



Fylkesmannen i Østfold



Helse- og omsorgsdepartementet

Postboks 8011 dep
0030 OSLO

Deres ref.:

Vår ref.: 2010/7925 733.1 SRO

Vår dato: 13.01.2011

Høringsuttalelse fra Fylkesmannen i Østfold til forslag om ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester

Vedlagt følger høringsuttalelse fra Fylkesmannen i Østfold til forslag om ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester.

Med hilsen

Dette dokumentet er elektronisk godkjent av

Anne Enger
fylkesmann

Elisabeth Markhus
fylkeslege

Vedlegg

- 1 Høringsuttalelse fra Fylkesmannen i Østfold til forslag om ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester

Forslag til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester – Høringsuttalelse fra Fylkesmannen i Østfold

Innhold

1. Overordnede synspunkter.....	2
2. Klage og tilsyn	2
En felles klage- og tilsynsinstans	2
Regional klage- og tilsynsinstans	3
Klageinstansens kompetanse.....	6
3. Avtalebasert lovpålagt samarbeid	6
4. Lovendringer som understøtter elektronisk samhandling	8
5. Kommentarer til de enkelte kapitlene i lovforslaget	8
Kommentarer til kapittel 1. Formål, virkeområde og definisjoner	8
Kommentarer til kapittel 2. Forhold til andre lover	8
Kommentarer til kapittel 3. Kommunenes ansvar for helse- og omsorgstjenester	8
Kommentarer til kapittel 4. Krav til forsvarlighet, pasientsikkerhet og kvalitet.....	9
Kommentarer til kapittel 5. Særlige plikter og oppgaver.....	10
Kommentarer til kapittel 6. Samarbeid mellom kommuner og regionale helseforetak	10
Kommentarer til kapittel 7. Individuell plan, koordinator og koordinerende enhet	10
Kommentarer til kapittel 8. Undervisning, praktisk opplæring og utdanning	11
Kommentarer til kapittel 9. Rettssikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemming.....	11
Kommentarer til kapittel 10. Tvangstiltak overfor rusmiddelmisbrukere.....	12
Kommentarer til kapittel 11. Finansiering og egenbetaling.....	12
Kommentarer til kapittel 12. Forskjellige bestemmelser	13

1. Overordnede synspunkter

Samhandlingsreformen bygger blant annet på en overordnet målsetting om å redusere sosiale helseforskjeller, og at alle skal ha et likeverdig tilbud om helsetjenester uavhengig av diagnose, bosted, personlig økonomi, kjønn, etnisk bakgrunn og den enkeltes livssituasjon.

Forslag til ny kommunal helse- og omsorgslov tydeliggjør kommunenes overordnede ansvar for helse- og omsorgstjenester som et "sørge for-ansvar". Kommunene skal stå fritt til å organisere oppgaveløsningen ut fra lokale forhold og behov. Vi støtter denne ordningen. Dette er også i tråd med retningslinjer for utforming av statlig regelverk overfor kommunesektoren, som ble fastsatt av Regjeringen Bondevik II i 2002 og videreført av Stoltenberg II. Disse retningslinjene sier klart at det ved utformingen av statlig regelverk rettet mot kommunesektoren, må foretas en avveining mellom nasjonale hensyn som kan begrunne statlig styring og hensynet til lokal handlefrihet.

Vi støtter forslaget om å inkorporere sosialtjenesteloven i helselovgivningen – med de merknader Statens helsetilsyn har kommet med i sin høringsuttalelse.

2. Klage og tilsyn

En felles klage- og tilsynsinstitusjon

Fylkesmannen i Østfold mener at det er viktig å ha felles klage- og tilsynsinstitusjon. Det er nær sammenheng mellom behandling av klagesaker og tilsynssaker. Departementet fremhever i høringsnotatet at en felles klage- og tilsynsinstitusjon også vil være klart mest oversiktlig for pasienten/brukeren, og at klagesakene gir viktig kunnskap om tjenestene som er nødvendig både for den hendelsesbaserte og den planlagte tilsynsaktiviteten.

