



Helse- og Omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 OSLO

Ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester - Høringsuttalelse fra Fylkesmannen/Helsetilsynet i Rogaland

Fylkesmannen i Rogaland og Helsetilsynet i Rogaland viser til brev av 18. oktober 2010 om forslag til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. Fylkesmannen og helsetilsynet i Rogaland gir med dette felles uttalelse til lovforslaget.

Fylkesmannen og Helsetilsynet i Rogaland stiller seg positiv til det arbeidet som er gjort for å slå sammen de to tidligere lovene til en felles lov om helse- og omsorgstjenester i kommunene. Vi ser på en lovendring som dette som et naturlig og ønskelig skritt i retning av et helhetlig tjenestetilbud i kommunene.

Høringsnotatet, slik det nå foreligger, inneholder likevel noen uavklarte forhold og noen løsningsvalg som vi finner verdt å kommentere eller sette spørsmål ved.

Vi har sammenfattet disse i punktene 1-9 under.

1 Hvem skal være klage/tilsynsinstans.

I høringsnotatet er det ikke konkludert hvorvidt det er fylkesmannen eller helsetilsynet i fylket som skal være klage- og tilsynsinstans. Hovedpoenget må være at klage og tilsynsorganet må være det samme for de kommunale helse- og omsorgstjenestene, som for spesialisthelsetjenesten. Det vil være svært uheldig om man splitter dette opp, samtidig som en ny helse- og omsorgslov har som intensjon mer og bedre samhandling mellom 1. og 2. linjetjenesten.

I dag er, som kjent, ansvaret for tilsyn med helsetjenesten og tilsyn og klager knyttet til omsorgstjenesten delt mellom helsetilsynet i fylkene og Fylkesmannen, og helsetilsynet i fylkene er organisatorisk en del av fylkesmannsembetet.

Hos Fylkesmannen i Rogaland er tilsyn med både helse, sosialtjeneste og barnevern lagt til samme avdeling, Helse- og sosialavdelingen. I praksis drives dermed tilsynet samordnet, selv om noen tilsynsområder i navnet hører inn under helsetilsynet i fylket og andre under Fylkesmannen. Tilsyn med barnevernet er fortsatt underlagt Fylkesmannen, selv om det overordnede tilsynsansvaret nylig ble overført til Statens helsetilsyn. En slik organisering fungerer, etter vår vurdering godt.

Dette tilsier at tilsyns- og klageinstans med fordel kan være Fylkesmannen, også når det gjelder 1. og 2. linje i helsetjenestene. Uansett tilsynsinstans forutsettes både tilstrekkelige ressurser og spisskompetanse til å føre tilsyn med spesialisthelsetjenestene. Vi kan ikke se at utfordringene på dette feltet skulle bli større eller endret om Fylkesmannen overtar tilsynsansvaret.

2 Klageinstansen sin kompetanse ved behandling av klager m.m.

Retten til å klage følger av pasientrettighetsloven § 7-2 hvor det gjøres den endringen at plikten til å anmode om oppfyllelse av retten til helsehjelp tas bort, jfr § 7-1. Den saksbehandlingen det nå legges opp til er i tråd med forvaltningsloven og slik som det fungerer etter sosialtjenesteloven. Det som ikke går fram av bestemmelsen er om kommunen kan ha et klientutvalg dersom de ønsker det slik ordningen er i nåværende sosialtjenestelov. Klagen skal fremsettes overfor underinstansen. Fylkesmannen/ Helsetilsynet i Rogaland støtter en slik klageordning, som også er analog med klageordningen i spesialisthelsetjenesten.

Når det gjelder klageinstansen kompetanse jf endringen i pasientrettighetsloven § 7-6 støtter Fylkesmannen/ Helsetilsynet i Rogaland sterkt Statens helsetilsyn sin uttalelse, og de argumentene som framføres der. Klageinstansen bør ha full overprøvningsrett, slik forvaltningsloven anviser, dette blant annet ut fra kravet til rettssikker og raskest mulig behandling av slike klager

3 Lovens utforming som profesjonsnøytral

Tjenestemottakerne i den kommunale helse- og omsorgstjenesten har omfattende behov, og tjenestene som ytes er til dels avansert helsehjelp. Flere oppgaver som innebærer avansert helsehjelp skal overføres til kommunene som følge av samhandlingsreformen. Vi ser det derfor som bekymringsfullt at lovforslaget ikke stiller noen krav til kompetanse til dem som skal ha det faglige ansvaret for tjenestene. Dette gjelder for eksempel bortfall av krav om at kommunen skal ha ansatt sykepleier, helsesøster og jordmor. Det stilles heller ikke kompetansekrav til dem som skal vurdere hvilken kompetanse som er nødvendig for å yte forsvarlige tjenester. Vi frykter at tanken om profesjonsnøytralitet vil gjøre det vanskelig å avgjøre hva som må til for å sikre forsvarlige tjenester.

