



Helse- og omsorgsdepartementet

Postboks 8011 Dep

0030 OSLO

Deres ref.:

Vår ref.:  
10/214554/KSKU


Dato:  
17.01.2011


## Hørings svar - Forslag til ny kommunal helse- og omsorgslov og ny folkehelselov

Formannskapet i Bærum kommune vedtok 12. januar 2011 i sak 009/11 "Samhandlingsreformen – høringsuttalelser til nye lover og innspill til ny nasjonal helse- og omsorgsplan" at "Bærum kommune oversender høringsuttalelser til ny lov om kommunal helse- og omsorgstjeneste og ny lov om folkehelse, samt innspill til grunnlag for ny nasjonal helse- og omsorgsplan som vist i vedlagte høringsuttalelser, med de endringer som følger av formannskapets behandling. Bærum kommune har imidlertid merket seg innholdet i den foreløpige høringsuttalelsen fra KS om samhandlingsreformen. Med stor grundighet og tydelighet forteller den at viktige forutsetninger er uavklarte. Endelig vedtak av lover og plan må avvendes til dette er på plass".

Høringsuttalelsene til ny kommunal helse- og omsorgslov og ny folkehelselov følger vedlagt. Høringsuttalelse til innspill til ny nasjonal helse- og omsorgsplan er publisert via departementets nettsted "Fremtidens helsetjeneste: trygghet for alle".

Med hilsen

  
Nina Bønsnes Røed  
utviklingsdirektør

  
Kristin Skutle  
spesialrådgiver

Kopi: Kommunenes sentralforbund (KS)  
Kommunehelsesamarbeidet Vestre Viken

## Vedlegg

### Hørings svar – høringsuttalelser til nye lover

#### Forslag til ny folkehelselov

Lovens formål bygger både på generelle helsefremmende tiltak for befolkningen som helhet og har også som mål å redusere sosiale helseforskjeller. Det siste berører grupper av befolkningen som har sosiale, helsemessige og økonomiske utfordringer som for eksempel fattigdom. Dette er en utfordring ved lovforslaget. Å redusere sosial ulikhet i helse er et uttalt helsepolitisk mål som også er nevnt i selve lovteksten. Det synes vanskelig å oppnå dette med det foreliggende lovforslaget, fordi det forutsetter en mer målrettet innsats mot enkelte grupper. Bli den friskeste delen av befolkningen friskere så vil det øke den sosiale ulikheten i helse heller enn å redusere den. Lovforslaget utreder ikke hvor krevende et tverrsektorielt, nivåovergripende folkehelsearbeid er. Det er også store forventninger til at kommuner og fylkeskommuner skal bidra til å utjevne sosiale helseforskjeller. Det er vanskelig, og det foreligger få retningslinjer for hvordan det kan gjøres i praksis.

At kommuner/fylkeskommuner gis slikt ansvar er grunnlag for å problematisere at loven ikke har økonomiske og administrative konsekvenser. Krav om ny praksis i folkehelsearbeidet må tolkes som en ny oppgave og dermed godtgjøres, all den tid det får store administrative og kompetansemessige konsekvenser.

Forslaget til ny folkehelselov stiller indirekte krav om at det opprettes koordinatorstillinger for folkehelsearbeidet. Dette finnes i varierende grad i kommunene i dag. En tydelig ansvars plassering er viktig, uten at kommunen samtidig pålegges bestemte måter å organisere tjenestene på eller pålegges bestemte måter å organisere tjenestene på eller pålegges bruk av nærmere bestemte profesjonsgrupper. Kommunen må gis frihet til selv å velge hvordan ansvaret oppfylles.

På overordnet nivå må kommunene inneha kartleggings- /utrednings-/analysekompetanse for å ivareta kravene til oversikt over folkehelse situasjonen og utfordringer.

For å forankre folkehelsearbeid i planer og i tiltak i tjenestene, kreves kompetanseheving i de ulike kommunale/fylkeskommunale virksomheter og tjenester. Det stilles bl.a. krav om økt tverrfaglig samarbeid i kommunen, og samhandling mellom kommunene, fylkeskommune og andre. Dette er kapasitets- og kompetansekrevende.