Høringsnotatet legger til grunn at klage og tilsynsreglene som i dag gjelder for de kommunale helse- og omsorgstjenestene skal harmoniseres, og at reglene samles i pasientrettighetsloven. I dette ligger det også at det skal være en felles klage- og tilsynsinstitusjon.

HOD legger i høringsnotatet til grunn at Statens helsetilsyns overordnede faglige ansvar skal videreføres uavhengig av valg av regional klage- og tilsynsinstitusjon. Det legges videre til grunn at Statens helsetilsyn skal ha ansvar for overordnet faglig tilsyn med både helsetjenesten og sosialtjenesten og ha instruksjonsmyndighet i enkeltsaker.

Regional klage- og tilsynsinstans

Generelle klager etter forvaltningsloven og klagesaker etter sosialtjenesteloven behandles i dag av Fylkesmannen. Klager etter kommunehelsetjenesteloven og pasientrettighetsloven behandles av Helsetilsynet i fylket. Bernt- utvalget (NOU 2004:18) fremhevet i sin utredning at det er uheldig å operere med et tosporet system ved sammensatte tjenester, slik som er tilfelle ift. helse- og omsorgstjenesten.

Berntutvalget foreslo at det skulle innføres en hovedregel om at alle vedtak om tildeling av kommunale tjenester skulle kunne påklages til Fylkesmannen. Utvalget mente at det burde være en klageinstans for klager etter sosial- og helselovgivningen, og at denne klageinstansen burde være Fylkesmannen. I høringsrunden til Berntutvalgets innstilling gikk flertallet av høringsinstansene inn for at Fylkesmannen burde være felles klageinstans, og at klageinstansen burde ha full overprøvingsadgang (forvaltningslovens system).

Kommuneloven er en sentral premissgiver for gjennomføringen av statlig tilsyn med kommunene. Reglene i kommuneloven kapittel 10 A har som mål å gjøre statens tilsyn med kommunen mer oversiktlig, enhetlig og forutsigbart. Uavhengige og ukoordinerte sektortilsyn kan føre til uheldige vridninger i kommunenes prioriteringer. Som det også understrekes i høringsnotatet er det etter disse bestemmelsene forutsatt at alt statlig tilsyn med kommunene skal gjøres av Fylkesmannen. Rammer og myndighet for tilsyn samt regler om saksbehandling, klage og virkemiddelbruk er harmonisert i kommuneloven kapittel 10 A. Statens helsetilsyn har ansvar for overordnet faglig tilsyn med både helsetjenesten og sosialtjenesten og har instruksjonsmyndighet både overfor Helsetilsynet i fylkene og Fylkesmannen i enkeltsaker.

Fylkesmannen i Østfold finner mange hensyn som taler for at Fylkesmannen bør være felles regional klage- og tilsynsinstans. Med bakgrunn i høringsnotatet vil vi peke på disse punktene:

- Fylkesmannen har lang tradisjon som klageinstans og rettssikkerhetsinstans etter særlovgivningen på de fleste kommunale sektorområdene – Fylkesmannen er en viktig og synlig rettssikkerhetsinstans.
- Det er forutsatt at det er Fylkesmannen som skal være klageinstans for kommunale vedtak, og relevant myndighet ift. lovlighetskontroll av kommunale vedtak etter kommunelovens bestemmelser – samordningshensynet
- Et viktig element i samhandlingsreformen er å oppnå harmonisering og samordning både internt i kommunene, mellom

kommunene og mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten. Ved å velge Fylkesmannen som klage- og tilsynsinnsinstans oppnås samordning innen helse- og sosialområdet, samtidig som kommunene da vil oppnå samordning knyttet opp mot de øvrige fagområdene hvor Fylkesmannen er klageinstans. Det siste elementet vil ikke gjøre seg gjeldende hvis myndigheten legges til Helsetilsynet i fylkene.

