

Helse- og omsorgsdepartementet

Høringsfrist 13.11.20

Høringsnotat om endringer i helse- og omsorgstjenesteloven – innføring av krav om at kommuner og helseforetak skal avtale hvordan de sammen skal planlegge og utvikle tjenester

August 2020

1 Innledning

Meld. St. 7 (2019–2020) Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023 ble lagt frem for Stortinget i november 2019 og behandlet 12. mai 2020. Stortinget ga sin tilslutning til regjeringens forslag. I meldingen ble det uttalt at regjeringen vil fremme forslag om å innføre et krav i regelverket om at samarbeidsavtalene skal inneholde en beskrivelse av hvordan kommuner og helseforetak skal planlegge og utvikle tjenester sammen.

I dette høringsnotatet foreslår Helse- og omsorgsdepartementet å innføre et nytt punkt i helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2 første ledd. Det nye punktet stiller krav om at samarbeidsavtalene skal inneholde en konkret beskrivelse av hvordan avtalepartene sammen skal utvikle og planlegge tjenestene.

2 Bakgrunn

2.1 Innføring av helsefelleskap

Meld. St. 7 (2019–2020) Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023 gir retning og rammer for utviklingen av spesialisthelsetjenesten og samarbeidet med kommunal helse- og omsorgstjeneste. Både pasienter og pårørende skal oppleve forutsigbarhet, trygghet og kontinuitet. Pasientene skal oppleve sammenhengende tjenester på tvers av sykehus og kommuner. Sårbare pasienter skal i større grad møtes med ambulante, tverrfaglige team og pasientene skal i større grad kunne møte spesialisthelsetjenesten hjemme hos seg selv.

Et viktig budskap i Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 er at kommuner og helseforetak må gå fra å være parter til partnere. Regjeringen og KS inngikk 23. oktober 2019 en avtale om etablering av 19 helsefelleskap hvor kommuner og helseforetak skal møtes som likeverdige partnere. Målet er å skape mer sammenhengende og bærekraftige helse- og omsorgstjenester til pasienter som trenger tjenester fra både spesialisthelsetjenesten og kommunal helse- og omsorgstjeneste.

Stortinget ga sin tilslutning til målet om å innføre helsefelleskap gjennom behandling av Nasjonal helse- og sykehusplan. Innføring av helsefelleskap er i utgangspunktet frivillig og som sådan ikke omfattet av forslaget i dette høringsnotatet. Samtidig tar helsefelleskapene utgangspunkt i de eksisterende strukturene og avtalene om samarbeid mellom helseforetak og kommuner. Forslaget til ny plikt om avtale om konkret beskrivelse av samarbeid om planlegging og utvikling av tjenestene vil derfor være et sentralt tema for samarbeidet i helsefelleskapene. Av den grunn omtales helsefelleskap i det følgende.

I helsefelleskapene skal representanter fra kommuner, helseforetak, lokale fastleger og brukere møtes og planlegge og utvikle helse- og omsorgstjenester i fellesskap. Helsefelleskapene skal prioritere å utvikle tjenester til fire sårbare pasientgrupper og finne løsninger som passer til lokale behov og forutsetninger. De fire pasientgruppene som helsefelleskapene særlig bør utvikle gode tjenester for er:

- barn og unge

- personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer
- skrøpelige eldre
- personer med flere kroniske lidelser

Helsefellesskapene tar utgangspunkt i de 19 eksisterende helseforetaksområdene.

Etablerte avtaler og samarbeidsstrukturer skal ligge til grunn, men videreutvikles. Det varierer hvor mange sykehus og kommuner som vil inngå i de ulike helsefellesskapene. Sykehuset i Vestfold HF består eksempelvis av ett hovedsykehus og samarbeider med syv kommuner, mens Sykehuset Innlandet HF består av fem somatiske og to psykiatriske sykehus og samarbeider med 42 kommuner. I noen byområder, som Oslo og Bergen, vil også private ideelle sykehus som Diakonhjemmet, Lovisenberg Diakonale sykehus og Haraldsplass Diakonale Sykehus være en del av helsefellesskapene. Private, både ideelle og kommersielle, som har avtale med den offentlige helsetjenesten vil også inngå i helsefellesskapene. De enkelte helsefellesskapene vil derfor kunne ha behov for ulike tilpasninger i samarbeidsstrukturen.

