet for at personellet kan sitt fag og legger grunnlag for faglig forsvarlighet i yrkesutøvelsen. Vi mener profesjoner burde være et begrep for kvalitet og tydeliggjøre hvilke oppgaver man er kvalifisert til å gjøre slik at pasientene får best mulig behandling.

Internkontrollforskriften

Det foreslås at internkontrollforskriften skal skifte navn til "forskrift om styringssystem for helse- og omsorgstjenesten". Vi ser liten gevinst i et navneskifte. Det måtte i så fall få konsekvenser også for internkontrollen i barnevernstjenesten, i tjenesten til NAV etc.

Gode og forsvarlige pasientforløp

Vi tror ikke at en ytterligere skjerpelse av regelverket på dette punktet vil bedre situasjonen for forskjellige brukerkategorier. Vi mener at visse minimumstider blir omtalt i en "rammelovgivning" på dette punktet, og at Helsedirektoratet får i oppdrag på regelmessig grunnlag å utgi tall for vurderingstid, henvisningstid, epikrisetid etc. for de forskjellige kategoriene med en målsetting om best mulig pasientforløp for alle kategorier. Slik vil dette spørsmålet bli løst på en dynamisk måte og gjøre det mulig med stadig forbedring og samtidig unngå at tallene omgås eller etter hvert får mindre betydning.

Barnevern

Kontaktflaten som helse- og omsorgssiden har, og i økende grad vil ha til barnevernstjenesten, er lite omtalt. Det burde etter vår mening vært en nærmere beskrivelse av dette med vekt på saker om fattigdom, rusmisbruk hos foreldre, etc.. I Oppland viste det landsomfattende tilsynet om barnevern i 2008 at samarbeidet og samordningen innad i kommunene var mangelfull. Dette er i høringsnotatet kun omtalt med henvisning til tekniske endringer i barnevernloven, og vi mener dette ikke er tydelig nok.

Rus og psykisk helse

Lovforslaget peker på at "veien inn" i spesialisthelsetjenesten er for enkel innen rus- og psykisk helsevern, og legger opp til et utvidet ansvar for døgnberedskap for kommunene. Det er flere brukerorganisasjoner som er skeptiske til et evt økt kommunalt ansvar. Et mulig utfall er at pårørende kan bli tillagt uforholdsmessig store omsorgsoppgaver der det tar tid å etablere et fullverdig kommunalt tilbud.

Spesielt for de med samtidig psykisk lidelse og rusmiddelmisbruk er det dokumentert god effekt av en integrert behandlingsmodell, samt noen psykososiale behandlingsmetoder som f. eks. motiverende intervju. Dette, som regnes som "fremtidens behandlingstilnærming" til denne pasientgruppen, er i liten grad tilgjengelig i Norge i dag – selv innen spesialisthelsetjenesten.

Det er etter vår mening en fare for at helsetjenestetilbudet til disse pasientene på kort sikt kan bli svakere og føre til ulikheter i tjenestetilbudet, hvis et større ansvar skal legges til kommunene. Det er derfor viktig å sikre et godt nok tilbud i en evt. overgangsperiode.

Voldsoffermottak

Diskusjonen om ansvarsfordeling mellom spesialisthelsetjeneste og kommunehelsetjeneste er aktualisert på mange fronter. Myndighetene har siden 2007 hatt føringer for etablering og drift av overgrepsmottak (jf. Veileder IS-1457), slik at de som har opplevd seksuelle overgrep eller vold i nære relasjoner får et medisinsk og sosialfaglig forsvarlig og likeverdig tilbud i alle deler av landet. Føringerne går på at overgrepsmottakene skal etableres i kommunal regi, men gjennom et etablert samarbeid med spesialisthelsetjenesten. I enkelt fylker (Finnmark og Oppland) er det uenighet i tolkningen av veilederen, under henvisning til at de tjenestetilbud som skisseres naturlig hører hjemme i spesialisthelsetjenesten og således ikke bør være et kommunalt ansvar. Vi mener det ville vært formålstjenlig om den nye loven kunne tydeliggjøre ansvarsfordelingen mellom kommuner og sykehus på dette feltet bedre.