- At Fylkesmannen blir klage og tilsynsmyndighet er i tråd med forslagene fremmet av både Berntutvalget og Aasland-utvalget. Aaslandutvalget 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."* Berntutvalget foreslo også at tilsynet på regionalt nivå samordnes ved at tilsynet med helsetjenester overføres til Fylkesmannen.
- Statens helsetilsyn vil fremdeles kunne ha overordnet faglig ansvar for klage- og tilsynsoppgavene for helse og sosialtjenesten i landet selv om Fylkesmannen blir felles klage og tilsynsinnsinstans. Dette harmonerer godt med departementets vurdering av at Statens helsetilsyn fortsatt bør ha ansvar for overordnet tilsyn med helse- og omsorgstjenesten og påse at virksomheter drives på en faglig forsvarlig måte.
- Mange relevante hensyn som anføres av departementet knyttet til tilsyn og klage ift. spesialisthelsetjenesten kan ivaretas ved å velge fylkesmannen som regional klage- og tilsynsinnsinstans. Dette understrekes også av departementet i høringsnotatet.
- Valg av Fylkesmannen vil kunne innebære en organisatorisk forenkling og bedre ryddighet i ansvarslinjene både for kommunene og enkeltpersoner. Løsningen innebærer færre statlige enheter på regionalt nivå, og vil være en betydelig forenkling både for kommunene som møter en tilsynsinnsinstans uavhengig av fagområde, og for innbyggerne som får en felles tilsynsinnsinstans for alle kommuneplikter, enten dette er på barnevernsområdet, helse, sosial, opplæring, miljø mv.
- En naturlig konsekvens av tankene bak "inn-prosessen" er at klage og tilsyn samles hos Fylkesmannen. Dette trekker også Difi frem i sin kartlegging av statlig tilsyn (rapporten ift. Inn-prosessen)

- Kommunelovens kap. 10 A forutsetter at det er Fylkesmannen som fører statlig tilsyn med kommunesektoren. Hvis Statens helsetilsyn skulle få hele tilsynsporteføljen på sosial- og helseområdet, ville det bryte med prinsippene og begrunnelsen for innføringen av egne bestemmelser i kommuneloven om dette. Vi ser det som en forutsetning for at Fylkesmannen skal kunne ivareta sin rolle i forbindelse med samordning av statlig tilsyn med kommunesektoren at disse oppgavene legges til Fylkesmannen.

Høringen gjelder en lov som i hovedsak regulerer *kommunenes* plikter på helse- og omsorgsfeltet. Når det vurderes å endre tilsynsordningen overfor kommunene, må vi se på konsekvensene for alle sider av tilsynsvirksomheten.

Tilsynsvirksomhet er viktig for å ivareta rettssikkerheten for befolkningen. Statlig tilsyn er ett av flere virkemidler for å følge opp intensjonene i lovverket. Tilsyn, og faglig rådgivning basert på erfaringer fra tilsyn, skal medvirke til at

- befolkningens behov for tjenester blir ivaretatt
- tjenestene blir drevet på en faglig forsvarlig måte
- svikt i tjenesteytingen forebygges
- ressursene blir brukt på en forsvarlig og effektiv måte

I Difi-rapport 2009:9 pekes det på at tilsynet med spesialisthelsetjenesten må styrkes. Om det, for eksempel, etableres en ordning med eget tilsyn med spesialisthelsetjenesten, direkte underlagt Statens helsetilsyn, kan det få uheldige konsekvenser også for kommunene.

Fylkesmannen i Østfold vil understreke at disse prinsippene må ivaretas i loven:

- Kommunale tjenesteytere og andre tjenesteytere behandles likt når det gjelder gjennomføring av tilsyn og normering med grunnlag i like lovkrav.
- Det er god sammenheng mellom de tilsynsmessige vurderingene som gjøres i forhold til virksomheter og i forhold til personellet.
- Det statlige tilsynet har mulighet til å følge hele tjenestekjeden (primærnivå og spesialisert nivå) og dermed pasient- og brukerforløpene.
- Den regionale organiseringen av et effektivt tilsyn hindres ikke av manglende samsvar mellom geografiske og organisatoriske grenser.
- Tilsyn og klagesaksbehandling holdes samlet.
- Normering gjennom tilsyn (for eksempel vedtak om pålegg) blir gjennomført likt på landsbasis.