Helseovervåking/statistikk er et stort og uoversiktlig område – og vil kreve store ressurser både på fylkeskommunalt og kommunalt nivå. Det ligger ikke inne noen ressurser til dette arbeidet, samt at det er behov for kompetanse i kommunesektoren for å følge opp. Behovet for felles opplegg og standardisering er stort – og det bør avklares hva som skal gjøres og av hvem. Nasjonalt, regionalt og lokalt. Fylkeskommunene skal i følge lovforslaget bistå kommunen i å foreta kommunale analyser og tolkninger av data, jf. mulige forklaring av årsakssammenhenger, styrker og svakheter i dataene. Imidlertid foreligger det allerede mye helsestatistikk, og det bør sees blant annet til effektiviseringsnettverkene og arbeidet som allerede pågår i KOSTRA for å unngå dobbelrapportering.

I PBL § 7.1/§ 10.1 sies det generelt at ”planstrategien skal redegjøre for regionale (kommunale) utviklingstrekk og utfordringer, vurdere langsiktige utviklingsmuligheter og ta stilling til hvilke spørsmål som skal tas opp gjennom videre regional planlegging. Det betyr at det er opp til fylkeskommunen/kommunen selv å avgjøre hvilke utfordringer og spørsmål som skal tas opp i videre planlegging.

De nye bestemmelsene gir fylkeskommuner/kommuner pålegg om område (her: folkehelse) som skal være med i planstrategien, det betyr at man fraviker prinsippet om at kommunen og

fylkeskommunen selv skal avgjøre hva som er viktig. Med en så omfattende definisjon som legges til grunn for folkehelsearbeidet anses denne delen av forslaget som en inngripen i viktige lokaldemokratiske prinsipper.

Det er rimelig at Fylkesmannen er tilsynsmyndighet fordi dette sikrer et helhetssyn med tanke på lokaldemokratisk forankring i Plan- og bygningsloven.

### **Forslag til ny kommunal helse- og omsorgslov**

Lovforslaget er i hovedsak en videreføring av gjeldene bestemmelser og kan ikke sies å oppfylle målsettingen i Samhandlingsreformen, slik lovutkastet nå foreligger.

Til dels gir lovforslaget en tydeliggjøring av kommunens oppgaver, men gir bare konturene av en ramme for den bebudede nye kommunerollen. Slik lovforslaget foreligger, fører det ikke til økt innsats for folkehelse og forebygging – det er også her gjeldende regelverk som er videreført. Lovforslaget gir i seg selv ingen bedret legetjenesten i kommunene, selv om det kan komme gjennom revisjon av fastlegeforskriften.

Det er også uklart i hvilken grad lovforslaget understøtter en klarere pasientrolle og et mer helhetlig pasientforløp, men forslaget må sies å legge til rette for samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunenes helse- og omsorgstjenester og slik at spesialisthelsetjenesten kan utvikles.

Imidlertid vil det først være når finansieringen av bestemmelsene i lovforslaget er kjent at en vil kunne si om forslagene bidrar til å oppnå målsettingen i Samhandlingsreformen.

Bærum kommune avgir med dette følgende høringsuttalelse:

#### **Generelt**

Lovforslaget gir muligheter for en styrket, likeverdig og bedre koordinert helsetjeneste. Det vil være arbeidet med den videre utformingen av virkemidler som vil være avgjørende i hvilken grad Samhandlingsreformen blir vellykket sett i forhold til de målene som er fastsatt. I det videre arbeidet må kommunene tas aktivt med.

#### **Kommunenes ansvar**

Verken i lov eller i høringsnotatet er rolle og ansvarsfordelingen mellom kommunchelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten tydelig nok beskrevet. Det erkjennes at den medisinskfaglige utviklingen og til dels lokale forhold medfører at denne rolle- og ansvarsfordelingen ikke kan være statisk eller rigid, og vil være under kontinuerlig utvikling. Allikevel må det være en større grad av tydeliggjøring av ansvar og roller før en ny finansieringsordning iverksettes. Dette må gjøres av statlige og kommunale myndigheter i felleskap. Det bør vurderes å opprette et nasjonalt uavhengig tvisteorgan som kan vurdere ansvar og rollefordeling ved prinsipiell uenighet mellom kommunale og statlige myndigheter. Organet bør ha beslutningsmyndighet.