Fylkesmannen/ Helsetilsynet i Rogaland frykter også at avprofesjonaliseringen vil medføre at kvalifisert personell opplever det som mindre attraktivt å arbeide i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Vi mener at det er uheldig at både hjemmesykepleie og sosialt arbeid forsvinner som begrep.

Lovforslagets omtale av tjenester kommunene skal yte gir svært lite spesifikk angivelser av tjenestenes innhold. Dette gjør det vanskelig for både tjenestemottakere og tjenesteytere å avgjøre hva tjenestene skal inneholde, hva den enkelte har rett på, og hva som må til for at tjenestene skal være forsvarlige. Tatt i betraktning tjenestemottakernes omfattende behov og kompleksiteten av helsehjelpen som ytes, mener vi at begrepet "hjemmesykepleie" bør videreføres i lovverket.

Fylkesmannen/ Helsetilsynet i Rogaland er bekymret for konsekvensene av at kommunene, i følge lovforslaget, ikke lenger skal være pålagt å ha sykehjem/institusjon. Dette er lite forenlig med at flere krevende oppgaver skal overføres fra spesialisthelsetjenesten til kommunene. I følge Regjeringen sin Demensplan 2015 har også ca 80 % av beboere i sykehjem en demenslidelse. Flere av disse har behov for at det gjennomføres innleggelse eller tilbakeholdelse med tvang, noe som det i følge Pasientrettighetsloven kapittel 4A bare er anledning til i helseinstitusjoner. Det bør derfor være at krav at kommunene har plasser i institusjon. Tatt i betraktning beboernes helsetilstand, bør begrepet institusjon også omfatte både barnebolig og aldershjem.

Hjemmetjenester kan gis hele/deler av døgnet. Inndelingen i "hjemmetjenester" og "heldøgns tjenester i eget hjem eller institusjon" framstår som både ulogisk og uheldig. Det bør komme klart fram at begrepet hjemmetjenester omfatter hjemmesykepleie.

4 Fastlegeordningen

I forslaget til ny helse- og omsorgslov er det foreslått å utvide fastlegens plikt til å holde oversikt over helsetilstanden til innbyggerne på legens liste, for å kunne forebygge fremtidige helseproblemer.

Fylkesmannen/ Helsetilsynet i Rogaland slutter seg til Statens helsetilsyns sin problematisering av dette forslaget, og vil minne om den viktige differensieringen mellom grupperettet forebyggende helsearbeid og individrettet forebyggende helsearbeid.

En grupperettet forebygging retter seg til befolkningen i sin helhet og gir innbyggerne kunnskap om helsefremmende tiltak, og om risikofaktorer som bør føre til at den enkelte selv tar kontakt med helsevesenet. Etter at slik kontakt er opprettet kan individrettet forebyggende helsearbeid skje.

Dersom individrettet forebyggende helsearbeid skal skje ved at helsevesenet oppsøker individer med kjente eller mistenkte risikofaktorer vil dette skje på bekostning av dem som allerede har etablert sykdom, i tillegg til at det for mange oppleves som en inngripen i privatlivet å bli kontaktet på denne måten. Unntaket vil være dem som på grunn av mental eller fysisk svekkelse ikke er i stand til å ivareta egen helse, eller ikke klarer å oppsøke helsevesenet når dette er nødvendig.

Folk flest må kunne forutsettes å ha nødvendig kunnskap om egen helse, samt evnen til å kunne kontakte helsevesenet når dette er nødvendig.

5 Innholdet i begrepet faglig forsvarlighet

Fylkesmannen og Helsetilsynet i Rogaland viser her til og støtter de vurderingene/synspunktene som framkommer i høringsuttalelsen fra Statens Helsetilsyn. I og med at forsvarlighetsbegrepet også omfatter omsorgstjenester, bør innholdet i faglig forsvarlighet konkretiseres i proposisjonen.