Klageinstansens kompetanse

Når det gjelder klageinstansens kompetanse, foreslår departementet at ordningen etter forvaltningsloven legges til grunn, med den endring at klageinstansen ved prøving av vedtak fra kommunen skal *“legge stor vekt på hensynet til det kommunale selvstyret ved prøving av det frie skjønn”*. Det står ikke bare *“legge vekt på”*, men *“legge stor vekt på”*. Dette gjør det nesten umulig for klageinstansen å overprøve kommunens skjønn. Det frie skjønn begrenser seg til valg mellom lovlige alternativer. Grensen for det lovlige er ofte uskarp, og den kommunale vedtaksmyndigheten kan lett fristes til å ta utenforliggende hensyn, først og fremst ressursmessige. Regelendringen vil svekke pasientenes og brukernes rettssikkerhet og gjøre likebehandling vanskeligere.

Departementet foreslår en ordning som bryter med de alminnelige klagereglene i forvaltningsloven. Det presiseres at klageinstansen kan oppheve kommunens vedtak og sende saken tilbake til ny behandling i kommunen, men at klageinstansen ikke selv kan fatte nytt vedtak i saken. Dette svekker pasientenes og brukernes rettssikkerhet. En kommune kan fortsette å fatte vedtak som klageinstansen mener er ulovlige på nytt og på nytt i samme sak – uten at noen kan gripe inn. Pasienten eller brukeren kan bli stående uten nødvendige tjenester. Når kommunen skal behandle saken på nytt, vil det i alle fall ta lengre tid før tjenesten blir tildelt, og tidsbruken kan innebære at tjenesten blir uforsvarlig.

Når klageinstansen ikke kan fatte nye vedtak, vil også den normative effekten til klageinstansen svekkes.

Etter vårt syn gir de alminnelige reglene i forvaltningsloven god nok sikkerhet for at det tas hensyn til det kommunale selvstyret. En begrensning av klageinstansens kompetanse slik det er foreslått er også i strid med Berntutvalgets innstilling.

3. Avtalebasert lovpålagt samarbeid

Det foreslås innført et nytt lovfestet avtalesystem mellom tjenestenivåene. Et slikt lovfestet avtalesystem forutsetter likeverdighet mellom avtalepartene, som vil være kommunene og de regionale helseforetakene. Her ligger, slik vi ser det, en av hovedutfordringene i reformen. Avtalene skal bl.a. etablere en felles forståelse av lovgivningens fordeling av helse- og omsorgsoppgaver mellom tjenestenivåene, og en felles forståelse av hvilke oppgaver partene til enhver tid skal løse. Avtalene skal for eksempel konkretisere hvem som har ansvar for pasientene på ulike stadier i behandlingsforløpet. Dette blir utfordrende, og vil sette partnerskapet på prøve. Dette ikke minst fordi det følger økonomisk ansvar med forpliktelsene. Selv om det skal utarbeides

retningslinjer for når for eksempel en pasient er "utskrivningsklare" og "mottaksklare" vil dette være en kime til konflikt.

Et sentralt verktøy for å sikre et helhetlig og sammenhengende tjenestetilbud er altså samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak. Forpliktende samarbeidsavtaler mellom nivåene i helsetjenesten er fremhevet som et sentralt verktøy for å sikre helhetlig og sammenhengende pasientforløp og tjenestetilbud.

Det foreligger per i dag nasjonale rammeavtaler om samhandling på helse- og omsorgsområdet mellom HOD og KS, og det ble i løpet av 2009 inngått avtaler også mellom alle kommuner og helseforetakene.

Departementet foreslår å lovregulere samarbeidsavtaler i ny kommunal helse- og omsorgslov. Departementet antar det vil være hensiktsmessig at Helsedirektoratet i samarbeid med KS utarbeider et veiledningsopplegg, herunder standardavtaler, til bruk i avtaleinngåelsen.