Det er vanskelig å måle effekten av helsefremmende og forebyggende arbeid. Derfor vil det være nødvendig, i dialog med kommunene, å komme frem til kriterier for å måle effekten av helsefremmende og forebyggende arbeid.

Det forutsettes at dersom det lovfestes at kommunen skal sørge for tilbud på døgnbasis til pasienter med behov for umiddelbar helsehjelp, vil en slik lovfesting bli supplert med en

bestemmelse om at kommunen vil kunne oppfylle plikten ved å inngå avtale med andre kommuner eller helseforetak.

### **Forsvarlighet, pasientsikkerhet og kvalitet**

Det er positivt at ansvar for kvalitet og pasientsikkerhet er tydelig i lovteksten.

Når det gjelder kvalitetsdefinisjoner er det viktig å ha definisjoner som kan måles, enten objektivt eller subjektivt.

### **Legetjeneste i kommunene**

Det er viktig og riktig at kommunelegens rolle som medisinsk faglig rådgiver i kommunen er fastslått i lovs form. Denne funksjonen må styrkes i framtiden. Loven bør inneholde en åpning for at kommuner kan samarbeide om funksjonen som kommunelege.

Et av virkemidlene i Samhandlingsreformen har vært en sterkere styring av fastlegene. I loven er det ikke foreslått endringer i ordningen. Styrking av fastlegeordningen i kommunene må skje ved økning i antall fastleger, og ved styrket og systematiske krav til kvalitet. Det er behov for en revidert forskrift om fastlegeordningen. Blant annet er det behov for å vurdere kommunenes styring av offentlig allmenntilleggsarbeid og hvilke nye oppgaver fastlegene forventes å ivareta som følge av reformen. I forskriftene bør kommunens adgang til sanksjoner ovenfor fastleger som ikke følger avtale eller vedtatte overordnede føringer vurderes. Kommunene og representanter for fastlegene må aktivt involveres og delta i utarbeidelsen av nye forskrifter.

### **Samarbeid mellom kommuner og regionale helseforetak**

I høringsnotatet vektlegger departementet ikke ubetydelige stordriftsfordeler ved at kommuner samarbeider om å løse oppgaver innenfor helse- og omsorgstjenesten. Denne vurderingen deles i hovedsak, men stordriftsulempene er for lite vektlagt.

Samarbeid mellom kommuner må baseres på frivillighet. Høringsnotatet beskriver den foreslåtte bestemmelsen om at departementet skal kunne påby samarbeid mellom kommuner når det finnes påkrevet, som en svært snever unntaksregel. Når den anses som snever, og at det skal svært mye til før departementet eventuelt pålegger samarbeid, strider en slik bestemmelse mot det kommunale selvstyret. Den enkelte kommune vil best være i stand til å vurdere hvordan den skal levere gode helse- og omsorgstjenester til sine innbyggere.

Høringsnotatet beskriver allerede kjente samarbeidsmodeller. Imidlertid er Kommunehelsesamarbeidet Vestre Viken, et samarbeid mellom 26 kommuner i sykehusområdet til Vestre Viken HF, et godt eksempel på hvordan kommuner kan anse et samarbeid som hensiktsmessig.

Bærum kommunes vurdering er at det enkelte helseforetak bør ha ansvaret for at det etableres samarbeidsavtaler med kommunen, ikke de regionale helseforetakene. Dette er vesentlig for å sikre mest mulig likeverdighet mellom avtalepartene.

I de tilfelle der kommunene avtaler at de deler gjennomføringen av oppgavene seg i mellom, bør det være bestemmelsene i kommunelovens kapittel 5, eller lov om interkommunale selskaper som bør legges til grunn for samarbeidet.

Det kan også være behov for at kommunene eller et kommunesamarbeid etablerer egne juridiske enheter, for eksempel for å dekke grensesnittet mellom spesialisthelsetjenestens akuttmedisinske arbeid og kommunenes legevaksarbeid. I og med at den eneste selskapsform som er aktuell når kommuner og helseforetak sammen skal eie virksomhet som yter kommunal



helse- og omsorgstjeneste, er aksjeselskaper, bør lov om interkommunale selskaper endres til også omfatte helseforetak.