Klageinstans

Vi mener at det bør være en felles klageinstans for sosial-, helse- og barnevernssaker. En av intensjonene ved den nye loven, er å gi brukerne likeverdig og godt tilbud uavhengig av forvaltningsnivå. Forsvarlig virksomhet bør måles mot en felles standard enten klagesaken eller tilsynssaken har sin opprinnelse i spesialisthelsetjenesten eller i kommunehelsetjenesten. Det er også vår erfaring at i "de store og alvorlige sakene" er ofte begge nivåene involvert.

Nærmere om kapitlene i lovforslaget

Kapittel 1. Formål virkeområde og definisjoner

I formålsparagrafen er det to steder tatt til orde for at en normangivelse bør økes. Loven skal "bidra til økt likeverd og likestilling" og å "sikre økt samhandling". Vi mener dette betinger en referanse til et utgangspunkt som kan bli feil som en normangivelse. Målet er likeverd og at det skal samhandles, ikke at målet bare nås gjennom økt likeverd eller økt samhandling. Vi foreslår at ordet "økes" tas ut av lovteksten.

Kapittel 2. Forholdet til andre lover

Til § 2-3 Forvaltningslovens anvendelse

I høringsforslaget legges det opp til felles bestemmelser om klage, hvor Fylkesmannen/det lokale helsetilsyn i utgangspunktet får full prøvingsrett, men hvor det lokale helsetilsynet/Fylkesmannen ved prøving av det frie skjønn skal legge stor vekt på hensynet til det kommunale selvstyre.

I tillegg legger forslaget opp til at Fylkesmannen/det lokale helsetilsyn ikke lenger skal kunne treffe nytt vedtak (omgjøre), men kun oppheve vedtak og sende dem tilbake til kommunen for ny behandling. Det forholdet at klageinstansen ikke kan treffe nytt vedtak, er en praktisk viktig endring, og vi er av den oppfatning at dette vil kunne få uheldige konsekvenser bl.a. i forhold til lengre saksbehandlingstid før brukeren får sitt endelige vedtak, at uenighet mellom kommune og helsetilsynet/Fylkesmannen i enkeltsaker kan føre til at klagesaker vil versere i systemet i flere omganger og at kommunen vil få merarbeid i forhold til at flere klagesaker må behandles på nytt innen en frist som settes av klageorganet. Vi mener at rettsikkerheten for brukeren må veie tungt ved vurdering av klagebestemmelsene i ny felles lov, og det er vår vurdering at dette ikke vil bli ivare tatt tilfredsstillende hvis klageinstansen fratas mulighet til å endre kommunens vedtak.

Kapittel 3: Kommunens ansvar for helse- og omsorgstjenester

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

Vi støtter departementets forslag om å regulere kommunens overordnede ansvar for nødvendige helse- og omsorgstjenester som et "sørge-for-ansvar", både fordi dette vil være tydelig og fordi det samsvarer med hvordan ansvaret er regulert for spesialisthelsetjenesten.

Kommuner som inngår avtaler med private virksomheter om å yte tjenester etter denne loven må være ansvarlige for å påse ved avtaleinngåelse og senere oppfølging at tjenesteyter overholder

kravene i lovgivningen. De private aktørene bør få presisert et selvstendig ansvar for tjenestene de yter som selvstendig rettssubjekt.

Til § 3-2 nr. 6 bokstav b) Heldøgns tjenester i eget hjem eller institusjon

I forslaget sidestilles tjenester i eget hjem og i institusjon, noe som kan gi inntrykk av at kommunen kan velge om de ønsker å tilby alle tjenester i hjemmet og bygge ned institusjonstilbudet. Terskelen for å gi heldøgntjenester i form av institusjonsplass vil i så fall kunne bli høyere.