Det anføres i høringsnotatet at en hovedhensikt med samarbeidsavtalene vil være å fremme og understøtte samhandlingen mellom kommunene og helseforetakene i det daglige arbeidet med å yte helse- og omsorgstjenester. Det understrekes videre viktigheten av kjennskap til lokale forhold i utforming av avtalene. Til tross for dette tas det i høringsnotatet til orde for at det er Helsedirektoratet sentralt som skal ha rollen som mekler i de tilfeller der en kommune og et helseforetak ikke blir enige om en samarbeidsavtale. Etter vår vurdering vil det, ut fra lokalkunnskap og rolle, være naturlig at Fylkesmannen tillegges en slik rolle. Det vil i så fall være tilsvarende den rolle Fylkesmannen ble tillagt i forbindelse med Nav-reformen (ved etablering av lokale partnerskapsavtaler ifm. etablering av lokale nav-kontor).

Når det gjelder uenighet om selve forståelsen av avtalene, legges det opp til at det er opp til partene om de ønsker en meklingsordning, en voldgiftsordning eller en annen tvisteløsningsordning. Til syvende og sist legges det opp til tvisteløsning via domstolene. Fylkesmannen i Østfold savner en nærmere vurdering av hvilke konsekvenser en slik manglende regulering av tvisteløsning vil kunne få. Etter vår vurdering er det ikke uten videre gitt at denne typen konflikter er egnet løst via domstolsapparatet.

Det er også knyttet andre utfordringer til avtalebasert lovpålagt samarbeid. Kommunene har svært ulike forutsetninger som avtalepartnere overfor helseforetaket. Samhandlingsreformen legger opp til at oppgaver skal overføres fra spesialisthelsetjenesten til kommunene. Kommunestørrelse, kommuneøkonomi og mulighet til å skaffe tilstrekkelig kompetanse gjør at noen kommuner kan påta seg oppgaver som er urealistiske for andre. Dette åpner for ulikheter avhengig av

bostedskommuner, og det kan bli vanskelig å lage finansieringsordninger som oppleves rettferdige.

Tjenestetilbud på et mellomnivå mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten kan være effektivt, men det kan også gi risiko for pulverisering av ansvar.

Hva som er spesialisthelsetjenestens ansvar og hva som er kommunehelsetjenestens bør i så stor grad som mulig fremgå av lov og ikke av avtale.

4. Lovendringer som understøtter elektronisk samhandling

Et mål i samhandlingsreformen er at "elektronisk kommunikasjon skal være den ordinære måten å kommunisere på både mellom tjenesteyter og pasient og mellom de ulike tjenesteyterne." Vi ser det som viktig å få gjennomført raskt de tiltakene departementet nevner, men som ikke er tatt inn i det foreliggende lovforslaget:

- Lovfesting av krav til elektronisk kommunikasjon
- Krav til forsvarlige journal- og informasjonssystemer også i de kommunale helse- og omsorgstjenestene
- Forskriftsfesting av sentrale funksjonskrav og standarder
- Forskriftsfesting av krav om sertifisering av visse typer programvare

5. Kommentarer til de enkelte kapitlene i lovforslaget

Kommentarer til kapittel 1. Formål, virkeområde og definisjoner
Vi slutter oss til Statens helsetilsyns merknader til dette kapitlet.

Kommentarer til kapittel 2. Forhold til andre lover
Vi har ingen kommentarer.

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

Vi støtter forslaget om å regulere kommunens overordnede ansvar for nødvendige helse- og omsorgstjenester som et "sørge for-ansvar".

Slik lovforslaget er formulert mener vi det er vanskelig for tjenestemottakere, tjenesteytere og tilsynsmyndighet å vite hvilke tjenester søkere har rettskrav på. Vi mener at det også er vanskelig å vite hva slags hjelpebehov som utløser rett til helse- og omsorgstjenester. Å oppnå lik behandling i alle kommuner blir utfordrende.

