



FYLKESMANNEN I AUST-AGDER



HELSETILSYNET  
I AUST-AGDER

Det kongelige Helse- og sosialdepartement  
Pb. 8011 Dep

0030 OSLO

Helse- og omsorgsdepartementet	
Saksnr.: 200405135	Dok.nr.: 125
Aktivkode: 520	Isurn dato: 05.04.05
Avd.: KTA	Saksbær.: KOH
Utløst:	

Deres ref.  
200405135/KOH

Vår ref. (bes oppgitt ved svar)  
Sak nr. 2004/6244 / LSA  
Ark. nr. 730

Dato  
01.04.2005

## NOU 2004:18 - HELHET OG PLAN I SOSIAL- OG HELSETJENESTENE - HØRINGSUTTALELSE

Fylkesmannen og Helsetilsynet i Aust-Agder avgir en felles høringsuttalelse. Vårt syn er sammenfallende i høringsuttalelsen, med unntak av spørsmålet om hvem som i fremtiden bør inneha klage- og tilsynskompetansen for helse- og sosiale saker. Avvikende syn er markert med understrekning av henholdsvis Fylkesmannen og helsetilsynet, og gjelder kun dette.

Siktemålet med en felles helse- og sosiallov er i følge mandatet å sikre brukerne en ensartet regulering av tjenestene, og et helhetlig tjenestetilbud for brukere med sammensatte behov. Til dette har vi følgende synspunkter:

- en felles lov for helse- og sosialtjenester er ingen tilstrekkelig betingelse for at målsettingen om at et bedre koordinert tjenestetilbud finner sted. Vår erfaring tilsier at en vel så viktig grunn til at tjenestene ikke fremstår som koordinerte og sammenhengende er kommunens organisering og dens egen mangelfulle oversikt over tjenestene på tvers av sektorer.
- Langt flere brukere (pasienter) er avhengig av samhandling mellom 1. og 2. linjen enn av samhandling internt i kommunen, og faren for alvorlig svikt og manglende koordinering er større over forvaltningsnivåer enn innen forvaltningsnivået.
- Det vil i fremtiden bli større grad av samhandling mellom 2. linjen og det som i dag er 1. linjens sosiale tjenester og innenfor rusomsorgen spesielt.
- De fleste brukere av sosialtjenester mottar også helsetjenester, mens de færreste mottakere av helsetjenester mottar sosiale tjenester.

Av dette følger at vi står ved vårt syn som ble avgitt i høringsuttalelsen til Aaslandutvalget, om betydningen av et samlet tilsyn for tjenester over forvaltningsnivåene, står ved lag.

**Organisering:** Forslaget til ny sosial- og helselov gir hver kommune stor organisasjonsfrihet. Fokus er lagt på hvilke oppgaver kommunen skal løse, og ikke på hvordan. I så måte følger den intensjonen i kommuneloven. Dette er ikke noe nytt prinsipp, og vi ser i dag knapt to kommuner i landet som er organisert på samme måte. Mens statlig overtakelse med spesialisthelsetjenestene,

i tillegg til behovet for økonomisk kontroll hadde som målsetting å sikre likhet i tjenestetilbudets tilgjengelighet og kvalitet uavhengig av bosted, åpner denne loven for større ulikheter på kommunalt nivå i og med at beskrivelsen av hvordan kommunen skal løse oppgavene ikke er nevnt (begreper som sykehjem, helsestasjonsvirksomhet, skolehelsetjeneste, fysioterapi mv er luket ut fra kommunehelsetjenesteloven). I sin tur vil dette skape større utfordringer for spesialisthelsetjenesten i deres samhandling med kommunene. Helse Sør vil måtte forholde seg til mer enn 80 forskjellige oppbygninger og løsninger av tjenestene.

Ved en slik generalisering som loven legger opp til, er det viktig at veiledere, faglige standarder, og nærmere beskrivelser av oppgaveløsning utarbeides og implementeres parallelt med evt. Ikrafttreden. Kommunenes plikt til å inngå samarbeidsavtaler med spesialisthelsetjenesten må motsvare sistnevntes plikt i forhold til kommunene.

**Kommunens oppgaver og spesialisthelsetjenestens oppgaver:** Selv om ansvarsfordelingen tilsynelatende er klar, kan det være behov for presisering. Vi støtter den oppfatning at kommunen og helseforetaket i fellesskap skal kunne avgjøre når en pasient er utskrivningsklar. Her bør anledningen til å gi forskrifter (§ 11-5, nr. 4) benyttes for å klargjøre ansvaret de ulike tjenestenivåene har, jf også ovenstående.