6 Uklare grenser bruker/pasient

I forslag til endring av pasientrettighetsloven § 1-3 bokstav f er det gitt en definisjon hvem bruker er. Slik som dette er formulert blir det avgjørende hvem som yter hjelpen og hvor vedkommende organisatorisk er tilknyttet. Omsorgstjenester som ytes av helsepersonell, vil heretter rette seg mot pasienter, og omsorgstjenester som ytes av personell som ikke faller inn under helsepersonellovens definisjon av helsepersonell, er brukere. Det bør klargjøres tydeligere hvem som er bruker/pasient. Det bør vurderes å bruke et mer entydig begrep om personer som skal motta tjenester etter helse- og omsorgsloven. I lovforslaget benyttes ulike begreper: -pasient, bruker, tjenestemottaker og misbruker (jf. § 9-2 og § 10-4). Disse ulike begrepene, er i varierende grad entydig definert.

7 Innholdet i de ulike tjenestene og krav til kommunen i utkastet til ny lov

Opplisting av kommunens ansvar for helse og sosialtjenester i § 3-2 bør konkretiseres ytterligere og ha et klarere innholdskrav. Særlig § 3-2 pkt 6 a, b og c. Presiseringer vil være nødvendig for å sikre at tjenestetilbudet ikke blir snevrere enn dagens sotjl § 4-2.

Etter Fylkesmannen/ Helsetilsynet i Rogaland sitt syn, bør det vurderes om pasient-, bruker- og pårørendeopplæring, omsorgslønn, boliger til vanskeligstilte og brukerstyrt personlig assistent, skal knyttes til kommunens ansvar etter § 3-2 pkt 6. I forslaget angis tjenestene i egne hjemler sammen med vilkår for å kunne få tjenesten (§ 3-6,7,8,9). For å følge opp den nye lovens intensjon ("pliktlov") bør vilkår for å få tjenester knyttes til pasientrettighetsloven.

Også når det gjelder kommunens ansvar for helsefremmende og forebyggende arbeid, § 3-3 er det uklart hvorfor det vises til egen hjemmel så lenge kommunes ansvar allerede er fastslått i § 3-2 1. ledd.

Når det gjelder heldøgns tjenester i eget hjem eller institusjon, § 3-2 nr. 6 pkt b), viser vi til Statens Helsetilsyn sin uttalelse. Også etter Fylkesmannen/ Helsetilsynet i Rogaland sin vurdering bør man definere barnebolig, avlastningsbolig og aldershjem som helseinstitusjon.

Det er uklart hvordan tidligere sosiale tjenester skal videreføres fra den tidligere Sosialtjenesteloven. Begrepet sosiale tjenester videreføres ikke men legges inn i omsorgsbegrepet, som vi mener vil være et snevrere begrep. I lovteksten vises det til sosiale problemer og sosial habilitering, § 1-1 nr. 2. og § 3-2 nr. 5. Høringsnotat mangler omtale eller definisjon på innholdet i disse begrepene.

8 Forholdet til bruk av tvang/makt i tjenestene.

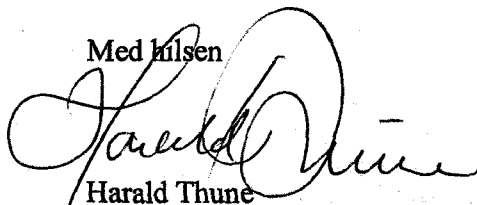
Dette kapitlet er det gjort lite med, og dette begrunnes med at man skal se på dette i en større sammenheng. Dermed ser og Fylkesmannen/ Helsetilsynet i Rogaland liten grunn til å gå mye inn på dette temaet nå.

Vi stiller likevel spørsmål ved at ordlyden i § 9-2 om lovens virkeområde, ikke harmonerer med ordlyden i § 3-2 flg. , som sier noe om hvilke tjenester kommunen skal ha. I § 9-2 har en i stor grad gjengitt de tjenester som gjelder dagens virkeområde. Avgrensningen mellom pasientrettighetsloven kap 4A og sosialtjenesteloven kap 4A antas også å bli mer problematisk med den nye loven, og dette vil kreve ytterligere klargjøringer.

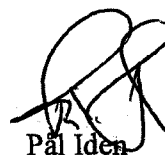
9 Rusmiddelmissbrukernes rettigheter under opphold på institusjon

Fylkesmannen/ Helsetilsynet i Rogaland viser på dette punktet til høringsuttalelsen fra Statens helsetilsyn og vi sier oss enig i denne. Her er det gitt en god rettslig begrunnelse for at de gamle bestemmelsene ikke bør tas bort. Bestemmelsen må videre føres i helse- og omsorgsloven og med en henvisning til bestemmelsene for spesialisthelsetjenesten.

Med hilsen



Harald Thune
fylkesmann



Pål Iden
fylkeslege

Saksbehandler: Pål Iden
Saksbehandlers telefon:
E-post: pal.iden@fmro.no