Regjeringen og KS er enige om at etablering av helsefellesskapene skal bygge på følgende prinsipper (for hele avtalen se [her](#)):

- **En tydeligere samarbeidsstruktur.** Det legges opp til et tydeligere skille mellom overordnede, strategiske og faglige beslutninger gjennom en tredelt struktur. Regjeringen og KS anbefaler at både lokale fastleger og brukere er representert på alle nivåene i samarbeidsstrukturen.
- **Bedre felles planlegging.** Helseforetak og kommuner bør i helsefellesskapene planlegge og utvikle tjenester for pasienter som trenger tjenester fra begge nivå.
- **Økt samordning.** Kommunene bør i større grad samordne seg, dvs. at noen kommuner stiller i samarbeidsutvalg på vegne av en gruppe kommuner. Helseforetak som favner flere sykehus, må sikre at disse opptrer samordnet i helsefellesskapet.
- **Bedre beslutningsprosesser.** Den formelle beslutningsmyndigheten vil som i dag ligge i helseforetakene og kommunene. Samtidig bør beslutningsprosessen i partnerskapet bli bedre og mer forpliktende enn den er i dag. Regjeringen og KS er enige om at det bør tilstrebes konsensusbeslutninger som kan forplikte partnerne i det videre arbeidet.
- **Sekretariat.** Et velfungerende sekretariat er et viktig virkemiddel for å sikre fremdrift, effektivitet og legitimitet i beslutningsprosessene.
- **Tydelige prioriteringer.** Regjeringen og KS mener at helsefellesskapene bør ha et særlig fokus på å utvikle gode tjenester for barn og unge, personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer, skrøpelige eldre og personer med flere kroniske lidelser.
- **Felles virkelighetsforståelse.** Regjeringen og KS vil tilrettelegge for at det fremskaffes bedre styringsinformasjon og framskrivningsverktøy som kan helsefellesskapene kan bruke.
- **Behov for lokale tilpasninger.** Det skal være rom for ulik organisering og lokale løsninger i oppgavedelingen mellom kommuner og helseforetak.

- **Innspill til neste Nasjonal helse- og sykehusplan.** Regjeringen og KS ønsker at neste Nasjonale helse- og sykehusplan skal bygge på innspill fra helsefellesskapene.



En utfordring for samarbeidet mellom kommuner og helseforetak i dag ser ut til å være at saker ikke alltid blir diskutert på rett nivå av personer med riktig kompetanse og myndighet. Regjeringen anbefaler at helsefellesskapene skiller tydeligere mellom hhv. overordnede prinsipielle, strategiske og faglige beslutninger.

Figuren til venstre illustrerer en slik tredelt struktur.

I partnerskapsmøtet vil toppledelsen i kommunene og i helseforetaket møtes årlig for å forankre overordnet retning og drøfte prinsipielle saker. Innenfor disse rammene bør faglige og administrative ledere i kommuner og helseforetak drive felles strategisk planlegging og fatte beslutninger i konkrete samarbeidssaker i strategisk samarbeidsutvalg. Fagfolk i helse- og omsorgstjenesten i kommuner og i helseforetak vil i faglige samarbeidsutvalg utarbeide konkrete prosedyrer og tjenestemodeller basert på føringer fra strategisk samarbeidsutvalg.

Helseforetakene er gjennom eierstyringen pålagt å legge til rette for at samarbeidet innrettes i tråd med prinsippene i avtalen og føringene i Nasjonal helse- og sykehusplan. Statlig styring av kommunene skjer gjennom lov og forskrift. De nasjonale forventningene til etablering av helsefellesskap er derfor ikke bindende for kommunene. Regjeringen og KS er imidlertid enige om prinsippene, og oppfordrer kommuner og helseforetak til å legge dem til grunn for utviklingen av samarbeidet i helsefellesskapene.

Helse- og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet og Direktoratet for e-helse vil støtte innføringen av helsefellesskapene og legge til rette for felles utvikling og planlegging av tjenester gjennom flere virkemidler. Helsedirektoratet lager veiledning knyttet til inngåelse av avtaler om ulike måter å løse oppgavedeling og samarbeid om tjenesteyting på, i tillegg til faglige veiledere. Etatene samarbeider om utvikling av felles fremskrivingsverktøy og bedre styringsinformasjon for helsefellesskapene. Finansieringsordningene i spesialisthelsetjenesten skal i tillegg støtte

samhandling og nye måter å yte tjenester på, og det arbeides kontinuerlig med å sørge for bedre digital samhandling.

3 Gjeldende rett

3.1 Innledning

Med samhandlingsreformen (Meld. St. 47 2008–2009) ble det foreslått å innføre gjensidig plikt til å inngå samarbeidsavtale mellom kommuner og regionale helseforetak eller med helseforetak som pekes ut av det regionale helseforetaket. Forslaget ble senere lovfestet i helse- og omsorgstjenesteloven § 6-1 og spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 e andre ledd, jf. Prop. 91 L (2010–2011) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) kapittel 28. Helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2 setter krav til avtalens innhold og definerer områder som avtalen minimum skal omfatte. I dag har alle kommuner inngått samarbeidsavtaler med helseforetaket de deler opptaksområde med.