**Bruk av rettslige standarder og veiledere:** En ny lov med større nedslagsfelt, samtidig som det foreslås en større generalisering, gjør muligheten for klage (ivaretagelse av rettsikkerhet) og oppgaven med å føre tilsyn (kontroll og styring) desto viktigere. Nivået på hva som er "forsvarlig" (§ 2-4) eller "nødvendig" (§ 3-1 nr 1) kan beskrives i veiledere og rundskriv, og vil endre seg over tid. Utvikling av veiledere og rundskriv må prioriteres og forutsettes langt på vei å være klar når lovendringen eventuelt iverksettes. Fylkesmannen er enig i at særomsorgstanken skal forlates. Men likevel vil særlige behov for til dels store og "tunge" grupper av tjenestemottakere måtte vektlegges og behandles særskilt i forskrift og veiledere, f eks rusmisbrukere som i dag har et eget kapittel i Sosialtjenesteloven.

**Samlet vedtak:** Ut fra de generelle betraktninger som ligger til grunn for ønsket om harmonisering, er dette et godt virkemiddel for å synliggjøre hvilke tjenester som ytes. I klageomgangen vil man også kunne ta hensyn til et helhetlig tjenestetilbud. Dette vil være en klar styrking av tjenestemottakers rettigheter og muligheter til å medvirke. Det vil stille økte krav til kommunen. Ut fra rettsikkerhets- og likebehandlingsbetraktninger synes det naturlig å legge dette inn som en viktig forutsetning for samordning. Vi stiller oss imidlertid spørrende til om det for brukere vil være klart hva som innen et samlet vedtak (for eksempel i form av individuell plan) kan påklages, og hva som faktisk ikke er gjenstand for klage.

#### **Overprøving av vedtak § 4-6:**

§ 4-6 Nr. 1: Det bør gjøres helt tydelig om alle vedtak skal gjøres skriftlige (§ 4-1), eller om man unntar en del av virksomheten. Ønsker man at det skal fattes vedtak ved legebesøk? Skal det fattes vedtak om råd og veiledning i sosialfaglige spørsmål? Lovgivers ønske om å regulere og sikre rettigheter, må her veies opp mot praktiske effektivitetshensyn, hva som er hensiktsmessig og hva som oppfattes som nødvendig/fornuftig. Vi finner det lite hensiktsmessig at denne type vedtak skal fattes skriftlig, og viser til de muligheter man har gjennom pasientrettighetsloven, som etter vårt skjønn i dag fungerer tilfredsstillende uten at det nødvendigvis er truffet et vedtak som gir utgangspunkt for den videre klagebehandling.

Dersom man velger en felles lov bør det også være en felles ordning med behandling av klager. Her avviker Fylkesmannens og helsetilsynets oppfatning av hva som er den beste løsningen:

Fylkesmannen i Aust-Agder støtter utvalgets forslag. Ved klagebehandling av samlet vedtak (§ 5-8 jf § 4-2 nr 2) mener Fylkesmannen at han bør være klageinstans for både helse- og sosiale anliggender.

Helsetilsynet i Aust-Agder mener at tilsyns- og klagemyndigheten overfor spesialist- og kommunehelsetjenesten må ses i sammenheng. Dette av hensyn til samhandlingen mellom

nivåene. Det vises til høringsuttalelsen fra Helsetilsynet i Vest-Agder, som også problematiserer dette. Klagemyndighet bør være den samme som har tilsynsmyndigheten, og et resultat av utvalgets forslag kan bli et felles "helse- og sosialtilsyn i fylket". Dette er etter helsetilsynets syn også en logisk konsekvens av at Statens helsetilsyn er foreslått å ha faglig instruksjonsmyndighet i alle saker etter en ny felles lov for kommunale helse- og sosialtjenester.

§ 4-6 Nr. 3: Når også delvis omgjorte vedtak skal sendes fylkesmannen kan dette ses på som en måte å legge press på kommunene for å tilfredsstillte tjenestemottakerne. Når tjenestemottaker er misfornøyd med vedtaket, blir kommunen tvunget til å godtgjøre overfor klagemyndigheten at tjenesten er tilfredsstillende og i henhold til lovens krav. Det vil være en betydelig styrking av klagers rettsstilling og klageorganets muligheter til å ta tak i de delene av kommunens virksomhet som ikke holder seg innenfor lovens rammer. En slik ordning er også en forutsetning for brukers rettssikkerhet dersom kommunen skal kunne fatte samlet vedtak som omfatter mange (del)tjenester.