Departementet ønsker ikke å binde kommunene til spesielle organisatoriske eller personellmessige løsninger. Etter internkontrollforskriften må kommunen planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere sine tjenester slik at omfang og innhold er i samsvar med loven. Kommunen skal videre sikre nødvendig kompetanse. Dette blir vanskelig når lovkravene er uklare. Tjenestene bør i lov eller forskrift gis et så tydelig innhold at det blir klart hvilken kompetanse som er nødvendig for å utføre oppgavene. Enkelte tjenester bør få kompetansekrav.

Lovforslaget inneholder tjenestene "*personlig assistanse*", "*hjemmetjenester*" og "*heldøgns tjenester i eget hjem eller institusjon*". Det er nødvendig å klargjøre hva tjenestene er ment å inneholde og hva som skiller dem fra hverandre. Det må avklares hvilke institusjoner kommunene er forpliktet til å ha og hvilken status dagens institusjoner skal ha i forhold til lovverket. I dag skjelner for eksempel pasientskadeloven mellom sosiale institusjoner og helseinstitusjoner, og i forskrift til sosialtjenesteloven er bolig med heldøgns omsorgstjenester definert som aldershjem, barnebolig og privat forpleining. Pasientrettighetsloven kap. 4A gir på visse vilkår hjemmel til tvangsinnleggelse i sykehjem, definert som helseinstitusjon. Muligheten foreligger ikke for en gruppe bemannede omsorgsboliger som i praksis fungerer som sykehjem, eller for aldershjem.

I tillegg til å klargjøre innholdet i de ulike tjenestene må egenbetalingsordningene også harmoniseres.

Kommunenes plikt til å tilby omsorgslønn og brukerstyrt personlig assistanse er videreført fra dagens lovgivning. På dette feltet er det store forskjeller mellom kommunene. Det er et rettssikkerhetsproblem. Når det nå lages ny lov, bør kommunenes plikter, og vilkårene for tjenestene, bli utformet klarere. Dermed kan ulikhetene som avhenger av bostedskommuner bli mindre.

Vi savner at loven inneholder en bestemmelse om kommunens plikt til å sørge for brukermedvirkning (jf. sosialtjenesteloven § 8-4).

Kommentarer til kapittel 4. Krav til forsvarlighet, pasientsikkerhet og kvalitet

Tjenestene som tilbys eller ytes etter loven skal være forsvarlige. Forsvarlighetsbegrepet er sentralt for kommunen, for tjenesteyterne og for tilsynsmyndigheten. I dag er forsvarlighetsbegrepet en rettslig standard, ikke bare en minstestandard. Høringsnotatet åpner for en ny måte å forstå begrepet på, og begrepets forhold til kvalitetsbegrepet er uklart.

Det er nødvendig at begrepet har samme innhold i alle deler av helse- og sosiallovgivningen, og at det går klart fram hva forsvarlighet innebærer. Vi støtter den omfattende kommentaren Statens helsetilsyn har skrevet til dette kapitlet i sin høringsuttalelse.

Kommentarer til kapittel 5. Særlige plikter og oppgaver

Vi støtter forslaget om at fastlegeordningen i større grad skal reguleres gjennom lov og forskrift og i mindre grad gjennom avtaleverket. Dette vil gjøre det tydeligere at fastlegene er en del av den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og regelverket blir enklere å forholde seg til. Vi støtter også at det etableres en hjemmel for å gi nasjonale kvalitets- og funksjonskrav. Dette vil bidra til å sikre likeverdige tjenester.

Vi er også enige i forslaget om å videreføre kommunelegefunksjonen. I St.meld. nr. 47 om samhandlingsreformen, punkt 8.3.1 er behovet tydelig beskrevet. Vi mener at de viktigste kommunelegeoppgavene bør fremgå av lov, forskrift eller merknader og ikke bare av høringsnotatets side 193.