Formålet med samarbeidsavtalene er å fremme samhandlingen mellom partene ved å konkretisere oppgave- og ansvars plasseringen mellom kommune og helseforetak, og å etablere gode samarbeidsrutiner på sentrale samhandlingsområder. Avtalene skal bidra til at pasienter og brukere opplever at tjenestene er samordnet og at det alltid er klart hvem som skal yte de aktuelle tjenestene.

3.2 Helse- og omsorgstjenesteloven

Det følger som nevnt av helse- og omsorgstjenesteloven § 6-1 første ledd at kommunen er forpliktet til å inngå samarbeidsavtale med det regionale helseforetaket i helseregionen eller med det helseforetak som det regionale helseforetaket bestemmer. Kommunen kan inngå avtale alene eller sammen med andre kommuner.

I andre ledd fremgår det at samarbeidet skal ha som målsetting å bidra til at pasienter og brukere mottar et helhetlig tilbud om helse- og omsorgstjenester. Videre følger det av tredje ledd at pasient- og brukererfaringer skal inngå i vurderingsgrunnlaget ved utarbeidelsen av avtalen. Pasient- og brukerorganisasjoner skal medvirke i forbindelse med utarbeidelse av avtalene.

Det fremgår av helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2 hva som minimum skal fremgå av avtalene. Partene kan inngå samarbeidsavtaler om mer enn det som er minimumskravene. Partene kan inngå en samlet avtale eller de kan inngå flere avtaler på ulike nivåer eller ulike områder av virksomheten.

Nummer 1 forutsetter at avtalepartene blir enige om hvilke tjenester henholdsvis kommuner og foretak er pålagt å sørge for etter loven, slik at de har en felles oppfatning av partenes ansvar. Denne felles oppfatningen vil danne grunnlag for å vurdere hvilke oppgaver den enkelte avtalepart har som det er aktuelt å samarbeide om. Partene må uttrykkelig avtale i de tilfellene hvor oppgaveutførelsen vil fravike den lovpålagte ansvars plasseringen.

Nummer 2 pålegger avtalepartene å utarbeide retningslinjer for pasientforløp og brukerforløp for de som har behov for koordinerte tjenester.

Nummer 3 pålegger avtalepartene å komme frem til kriterier for i hvilke tilfeller det er forsvarlig å gi pasienter et annet tilbud enn innleggelse i sykehus.

Nummer 4 pålegger avtalepartene å ta inn en beskrivelse av kommunens tilbud om døgnopphold ved øyeblikkelig hjelp. Ved å pålegge partene å ta inn en slik beskrivelse i avtalen, oppfordres partene til å se sine øyeblikkelig hjelp-tilbud i sammenheng og bli enige om gode og hensiktsmessige løsninger til det beste for pasientene og brukerne.

Nummer 5 pålegger avtalepartene, for eksempel som en nærmere detaljering av forskrift, å utarbeide rutiner for det praktiske samarbeidet om pasienter som er ferdigbehandlet på sykehus og som trenger etterfølgende tjenester fra kommunen.

Nummer 6 pålegger avtalepartene å lage opplegg som sikrer at de gir den andre avtaleparten nødvendig informasjon og kunnskap. Foretaket må forplikte seg gjennom avtalen til å tilføre kommunen kunnskap som er nødvendig for at det skal være forsvarlig at kommunen i fremtiden utfører oppgaver som sykehus utfører i dag.

Nummer 7 til nummer 11 pålegger partene samarbeid på konkrete fagområder uten å fastsette i detalj hvor omfattende samarbeidet skal være eller hvordan det skal legges opp. Det er opp til avtalepartene selv.

Kunnskapsdepartementet har den 30. juni 2020 sendt på høring forslag til bedre velferdstjenester for barn og unge som har behov for et sammensatt tjenestetilbud (Samarbeid, samordning og barnekoordinator).¹ I høringen foreslås blant annet et nytt punkt 12 i helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2 første ledd. I den nevnte høringen foreslås det i nytt punkt 12 at avtalen skal inneholde "samarbeid om ytelse av helse- og omsorgstjenester til barn og unge med sammensatte vansker og lidelser, og som derfor mottar tjenester fra begge forvaltningsnivåene".

Det følger av helse- og omsorgstjenesteloven § 6-5 første ledd at avtalepartene årlig skal gjennomgå avtalen med sikte på nødvendige oppdateringer eller utvidelser. Det innebærer en plikt til å sørge for at avtalen er oppdatert og dynamisk, samt tilpasset pasienters og brukeres behov. Av andre ledd fremgår det at avtalen kan sies opp med ett års frist. Når en av partene sier opp avtalen, skal det regionale helseforetaket varsle Helsedirektoratet.