Vi mener det bør skilles mellom tjenester som ytes i institusjon og de som ytes i hjemmet. Dette bl.a. fordi tjenestene i hjemmet antas å allerede være dekket av § 3-2 nr 6 bokstav a).

Departementet beskriver tjenesten som *ulike helse- og omsorgstjenester som ytes eller er tilgjengelige 24 timer i døgnet*. Dersom det skal være likeverdighet mellom institusjon og tjenester i eget hjem, bør det i begge tilfeller kunne kreves stasjonær bemanning som løpende kan yte bistand etter behov uten særlig ventetid. Vi mener at dette bør klargjøres og presiseres.

For personer med et så stort bistandsbehov at de trenger heldøgns tjenester, vil det å få tjenestene i hjemmet kunne være betydelig mer byrdefullt enn om de fikk tjenestene i institusjon. Dette vil særlig gjelde utfordringene knyttet til det å ha egen bolig, for eksempel styring av egen økonomi, vedlikehold, innkjøp og kontraktsinngåelse. Slike utfordringer ivaretas ofte av pårørende eller en hjelpeverge, men kan uansett bli problematisk når tjenestemottakeren ikke har samtykkekompetanse. Tilbakeholdelse etter pasientrettighetsloven kapittel 4 A kan bare gjøres i institusjon, og ikke i hjemmet. Slike former for hjelp vil da ikke kunne ytes, og dette vil nødvendiggjøre bruk av institusjonsplasser.

Samhandlingsreformen legger opp til at flere pasienter og brukere skal få tjenester i kommunen, og ikke i spesialisthelsetjenesten. Kommunene vil da få ansvar for flere og dårligere pasienter og brukere enn de har nå. Flere av disse kan ikke fullt ut ivaretas gjennom hjemmebaserte løsninger, men vil være avhengig av institusjonsplasser.

Når en tjenestemottaker får tilbud om institusjonsopphold, fattes det normalt vedtak om dette uten at innholdet i tilbudet beskrives med den samme detaljeringsgrad som er nødvendig for hjemmebaserte tjenester. En slik detaljeringsgrad vil være nødvendig dersom heldøgns tjenester skal gis i hjemmet. Dette er ikke omtalt i høringsutkastet.

Til § 3-5 Kommunens ansvar for øyeblikkelig hjelp

Særlig om døgnopphold for helse- og omsorgstjenester ved øyeblikkelig hjelp

Høringsinstansene er spesielt bedt 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.

Bakgrunnen for forslaget ligger i samhandlingsreformens intensjon om at flere pasientforløp skal ivaretas i kommunene, samt en oppfatning av at det eksisterer unødvendige innleggelser i spesialisthelsetjenesten. Dette går igjen i lovens § 6-2 hvor innholdet av lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten beskrives. Et av punktene i avtalen skal omfatte "tiltak mot unødvendig innleggelse av pasienter i sykehus".

Vi mener at en ordning hvor kommunene pålegges en plikt til å ha døgnopphold for øyeblikkelig-hjelp pasienter kan innebære risiko for at enkelte pasienter ikke får den hjelpen de trenger. Et risikoområde er at skrøpelige eldre med akutt sykdom eller skade ikke får tilstrekkelig rask og kyndig hjelp. Direkte innleggelse i sykehjem og ikke via sykehus hvor den diagnostiske kompetansen finnes, vil kunne medføre ventetid før tilstrekkelig diagnostisk vurdering og behandling kan gjøres. Dette vil bl.a. kunne omfatte manglende tverrfaglige akuttgeriatiske tiltak, suboptimal slagbehandling og bruddbehandling.