Siden vi har mange små kommuner, og samhandlingsreformen krever mye interkommunalt samarbeid, må kommuner kunne ha felles kommunelege. Det må da sikres hjemmel for at kommunene kan delegere myndighet på alle aktuelle områder til denne kommunelegen, ikke bare innen smittevern og miljørettet helsevern, slik det er i dag.

Kommentarer til kapittel 6. Samarbeid mellom kommuner og regionale helseforetak

Dette er behandlet som eget tema tidligere i høringsuttalelsen.

Kommentarer til kapittel 7. Individuell plan, koordinator og koordinerende enhet

Departementet har bedt om kommentar til et punkt i rapporten fra Wisløffutvalget.

Vi støtter Wisløffutvalgets forslag om at det kan avtales at spesialisthelsetjenesten utarbeider individuell plan som gjelder under særlig langvarig opphold i spesialisthelsetjenesten, fram til planlegging av utskriving begynner. Og: Når pasienten starter forberedelse av utskriving fra spesialisthelsetjenesten må kommunen ha plikt til å medvirke i planleggingen, og ansvaret for arbeidet med individuell plan kan ligge i kommunen.

Den alminnelige koordineringen av tjenester er blitt gjort til noe spesielt ved at IP-retten er lovfestet. Dette må ikke bli til hinder for at koordinering benyttes som arbeidsform når dette er hensiktsmessig for

pasient/bruker, og det er faglig begrunnet eller fører til god ressursutnyttelse.

Høringsnotatet viser til at vilkåret om "langvarige" tjenester i praksis ikke har vært tolket restriktivt, og fremhever at det fortsatt bør tolkes "slik at det fanger opp de som har et reelt behov for individuell plan og en koordinator". I denne sammenheng er det fornuftig også å ta hensyn til pasienter og brukere som er i ferd med å få behov for koordinering av tjenester, og ikke minst de som ennå ikke vet akkurat hvilke tjenester de trenger, men som har behov som må imøtekommes.

Bestemmelser om individuell plan finnes i flere lover og i egen forskrift. Det er viktig at bestemmelsene harmoniseres.

Kommentarer til kapittel 8. Undervisning, praktisk opplæring og utdanning
Vi har ingen kommentarer.

Kommentarer til kapittel 9. Rettssikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemming

I samarbeid med andre embeter har vi utarbeidet disse kommentarene:
Fylkesmannen tar til etterretning at departementet har som mål på sikt å få samordnet de ulike lovene som regulerer bruk av tvang i sosial- og helsesektoren. I utgangspunktet støtter Fylkesmannen en slik samordning, men vi ønsker i denne forbindelse å påpeke viktigheten av at rettssikkerhetsaspektet i dagens sosialtjenestelov ikke blir svekket overfor personer med utviklingshemning med et eventuelt nytt og samordnet lovverk.

Når det gjelder nytt kapittel 9 i loven og som skal erstatte dagens kapittel 4A, er det få materielle endringer i lovteksten. Fylkesmannen vil først påpeke at det ikke er samsvar mellom de tjenester som er opplistet i § 9-2 virkeområde, og de tjenester som er listet opp i § 3-2. De tjenester som er satt opp i § 9-2 er de samme tjenester som finnes i dagens sosialtjenestelov samt kommunehelsetjenestelov. Fylkesmannen 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.

Fylkesmannen støtter at det i det nye § 9-19 plikt til å føre journal ikke lenger skal stå "så langt det passer" slik ordlyden i dagens § 4-10 er. Dette er med på å tydeliggjøre plikten om skriftliggjøring og oppbevaring. Dagens kapittel 4A ble evaluert i 2008 etter at Stortinget la dette inn som en premiss for å vedta en permanent lov om bruk av tvang og makt. Fylkesmannen har kommet med flere innspill til sentrale myndigheter i forbindelse med evalueringen og har også i etterkant av denne foretatt en

henvendelse vedrørende den videre oppfølgingen av evalueringen. Fylkesmannen vil benytte anledningen her til å komme med noen av de samme spørsmålene og problemstillingene som ble reist i vår siste henvendelse. Det vises i denne forbindelse til brev fra Fylkesmannen i Oslo og Akershus av 08.07.09 stilet til både departementet og direktoratet.