Når det gjelder krav til egen planlegging fremgår det blant annet av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 tredje ledd at kommunen har en plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten, slik at tjenestenes omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift. For å kunne sørge for helse- og omsorgstjenester på en forsvarlig måte må kommunene sette i verk systematiske tiltak som sikrer at virksomhetens aktiviteter planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres i samsvar med krav fastsatt i relevante lover og forskrifter.

¹ <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/horing-bedre-velferdstjenester-for-barn-og-unge-som-har-behov-for-sammensatte-tjenester-samarbeid-samordning-og-barnekoordinator/id2715285/>

3.3 Spesialisthelsetjenesteloven

Det følger av spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 e at de regionale helseforetakene skal sørge for at det inngås samarbeidsavtaler som nevnt i helse- og omsorgstjenesteloven § 6-1. Det regionale helseforetaket kan beslutte at ett eller flere av helseforetakene det eier, skal inngå og være part i slike avtaler. Denne plikten er tilsvarende til plikten som er pålagt kommunene i helse- og omsorgstjenesteloven § 6-1.

De regionale helseforetakene blir ikke forpliktet til å inngå avtalene selv, men kan pålegge de helseforetakene de eier å inngå avtale med en eller flere kommuner, for eksempel alle kommunene i et sykehus sitt opptaksområde. De kan også pålegge helseforetakene å inngå avtaler med kommuner om spesifikke tjenester og tiltak. Det ligger ikke i pålegget at alle avtalene helseforetakene inngår skal være identiske. Avtalene må tilpasses lokale forhold og behov.

Når det gjelder krav til egen planlegging fremgår det av spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a tredje ledd at de regionale helseforetakene har en plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten slik at tjenestenes omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift. For å kunne sørge for helsetjenester på en forsvarlig måte, må de regionale helseforetakene sette i verk systematiske tiltak som sikrer at virksomhetens aktiviteter planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres i samsvar med krav fastsatt i relevante lover og forskrifter.

3.4 Tvisteløsningsnemnda for helse- og omsorgssektoren

KS og Helse- og omsorgsdepartementet har opprettet tvisteløsningsnemnda for helse- og omsorgssektoren. Nemnda behandler tvister mellom partene i samarbeidsavtaler etter helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2 og spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 e.

Tvisteløsningsnemnda kan:

- mekle når det oppstår uenighet om inngåelse av samarbeidsavtaler
- avgi rådgivende uttalelse ved uenighet om inngåtte samarbeidsavtaler
- avgi rådgivende uttalelser ved tvister om betaling etter forskrift om kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter
- gi råd om hvem som har ansvaret for «gråsonepasienter» mellom kommuner og sykehus

Begge kontraktsparter (kommunen og det regionale helseforetaket i helseregionen, eller et helseforetak som det regionale helseforetaket bestemmer) kan bringe en sak inn for tvisteløsningsnemnda.

Tvisteløsningsnemnda kan bare mekle dersom partene som skal inngå samarbeidsavtale er enige om det. Tilsvarende vil tvister om allerede inngåtte avtaler bare behandles dersom begge parter samtykker.

3.5 Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten

Forskriften gjelder virksomheter på ulike nivå i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, spesialisthelsetjenesten og private virksomheter som tilbyr helse- og omsorgstjenester. Formålet er å bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, og at øvrige krav i helse- og omsorgslovgivningen etterleveres. Forskriften beskriver virksomhetene, herunder kommuner og helseforetak, sitt ansvar for å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten. Forskriften tydeliggjør at dette ansvaret ligger til øverste leder av virksomheten.

I forskriften § 6 beskrives oppgavene som inngår i plikten til å planlegge, herunder plikten til å planlegge hvordan risiko kan minimaliseres med særlig vekt på risikofaktorer forbundet med samhandling internt og eksternt.

4 Dagens praksis

Som nevnt over skal samarbeidsavtalene inngås mellom kommunen og det regionale helseforetaket i helseregionen eller med det helseforetak som det regionale helseforetaket bestemmer. Praksis i alle regioner er at det regionale helseforetaket har pekt på de lokale helseforetakene, slik at det er kommunene og helseforetak som har inngått avtaler. Enkelte kommuner har avtaler med to helseforetak.

Avtalestrukturen varierer noe, men i all hovedsak har helseforetak og kommuner inngått en overordnet samarbeidsavtale og flere delavtaler som korresponderer til minimumskravene i helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2. Som regel har helseforetaket inngått likelydende avtaler med alle kommunene i sitt opptaksområde.

Tvisteløsningsnemnda har i hovedsak behandlet saker knyttet til uenigheter mellom helseforetak og kommuner om utskrivningsklare pasienter. De fleste saker løses i de lokale samarbeidsorganene, og nemda har derfor vært lite brukt de siste årene.²

Både kommuner og regionale helseforetak er lovpålagt å utarbeide planer for sine respektive virksomheter, og det er etablert faste planprosesser i både kommuner og regionale og lokale helseforetak.