Konsekvensen av å pålegge kommunene plikt til å ha døgnopphold for øyeblikkelig-hjelp pasienter er usikker. En slik plikt forutsetter i så fall et godt strukturert institusjonstilbud, og at kravene til hva et slikt tilbud skal inneholde, omtales tydelig i forskrift. Utfordringer for kommunene vil kunne være at en del av institusjonsplassene må stå tomme for beredskapsformål og at kommunen må sikre seg spesialisert fagkompetanse i form av lege- og sykepleierressurser for å ivareta øyeblikkelig-hjelp funksjonen da legevakttjenesten neppe er tilstrekkelig for å betjene denne tjenesten.

Tilsynserfaringer fra enkeltsaker viser også at pasienter som oppsøker fastlege eller kommunal legevakt for øyeblikkelig hjelp ikke alltid blir henvist til spesialisthelsetjenesten i situasjoner hvor pasientens helsesituasjon tilsier at dette burde vært gjort.

Til § 3-7 Omsorgslønn

Bestemmelsen er en videreføring av gjeldende rett. Vi avventer utvalgets innstilling sommeren 2011.

Kapittel 4. Krav til forsvarlighet, pasientsikkerhet og kvalitet

Til § 4-1 Forsvarlighet

Bestemmelsen innebærer en videreføring av gjeldende rett om kommunens forsvarlighetsplikt, og støtter forslaget om å lovfeste denne i en egen bestemmelse.

Forsvarlighetsbegrepet er illustrert med tre underpunkter, som antas å være i overensstemmelse med gjeldende rett. Det bør gå frem, for eksempel i forarbeidene, at disse ikke er uttømmende. På samme måte bør det også fremgå at kravet også innebærer et krav til styring og internkontroll, for eksempel til klar organisering og risikostyring.

Bestemmelsens 2. ledd gjelderplikten til å ha forsvarlige journalsystemer. Den hører derfor mer naturlig hjemme andre steder i loven, for eksempel kap. 5.

Til § 4-2. Pasientsikkerhet og kvalitet

Forslagets § 4-2 pålegger virksomheter som yter tjenester etter loven å sørge for systematisk kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid. Vi støtter målsetningen om å styrke arbeidet med pasientsikkerhet og kontinuerlig kvalitetsforbedring, som er en naturlig del av virksomhetens internkontroll og ivaretagelse av forsvarlighetskravet.

Departementet foreslår at den videre konkretisering og presisering foretas gjennom endringer i internkontrollforskriften. Vi støtter dette. Den foreslåtte bestemmelsen kan da bli overflødig.

Internkontrollforskriften kan med fordel bli mer utfyllende i forhold til krav om kvalitetsforbedring, pasientsikkerhet, risikostyring, bruk av erfaringer fra tjenestemottakere og pårørende samt ledelsens oppfølging. Det bebudede arbeidet med å utvikle forskriften imøteses.

Til § 4-3. Helsedirektoratets ansvar for nasjonale faglige retningslinjer, veiledere og kvalitetsindikatorer

Vi støtter forslaget om å beskrive Helsedirektoratets ansvar for faglige retningslinjer, veiledere og kvalitetsindikatorer. Selv om en slik lovfesting ikke er nødvendig, vil det kunne ha en positiv pedagogisk effekt.

Kapittel 5 Særlige plikter og oppgaver

Til § 5-5. Medisinskfaglig rådgivning

Kommunelegefunksjonen har en viktig rolle i det befolkningsrettede forebyggende arbeidet og er sentral i styringsdialogen med fastlegene, slik det er beskrevet i punkt 8.3.1 i St.meld. nr. 47 om Samhandlingsreformen.

Vi mener kommunelegens rolle og funksjon bør komme klart til uttrykk i lovtekst og merknader. Kommunelegefunksjonens rolle i de medisinskfaglige utfordringer som kommunene må forventes å

kunne håndtere, bør tydeliggjøres. Slik situasjonen er i dag, er kommunelegene bare i varierende grad med i vurdering og utvikling av pleie- og omsorgstjenestene og allment planarbeid.