Problematikk knyttet til arena for bruk av tvang og makt er fremdeles ikke løst. Fylkesmannen er kjent med at det i dag benyttes uhjemlet tvang overfor personer med utviklingshemning i skoler, på arbeidsplasser og så videre.

Det er i dag et lovtomt rom når det gjelder bruk av tvang og makt i enkelttilfeller som ikke er en nødsituasjon, men for å dekke tjenestemottakerens grunnleggende behov. Slik tvang blir i dag oftest meldt til Fylkesmannen etter § 4A-7 første ledd og det har utviklet seg en praksis der en i stor grad har godtatt dette ut fra manglende alternativer. I noen vedtak om bruk av tvang og makt og der det ikke benyttes fysisk tvang er kravet om to tjenesteytere til stede og bruk av unntaksregelen knyttet til begrepet ugunst ikke tilpasset realitetene. Dette gjelder ulike tiltak med låsing, bruk av alarmer og lignende og der vedkommende ikke yter motstand mot disse. Kravet om to tjenesteytere bør her kunne fravikes på annet grunnlag enn gjennom bruk av ugunstbestemmelsen. For de samme litt enklere tiltakene og der det ikke ytes motstand kunne det også være aktuelt å ha noen saksbehandlingsregler for håndtering av vedtak og overprøving som ikke er like omfattende som dagens regelverk, men der rettssikkerheten likevel vil bli ivaretatt.

Kommentarer til kapittel 10. Tvangstiltak overfor rusmiddelmisbrukere

Vi støtter intensjonen om å samordne reglene om bruk av tvang innen helse- og omsorgstjenesten. I rusbehandlingen er ulik rettsanvendelse i kommunene et problem, men et større problem er at det ofte tar uforholdsmessig lang tid før tvangsvedtaket blir effektivt.

Kommentarer til kapittel 11. Finansiering og egenbetaling

Lovforslaget er fremmet som ledd i samhandlingsreformen. Hensiktsmessige finansieringsordninger er avgjørende for at intensjonene med reformen skal nås. Vi venter spent på resultatet av utredningsarbeidet som pågår. Foreløpig vil vi bare peke på enkelte momenter:

- Oppholdsprinsippet gjør at enkelte kommuner, for eksempel kommuner med svært mange fritidsboliger, vil få uforholdsmessig høye utgifter. Når kommunene skal ha ansvar for en større del av helse- og omsorgstjenestene, blir dette ekstra merkbart. Siden fenomenet ikke inngår i beregningsgrunnlaget for

rammeoverføringene må skjevheten kompenseres på annen måte.

- Samhandlingsreformen legger vekt på at økt forebyggende innsats vil gjøre at færre blir syke. Derfor vil utgiftene til helsetjenester øke langsommere. Vi må huske at for flere sykdommer vil gevinsten først kunne hentes ut etter mange år. Det er viktig at kapasiteten i helsetjenesten er tilstrekkelig til en hver tid. Det er også viktig at oppgaver ikke overføres fra helseforetakene til kommunene før kommunene har bygget opp et tjenesteapparat med tilstrekkelig kapasitet og kompetanse. Det krever både tid og penger.
- I og med at kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten ikke er ferdig utredet ennå finner vi det vanskelig å ta stilling til de alternative modellene som er nevnt i høringsnotatet. Vi er imidlertid enige i at det er viktig å utvikle finansieringsordninger som bidrar til rett bruk av spesialisthelsetjenester og som motiverer for samarbeid mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.
- I kapittel 1 i høringsnotatet er det omtalt at aktivitet skal overføres fra spesialisthelsetjenesten til den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Vi forutsetter at aktivitetsøkningen blir fullfinansiert.

Kommentarer til kapittel 12. Forskjellige bestemmelser

Statlig tilsyn er omtalt tidligere i høringsuttalelsen.