Hva som skal regnes som delvis omgjorte saker bør klargjøres. Det kan være en mulighet å stille krav til at klager innen tre uker uttaler seg om vedkommende er fornøyd med det nye vedtaket, eller om klager ønsker å opprettholde sin klage.

Kommunen vil helt klart legge press på seg selv for å komme under saksbehandlingstid på 4 uker. Konsekvensen blir at de blir tvunget til å opprette gode systemer slik at de kan behandle klagen innen fristen. Vi har erfaring med at saksbehandlingstiden i mange tilfeller er svært lang, og støtter derfor forslaget.

§ 4-6 Nr. 4: Med økt ansvar for flere oppgaver til kommunen, ligger det en klar forutsetning at kommunene ikke må miste sin handlekraft, effektivitet og mulighet for å tilpasse seg de lokale forhold. Dette er også sikret i forvaltningsloven § 34, annet ledd annet avsnitt (kommunalt selvstyre skal vektlegges). Hensynet til en rettferdig fordeling og likebehandling av borgerne må likevel uansett oppholdskommune veie tyngre. Dagens ordning med begrenset overprøvsrett begrenser fylkesmannens muligheter for å omgjøre vedtak, noe som sett fra tjenestemottakerens ståsted er en innskrenkning av muligheten for å nå frem med en klage. Klagemyndigheten bør gis tillit til at de kan ivareta rettsikkerheten for å sikre at kommunen innenfor de rammer som er gitt til enhver tid sørger for at borgerne tilbys de nødvendige og lovpålagte tjenester.

Slik vi ser det ligger det en vurdering av ansvarlighetskriteriet implisitt i klagebehandlingen og etter dagens system vil en uforsvarlig praksis ikke under noen omstendigheter bli ansett som lovlig. Vi støtter argumentet om at borgerne bør sikres en mulighet til å få prøvet hensiktsmessigheten og rimeligheten i et vedtak, og vi antar i likhet med utvalgets flertall at det er dette borgerne legger i uttrykket "overprøving".

**Tilsyn:** Vurderinger av "forsvarlighet" er noe man i lang tid har hatt fokus på i helsetjenesten, og med utvidelsen av tilsyn og internkontrollplikten til også å gjelde økonomisk sosialhjelp, er man sikret en lik tilnærming til kommunen på sosial- og helseområdet. Vurderingen av forsvarlighetskriteriet egner seg godt når man tilnærmer seg tjenesten og vurderer helheten, jf hva som bør være gjenstand for overprøving.

Fylkesmannen i Aust-Agder er enig i at fylkesmannen foreslås som felles tilsynsorgan. Det vil ha betydning for organiseringen av instruksjonslinjene, slik at fylkesmannen vil bli underlagt samme instruksjon fra Helsetilsynet for sosial- og helsetjenester. Etter Fylkesmannens syn kan ansvaret for helsemessige spørsmål ivaretas på lik linje med andre fagområder. Praktisk vil instruksjonsmyndigheten som Statens sosial- og helsetilsyn får bare brukes unntaksvis i enkeltsaker, og erfaringen med Statens helsetilsyn i forbindelse med tilsyn etter Sosialtjenesteloven Kap. 4 og 4A, tyder på at dette ikke vil bli noe problem i praksis.

Helsetilsynet i Aust-Agder mener at tilsynet bør organiseres slik det er for helsesaker i dag. Det vises her til foranstående om betydningen av å holde tilsynet med spesialist- og

primærhelsetjeneste samlet. Helsetilsynet i fylket vil i fremtiden fortsatt behandle saker etter pasientrettighetsloven og helsepersonelloven, noe som ytterligere styrker behovet for å samle all klage- og tilsynskompetansen innenfor helsetjenestene i en linje. Etter helsetilsynets syn vil det virke rotete dersom deler av en klage på de kommunale tjenester behandles av Fylkesmannen (vedtak, utmåling av tjenester) og deler behandles av helsetilsynet i fylket (klage på pasientrettigheter; klage på faglig forsvarlighet).