Kapittel 6. Samarbeid mellom kommuner og regionale helseforetak

Til avtalebasert lovpålagt samarbeid

Tilsynserfaringer har vist at dagens samhandlingsavtaler mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten ikke alltid virker etter hensikten. Dette skyldes i noen grad at de ikke er kjent og implementert, til tross for at de har eksistert noen år.

Med et stort antall avtaler vil det være en fare for at tjenestetilbudet blir mer ulikt fra kommune til kommune, siden spesialisthelsetjenestens tilbud til pasientene vil kunne avhenge av avtalen som er inngått med den enkelte kommunen der pasientene bor. Siden dagens avtaler synes lite kjent for de som skal anvende dem, vil det kunne bli vanskelig å sikre at helsepersonellet i spesialisthelsetjenesten har oversikt over avtalene med de ulike kommunene. Ved en eventuell videreføring av ordningen med fritt sykehusvalg, er det meget uklart hvilke konsekvenser avtaleordningen vil få.

Høringsnotatets drøfting av ulike prinsipper og former for avtaleinngåelse, samt vurderingene av om det er myndighetsoppgaver som skal settes ut eller om det dreier seg om kjøp av tjenester, viser at dette er et komplisert område. Departementet hevder at lovfestingen vil være hensiktsmessig for å gi kommunene et mer likeverdig partsforhold i avtalene og sikre mer enhetlig praksis nasjonalt. Vi kan ikke se at høringsnotatet gir tilstrekkelig argumentasjon for at plikt til lovpålagte avtaler vil ha slike effekter. Bruk av avtaler forutsetter at begge eller alle parter ønsker det. I denne sammenheng er det uklart hva slags fordel kommunene har ved å inngå disse avtalene.

Dersom kommunene skal påta seg nye store helse- og omsorgsoppgaver, må de ønske det, og de må settes økonomisk stand til det. Innbyggerne skal tilbys tjenester ut fra deres behov og ikke ut fra kommunens økonomi. Et nytt finansieringssystem må derfor gi de rette økonomiske incentivene slik at samarbeid vil lønne seg, og gi et godt helse- og omsorgsfaglig tjenestetilbud. Kommunen må også øke sin beredskap fordi oppgavene som de må påta seg vil være mer faglig utfordrende enn i dag. Dette forutsetter en økning i antall fagårsverk. Mange kommuner sliter allerede i dag med å rekruttere og beholde høyt utdannet helsepersonell.

Vi mener oppsigelsestiden for samarbeidsavtalene bør være noe kortere enn ett år, for eksempel 6 måneder. Det bør videre være en fastlagt virkeperiode på 4 år og at evalueringen synkroniseres med kommunevalgene, for eksempel med evaluering ett år etter hvert kommunevalg.

Kapittel 7. Individuell plan, koordinator og koordinerende enhet

Til § 7-1 Individuell plan, koordinator og koordinerende enhet

Vi støtter forslaget om å tilplikte kommunene arbeidet med å koordinere en individuell plan i særlige tilfelle.

Til § 7-3 Koordinerende enhet

I sin uttalelse til forslaget til ny folkehelselov, har vi fremhevet behovet for at folkehelsearbeidet får en klarere organisatorisk plassering i kommunen. Vi mener at folkehelsearbeidet med fordel også kunne knyttes til denne koordinerende enheten for habilitering og rehabilitering.

Kapittel 12. Forskjellige bestemmelser

Til § 12-4 Statlig tilsyn

I høringsnotatet foreslår departementet nye regler om statlig tilsyn i helse- og omsorgsloven som er harmonisert med kommuneloven kapittel 10A. Dette medfører ingen endring i rettstilstanden hva gjelder hovedformålet med statlig tilsyn overfor kommunene på områdene helse- og omsorg, nemlig å undersøke og bedømme om kommunen overholder kravene i lovgivningen.