Kommunestyret skal minst én gang i hver valgperiode utarbeide og vedta en kommunal planstrategi. Med utgangspunkt i planstrategien skal kommunene utarbeide kommuneplaner som skal omfatte både en samfunnsdel med handlingsdel og en arealdel. Samfunnsdelen skal ta stilling til langsiktige utfordringer, mål og strategier for kommunesamfunnet som helhet og kommunen som organisasjon. Det er ingen særskilte krav om å utarbeide egne planer for helse og omsorg. Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 tredje ledd setter imidlertid krav til kommunen om å planlegge, evaluere og korrigere

² <https://www.helsedirektoratet.no/tema/helse-og-omsorgstjenesteloven/tvistelosningsnemnda-for-helse-og-omsorgssektoren#fraasegner-og-avgjerder-fraa-tvisteloydingsnemnda>

virksomheten, slik at tjenestenes omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift.

Mange kommuner mangler viktige grunnlagsdokumenter, som blant annet lokal helse- og omsorgsplan og/eller kompetanseplan. Eksempelvis viser undersøkelser gjennomført av Helse Nord RHF fra 2018 at kun 42 % av kommunene i regionen har utarbeidet strategiske planer for helse- og omsorgstjenestene. I tillegg er det en utfordring at mange lokale helse- og omsorgsplaner i kommunene ikke inneholder tilstrekkelige analyser av status og utviklingstrekk i sektoren, og derfor i liten grad er egnet til bruk i øvrig planverk.³ Kommunene skal hvert år vedta en rullerende økonomiplan som skal omfatte minst de fire kommende budsjettårene og omfatte hele kommunens virksomhet.

Nasjonal helse- og sykehusplan legges frem for Stortinget hvert fjerde år og setter retning for utviklingen av spesialisthelsetjenesten og samhandlingen med den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Helseforetakene og de regionale helseforetakene er pålagt å utarbeide lokale og regionale utviklingsplaner hvert fjerde år. De regionale helseforetakene utarbeider hvert år ettårige budsjett, og økonomisk langtidsplan. Helseforetakene lager egne økonomiske langtidsplaner og budsjetter innenfor rammene det regionale helseforetaket har satt.

Det er departementets oppfatning at kommuner og helseforetak i varierende grad involverer hverandre i planer og beslutninger innenfor sine respektive ansvarsområder, og at det i liten grad foregår planlegging i *felleskap*. Helseforetakene har ansvar for å involvere kommunene i arbeidet med lokale utviklingsplaner. Departementets inntrykk er at helseforetakenes involvering av kommunene har variert - enkelte steder har involveringen vært begrenset til å få utkast til planer på høring sent i prosessen, mens andre steder har kommunene vært tettere involvert. Det har ikke blitt vist til eksempler på at kommunene involverer helseforetaket i sine planer. Innspill i møter og workshops i forbindelse med utarbeidelsen av Nasjonal helse- og sykehusplan tyder samtidig på en bred anerkjennelse av behovet for å i større grad utvikle og planlegge tjenester sammen.

5 Departementets vurderinger og forslag

5.1 Innledning

I dette kapitlet foreslår departementet å gjøre endringer i helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2. Departementet foreslår å innføre et krav om at samarbeidsavtalene skal inneholde konkret beskrivelse av hvordan kommuner og helseforetak sammen skal planlegge og utvikle tjenester. Som beskrevet under kapittel 3 fastslår loven at samarbeidsavtalene skal inngås mellom kommunen og det regionale helseforetaket eller det helseforetaket det regionale helseforetaket bestemmer. I praksis inngås avtalene mellom kommuner og helseforetak. Dette reflekterer at helseforetaket er det hensiktsmessige nivået for

³ Vetvik, E. og Disch, P. G. (2017). Retorikk og realiteter: Planlegging for framtidens helse- og omsorgsoppgaver i kommunene – 2015 – 2025. Senter for omsorgsforskning. Rapportserie 5/201.

samarbeid med kommunen når målet er å bidra til at pasienter og brukere mottar et helhetlig tilbud om helse- og omsorgstjenester.

Forslaget innebærer ikke et krav om én felles plan, men et krav om å beskrive hvordan et samarbeid om å utvikle og planlegge tjenestene skal være. Det stilles heller ikke lovfestede krav til innholdet i planleggingsprosessen utover at den skal gjelde utvikling og planlegging av tjenestene.