**Individuell plan (IP):** Vi ser positivt på ønsket om å videreutvikle IP som et redskap for å få til samordnende tjenester. Plassering av ansvar vil være et viktig grep for å sikre at IP følges opp og brukes aktivt. Vi har sett tilløp til standardisering av IP i spesialisthelsetjenesten. Det kan skyldes at man ser på IP som en byrde/plikt løp, og ikke som et redskap til å kunne yte bedre og samlede tjenester. Slik vi leser forslaget gir dette en utvidet rett til individuell plan, mens ansvaret i større grad er forankret i kommunen enn i nåværende lovverk. Dette kan være en nødvendig klargjøring, men spesialisthelsetjenestens medvirkningsansvar bør konkretisere slik at IP ikke bare blir et horisontalt hjelpemiddel, men også bidra til en helhet når tjenestemottakere beveger seg vertikalt mellom forvaltningsnivåene.

#### **Taushetsplikten:**

Reglene i § 9-6 sikrer en viss effektivitet i informasjonsutvekslingen, og vi antar at de fleste tjenestemottakere i dagens situasjon er seg bevisst på om de *motsetter* seg slik informasjonsutveksling. Er tjenesteyter usikker skal informasjonen ikke utveksles. Man må betro tjenesteyter den nødvendig tillit for at systemet skal kunne fungere tilfredsstillende, noe vi finner nødvendig og hensiktsmessig.

Det er grunn til å tro at Helsepersonelloven § 25 vil kreve en liten justering i forhold til § 9-6, hvis man skal unngå at det oppfattes som motstrid eller at det her har oppstått en uklarhet. Det kan tenkes at også andre bestemmelser om profesjonsbestemt taushetsplikt bør gjennomgås nærmere. Når tanken er at regelverket skal bli ensartet og lett å forstå, bør man vurdere endringer i Helsepersonelloven. § 9-8 går langt i å beskytte tjenestemottaker. Vi går ut fra at det er nødvendig for å kunne åpne opp for større grad av informasjonsutveksling mellom de ulike aktørene.

Selv om samordning ofte vil være et gode, forutsettes det at *"need to know"* prinsippet ivaretas. Man må kunne søke økonomisk sosialhjelp uten at det nødvendigvis anses som en del av den enkeltes "helse" og vise versa. Det er slik at ikke alle ønsker seg en individuell plan. En viktig forutsetning må være at man også etter den nye loven blir sikret en individuell vurdering.

#### **Pasientrettighetsloven/Helsepersonelloven:**

Vi går ut fra at det her kreves noen avgrensinger i forhold til den nye loven. Særlig mht. helsepersonells plikter og øvrige ansatte sine plikter (sosionomer mv). Forskjellige plikter kan virke både forvirrende og uforutsigbart.

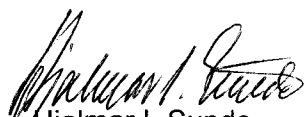
Også i forhold til pasientrettighetsloven må det gjøres avklaringer, jf muligheten for et tosporet klagesystem. Man bør unngå at en sak behandles etter begge lover og av både Fylkesmannen og helsetilsynet i fylket.

**Utdanning:** Vi forutsetter at profesjonene og de ulike fag beholder sin tilknytning, samt at man tar høyde for at også kommunene er arena for folk under utdanning som trenger praksis og tilknytning til et fag.

**Oppsummering:**

Tanken bak den "horisontale" tilnærming mot tjenestemottakers utfordringer/problem/sykdom kan være et virkemiddel for å sikre at tjenestemottakers behov settes i fokus, men som før nevnt er vi av den oppfatning at det ikke er en tilstrekkelig betingelse. Det er nødvendig å sette krav til kommunens interne organisering av tjenestene for å sikre forutsigbarhet, tilgjengelighet og likhet i tjenestene, i det minste i form av forskrift, rundskriv og veiledere. Videre må den kommunale plikt til samarbeid med spesialisthelsetjenesten fremheves. Vi er enige i at klagebehandling og tilsyn holdes samlet i en instans. Fylkesmannen i Aust-Agder er av den oppfatning at slik myndighet tillegges fylkesmannen, mens helsetilsynet mener at myndigheten bør holdes samlet med tilsvarende myndighet overfor spesialisthelsetjeneste og øvrig helselovgivning i ett "helse- og sosialtilsyn i fylket".

Med hilsen



Hjalmar I. Sunde  
fylkesmann



Anne-Sofie Syvertsen  
fylkeslege