Både helsetilsynet Oppland og Fylkesmannen i Oppland støtter departementet i at det bør være ett felles regionalt klage- og tilsynsorgan, og med en direkte styringslinje fra Statens helsetilsyn som overordna faglig ansvarlig.

Fylkesmannen i Oppland er av den oppfatning at klage- og tilsynsmyndigheten etter den nye loven bør legges til Fylkesmannen. Dette begrunnes med at det vil samordne og ivareta behovet for en felles klage- og tilsynsinstans overfor kommunene. Det vil også forenkle ordningen slik at pasienter og brukere kan forholde seg til en instans. Løsningen innebærer færre statlige enheter på regionalt nivå, og vil være i tråd med forslagene både fra Bernt- og Aasland-utvalget. De faglige styringslinjene vil som på alle andre områder under Fylkesmannen gå fra fagdirektorat/fagtilsyn, i dette tilfelle Statens helsetilsyn.

Helsetilsynet i Oppland anbefaler at det nå ikke tas stilling til hvorvidt dagens ordning med delt ansvars plassering mellom Fylkesmannen og helsetilsynet i fylket skal beholdes i fremtiden før ordningen er ytterligere evaluert i forbindelse med samhandlingsreformen. Dette bl.a. fordi en overføring av alt klage- og tilsynsansvar til Fylkesmannen vil medføre behov for lovendringer som ikke er omtalt i høringsutkastet, bl.a. tilsynet med spesialisthelsetjenesten. Vi mener videre at alle krefter nå må settes inn på å støtte de prosessene som følger av samhandlingsreformen og at en overføring av tilsynsansvaret fra helsetilsynet til Fylkesmannen bør bero inntil denne reformen har funnet sin form. Faglighet og uavhengighet vil styrke brukernes interesser noe som tilsier at helsetilsynet bør være førende for tilsynsvirksomheten etter den nye loven.

Meklerrolle

En sentralt virkemiddel for å sikre et helhetlig tjenestetilbud er samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak. I høringsnotatet foreslås det at Helsedirektoratet skal ha rollen som mekler hvis det ikke blir enighet om en slik samarbeidsavtale. Etter vår mening vil det, ut fra blant annet lokalkunnskap, være naturlig at Fylkesmannen tillegges en slik rolle. Det vil også harmonere med den rollen Fylkesmannen ble tillagt i forbindelse med NAV-reformen.

Sluttbemerkninger

Lovforslaget må sees i sammenheng med de øvrige helselovene som for eksempel helsepersonell-loven, pasientrettighetsloven, helseregisterloven, pasientskadeloven og spesialisthelsetjenesteloven. Dette bidrar til at man ser helheten, men også kompleksiteten i helsetjenestene.

Pasienter får tjenester både av kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten styres av departement via RHF'ene og årlige oppdragsdokumenter. Kommunene styres kun gjennom lovverk og rammefinansiering via statsbudsjettet, og kommunenes rammefinansiering skal dekke svært mye mer enn helsetjenester. Ved styring av det faglige innholdet av kommunehelsetjenesten vil kommunelegene ha stor innflytelse. Det vil ligge en risiko for svikt i den enhetlige pasientbehandlingen når styringssystemene for de to sammenhengende tjenestenivåene er såpass forskjellige.

Den forbedrede horisontale balansen mellom yrkesutøverne og tjenesteområdene på kommunalt nivå, må nå balanseres med den vertikale linjen mellom nivåene i helsetjenesten som fortsatt vil eksistere etter lovens ikrafttredelse og som det var hovedintensjonen å gjøre noe med i samhandlingsreformen. Forskriftene som skal utarbeides må bøte på dette og gi aktørene gode insitamenter, organisatoriske og finansielle rammer som kan møte dette både horisontalt og vertikalt.

Kristin Hille Valla

Tharald Hetland
Fylkeslege/avdelingsdirektør

Kopi: Helsedirektoratet
Statens helsetilsyn