Målet er med andre ord ikke at kommuner og helseforetak skal ha én felles plan for all tjenesteutvikling. Samtidig står kommuner og helseforetak fritt til å lage felles planer på områder eller for prosjekter der de i fellesskap finner det formålstjenlig. Målet med lovforslaget er at helseforetak og kommuner skal avtale helt konkret hvordan de skal gjennomføre felles planlegging av tjenester til pasienter med behov fra begge tjenestenivåer, og hvordan de konkret skal involvere hverandre i eget planarbeid som har betydning for den andre. Eksempler på slike planer kan være helseforetakenes utviklingsplaner eller kommunale planer for utvikling av helse- og omsorgstjenestene. Departementet tror at en slik konkret beskrivelse vil bidra til de felles planleggingsprosessene som er nødvendig for å sikre sammenhengende helse- og omsorgstjenester og en bedre utnyttelse av de samlede ressursene.

5.2 Vurderinger og forslag om ny plikt til å ha en konkret beskrivelse av hvordan partene sammen skal utvikle og planlegge tjenestene

Det foreligger flere evalueringer og vurderinger av samhandlingsreformen og samarbeidsavtalene fra blant annet Forskningsrådet, Deloitte (på oppdrag fra KS), Helsetilsynet og Nasjonalt samhandlingsnettverk. Oppsummert viser evalueringer av samarbeidsavtalene at:

- avtalene har bidratt til å tydeliggjøre ansvars- og oppfølging, men ikke nødvendigvis til bedre opplevd samhandling⁴
- fastleger og brukere har i mindre grad vært involvert i utarbeidelsen av avtalene⁵
- det er stor variasjon i hvorvidt og i hvilken grad de ansatte kjenner til innholdet i avtalene⁶

Departementets inntrykk er at prosessene knyttet til inngåelse av samarbeidsavtalene ofte er mer preget av et ønske om å dele opp ansvaret enn av behovet for å ta et felles ansvar for pasientforløp som i sin natur går på tvers av helseforetak og kommuner.

Oppfyllelse av det lovpålagte kravet om å inngå samarbeidsavtaler innebærer ikke nødvendigvis at helseforetak og kommuner er enige om hvilke pasientgrupper som har

⁴ Forskningsrådet 2016, Deloitte 2014

⁵ Forskningsrådet 2016, Deloitte 2014, Helsetilsynet 2016

⁶ Helsetilsynet 2016, Deloitte 2014

samhandlingsbehov, hvilket forløp de trenger eller hvilken kapasitet og kompetanse det må planlegges for på kort og lang sikt. Dette er problemstillinger som kommuner og helseforetak bør ha en omforent forståelse av for å kunne sikre sammenhengende helse- og omsorgstjenester innenfor de økonomiske rammene de har til rådighet. For å kunne adressere disse problemstillingene er kommuner og helseforetak avhengige av å involvere hverandre i sine respektive planprosesser, og til dels planlegge og utvikle tjenester sammen. Felles virkelighetsforståelse er en sentral forutsetning for å lykkes med dette.

Kommuner og helseforetak har behov for å planlegge og fatte beslutninger innenfor sine ansvarsområder. Samtidig vil manglende samarbeid om planlegging og utvikling av helse- og omsorgstjenestene kunne resultere i at det samlede tilbudet ikke dekker befolkningens behov. Eksempelvis kan fravær av koordinerte og sammenhengende planprosesser knyttet til rehabiliteringstilbud føre til at helseforetaket reduserer sin kapasitet uten at tilsvarende opprusting skjer i kommunene – eller omvendt. Resultatet kan da bli et gap mellom behovet for rehabiliteringsplasser og det tilgjengelige tilbudet. Departementet mener derfor at det er behov for å pålegge at samarbeidsavtalene mellom kommuner og helseforetak skal inneholde en konkret beskrivelse av hvordan partene sammen skal planlegge og utvikle tjenester.

Innspill til arbeidet med Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023 indikerer at både kommuner og helseforetak tidvis kan oppleve som en utfordring at ev. budsjettmessige kostnader knyttet til et utviklingstiltak kan oppstå hos dem selv, mens ev. budsjettmessige gevinster opptrer hos den andre. Samtidig er det departementets inntrykk at slike opplevelser ikke nødvendigvis er basert på en fullstendig vurdering av hvordan et utviklingstiltak vil påvirke kostnader og gevinster gjennom hele pasientforløpet og hvordan slike tiltak kan forebygge og redusere pasientenes fremtidige behov for ressurskrevende helse- og omsorgstjenester gjennom livsløpet. Selv om den umiddelbare effekten av noen utviklingstiltak kan være at enten kommune eller helseforetak opplever en økt kostnad på kort sikt, kan en bedre felles planleggingsprosess synliggjøre gevinstene som oppstår andre steder i pasientforløpet og/eller gjennom redusert behov for ressurskrevende tjenester for pasientene senere i livsløpet.

5.3 Erfaringer fra Covid-19 pandemien

Håndteringen av Covid-19 pandemien i 2020 illustrerer verdien av felles planlegging og gode rutiner for samarbeid mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten. Både kommuner og helseforetak har oppgaver etter smittevernloven og helseberedskapsloven, men effektivt smittevern og beredskap forutsetter god samordning. For områder som hadde et godt etablert samarbeid i forkant av pandemien var det enklere å organisere seg for å håndtere situasjonen. For eksempel hadde Helse Bergen HF og de 18 kommunene i området i forkant av pandemien inngått en avtale om samarbeid ved pandemisk influensa⁷. I avtalen er det definert at kommunene og helseforetaket er forpliktet til å utarbeide planer

⁷ <https://saman.no/samarbeidsavtaler/seravtaler/seravtale-til-tenesteavtalane-11-og-12-ved-pandemisk-influensa>

og rutiner i tråd med avtalen, og at det skal settes ned en koordineringsgruppe når nasjonale myndigheter ber helse- og omsorgstjenestene om å øke beredskapen for å forberede en mulig pandemisk influensa. Åtte representanter fra kommunene i de fire lokale samhandlingsutvalgene og åtte representanter fra helseforetaket og Haraldsplass Diakonale sykehus har hatt ukentlige møter i koordineringsgruppen og håndtert både faglige og praktiske spørsmål. Dette har bidratt til en samkjørt håndtering av pandemien.

5.4 Hva kan en avtale om hvordan man sammen skal planlegge og utvikle tjenester inneholde?

Felles planlegging innebærer mer enn å sende hverandres planer på høring. Det innebærer å identifisere behovene som skal dekkes, sammen konkretisere hvordan kommunale tjenester og spesialisthelsetjenestene må utvikles for å dekke disse behovene og deretter gjennomføre konkrete tiltak for å oppnå en slik utvikling. For å gjennomføre slike planleggingsprosesser vil kommuner og helseforetak kunne ha behov for å avtale hvilke datakilder/forutsetninger som skal ligge til grunn, hvordan planleggingsarbeidet konkret skal organiseres, hvilke rutiner som skal etableres for å oppnå forpliktende beslutninger og hvordan planene skal gjennomføres.

Når kommuner og helseforetak skal planlegge og utvikle tjenester til en pasientgruppe, f. eks. personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer, vil det være sentralt å etablere en felles forståelse av hvem pasientene i denne gruppen er, hvor mange de er/vil bli og hvilke behov de har/vil eller kan få. Det kan derfor være nyttig for kommuner og helseforetak å avtale hvilke kilder til informasjon som skal brukes slik at man sikrer en felles virkelighetsforståelse.

En gevinst ved felles planlegging vil være bedre muligheter for å vurdere hvordan et utviklingstiltak vil påvirke kostnader og gevinster gjennom hele pasientforløpet og hvordan slike tiltak kan forebygge og redusere pasientenes fremtidige behov for ressurskrevende helse- og omsorgstjenester gjennom livsløpet. Departementet antar at kommuner og helseforetak kan være tjent med å avtale rutiner for hvordan slik kunnskap og slike beregninger skal fremskaffes.

Departementet legger til grunn at det kan være nødvendig å opprette felles prosjekt for å revidere eksisterende forløp og tilbud for en bestemt pasientgruppe eller for å utrede eller innføre nye tjenesteformer.. Departementet antar at beslutninger om å starte slike felles prosjekt, f.eks. ved å sette ned et tidsbegrenset faglig samarbeidsutvalg, typisk vil fattes i strategisk samarbeidsutvalg mellom ledere i helseforetaket og kommunene. For at en slik beslutning skal kunne fattes og forplikte kommunene og helseforetaket, bør beslutningsprosessen være veldefinert og forutsigbar. Det kan derfor være nyttig for kommuner og helseforetak å avtale konkret hvordan beslutningsprosessen knyttet til igangsetting og gjennomføring av felles planlegging skal organiseres. Eksempelvis har Sykehuset Østfold og de samarbeidende kommunene avtalefestet en to-trinns beslutningsprosedyre, se faktaboks under.

Beslutningsprosess for Sykehuset Østfold HF og de samarbeidende kommunene

Sykehuset Østfold HF og de samarbeidende kommunene har avtalefestet en to-trinns beslutningsprosedyre. En sak settes først opp til drøfting i samhandlingssekretariatet (enkelte ganger direkte i samhandlingsutvalget). Der drøftes den av de samarbeidende kommunene og i foretaket, og settes opp til beslutning i påfølgende møte i samhandlingsutvalget (SU) eller i samhandlingssekretariatet (SEKR), avhengig av sakstype. Dette gir forutsigbarhet og rom for forankring. Kommunene og helseforetaket har avtalefestet at beslutninger er bindende ved konsensus. De som deltar i SU og SEKR fra kommunene og helseforetaket kan forplikte dem de representerer. SU behandler saker med større administrative og økonomiske konsekvenser, mens saker av faglig karakter med mindre økonomiske og administrative konsekvenser håndteres i SEKR. I begge disse organene stiller det fem representanter fra kommunene (én fra hvert legevakt-/helsehussamarbeid), fem fra helseforetaket, en fastlege og en representant fra henholdsvis ansattorganisasjoner og pasient- og brukerorganisasjoner.

Departementet har inntrykk av at kommuner og helseforetak ofte har utfordringer med å gå fra felles plan til konkret gjennomføring. Departementet antar at det derfor vil være hensiktsmessig, som del av en felles planleggingsprosess, å avtale konkret hvordan planene som utvikles skal gjennomføres. Dette kan bl.a. involvere rutiner for hvordan planer skal følges opp gjennom årlige budsjettprosesser og rutiner for hvordan strategisk samarbeidsutvalg, ev. særskilte styringsgrupper, skal følge opp fastsatte mål og risiko knyttet til besluttede planer.

6 Økonomiske og administrative konsekvenser

Formålet med bedre felles planlegging mellom kommuner og helseforetak er bedre pasientforløp og bedre bruk av de samlede ressursene i helse- og omsorgstjenesten. Bedre prosesser for felles planlegging og utvikling vil også bidra til bedre bruk av de administrative ressursene i kommuner og helseforetak. Forslaget om endret lovbestemmelse i dette høringsnotatet vil i utgangspunktet medføre behov for revisjon av samarbeidsavtalene. Det vil ha noen mindre administrative kostnader. Det skal påpekes at det allerede ligger et krav til årlig revisjon av avtalene.

7 Merknad til lovbestemmelsen

Kunnskapsdepartementet har den 30. juni sendt på høring forslag til bedre velferdstjenester for barn og unge som har behov for et sammensatt tjenestetilbud (Samarbeid, samordning og barnekoordinator). I høringen foreslås blant annet et nytt punkt 12 i helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2 første ledd. Kunnskapsdepartementets høring har frist 1. november 2020. I denne høringen foreslås derfor et nytt punkt 13. Dersom Kunnskapsdepartementets foreslåtte punkt 12 ikke skulle følges opp eller dersom Stortinget ikke vedtar Kunnskapsdepartementets forslag, vil herværende forslag om nytt punkt 13 heller bli nytt punkt 12.

Til § 6-2 første ledd nytt punkt 13

Endringen innebærer et krav om at det i samarbeidsavtalene må inntas en konkret beskrivelse av hvordan kommuner og regionale helseforetak, eller det helseforetak som det regionale helseforetaket bestemmer, sammen skal utvikle og planlegge tjenester. Å planlegge og utvikle tjenester sammen kan innebære å identifisere behovene som skal dekkes, sammen konkretisere hvordan kommunale tjenester og spesialisthelsetjenestene bør utvikles for å dekke disse behovene og utarbeide en plan for gjennomføring av konkrete tiltak for å oppnå en slik utvikling. For å gjennomføre slike planleggingsprosesser vil kommuner og helseforetak kunne ha behov for å avtale konkret hvordan beslutningsprosesser skal foregå, hvordan det skal legges til rette for at felles virkelighetsforståelse ligger til grunn for planlegging, hvordan planene skal gjennomføres og når og på hvilken måte kommuner og helseforetak skal involvere hverandre i sine respektive planer og beslutninger.

8 Forslag til lovendringer

I lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. § 6-2 første ledd foreslås følgende endringer:

§ 6-2. Krav til avtalens innhold

Avtalen skal som et minimum omfatte:

1. enighet om hvilke helse- og omsorgsoppgaver forvaltningsnivåene er pålagt ansvaret for og en felles oppfatning av hvilke tiltak partene til enhver tid skal utføre,
2. retningslinjer for samarbeid i tilknytning til innleggelse, utskrivning, habilitering, rehabilitering og lærings- og mestringstilbud for å sikre helhetlige og sammenhengende helse- og omsorgstjenester til pasienter med behov for koordinerte tjenester,
3. retningslinjer for innleggelse i sykehus,
4. beskrivelse av kommunens tilbud om døgnopphold for øyeblikkelig hjelp etter § 3-5 tredje ledd,
5. retningslinjer for samarbeid om utskrivningsklare pasienter som antas å ha behov for kommunale tjenester etter utskrivning fra institusjon,
6. retningslinjer for gjensidig kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling og for faglige nettverk og hospitering,
7. samarbeid om forskning, utdanning, praksis og læretid,
8. samarbeid om jordmortjenester,
9. samarbeid om IKT-løsninger lokalt,
10. samarbeid om forebygging,
11. omforente beredskapsplaner og planer for den akuttmedisinske kjeden [,
12. samarbeid om ytelse av helse- og omsorgstjenester til barn og unge med sammensatte vansker og lidelser, og som derfor mottar tjenester fra begge forvaltningsnivåene] og
13. konkret beskrivelse av hvordan partene sammen skal utvikle og planlegge tjenestene.