Til forslaget om at partene skal ha mulighet til å si opp samarbeidsavtaler med ett års frist, vil Bærum kommune foreslå at avtalene blir tidsbegrenset. Avtalenes juridiske forpliktelser må utredes nærmere.

Det bør være anledning til at det lokalt opprettes uavhengig tvisteorgan for å løse tvister mellom kommuner og helseforetak.

I lovforslagets fremgår kravene til avtalenes innhold. Etter Bærum kommunes vurdering er det behov for å tydeliggjøre at dette er et avtalesett som til sammen minimum skal innehold 1-10 elementer, og ikke en avtale.

### **Individuell plan, koordinator og koordinerende enhet**

Det bør ikke åpnes for at spesialisthelsetjenesten i visse tilfeller bør ha et selvstendig ansvar for å utarbeide individuell plan, da det er en risiko for at det kan bli uklare ansvarsforhold.

Imidlertid er det vesentlig at spesialisthelsetjenesten må ha en plikt til å medvirke i arbeidet med individuell plan, bortsett fra i enkelte særskilte tilfeller der bare spesialisthelsetjenesten er involvert. I disse tilfelle bør det som i dag, være spesialisthelsetjenesten som har ansvar for utarbeide den individuelle plan.

Det bør ikke lovfestes en plikt til å ha en koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet. I og med at kommunen står fritt til å organisere sitt arbeid må det være tilstrekkelig at det er en plikt for kommunen til å oppnevne en koordinator, og at kommunen har systemansvar for arbeidet med individuell plan og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator. Hvordan dette gjøres, må overlates til kommunen å beslutte.

### **Undervisning, praktisk opplæring og utdanning**

Den bebudede utvidelsen av kommunale oppgaver vil kreve økt rekruttering av kvalifisert personell og styrking av kompetanse hos eget personell i kommunene. Utdanningskapasiteten på høyskoler og universitet må styrkes vesentlig og må innrettes mer mot kommunale oppgaver. Samtidig vil det økte kommunale engasjementet i utdanningene kreve resurser i kommunene. Dette gjelder spesielt innenfor veiledet praksis. Det er lite sannsynlig at det vil skje en stor migrasjon av høyt utdannede erfarne arbeidstakere fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten. Det er heller ikke noe mål. De store målgruppene av pasienter med sammensatte kroniske lidelser, psykiske lidelser og rusproblematikk vil kreve høy kompetanse. Kommunene må derfor sikre at nyutdannede får nødvendig veiledning og opplæring for å mestre disse oppgavene. Dette vil kreve innsats og ressurser fra kommunene som det må tas høyde for.

Spesialisthelsetjenesten har en veiledningsplikt ovenfor kommunehelsetjenesten. For at samhandlingsreformen skal lykkes må spesialisthelsetjenesten ta et større ansvar for veiledning og direkte kompetansebygging i kommunene enn det hittil har vært gjort. Dette må konkretiseres og tydeliggjøres i det videre arbeidet med samhandlingsreformen.

Forskning på pleie, omsorg og helsetjeneste i kommunene er for svak. Framtidens helsetjeneste i kommunene må styrkes ved vesentlig mer forskningsbasert kunnskap om virkningen av tjenestene. Kommunenes ansvar for forskning må derfor få en tydeligere plass i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester i kommunene, og kommunene må få rammebetingelser for å styrke arbeidet med forskning og fagutvikling på kommunalt nivå. Det foreslås en ny § 8-3 Forskning, som regulerer kommunenes plikt til å medvirke i forskningsarbeid, og plikt til å

vurdere forskningssamarbeid gjennom avtaler med andre kommuner, helseforetak og forskningsinstitusjoner.

### **Rettsikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemning**

Bestemmelsene om bruk av tvang og makt i lovforslagets kapittel 9, bør samordnes med kapittel 4 A om helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen mv, i Pasientrettighetsloven.

### **Økonomiske rammebetingelser**

For å kunne bygge opp nye tjenester som beskrevet i Samhandlingsreformen må kommunene ha tilstrekkelig og forutsigbart økonomisk handlingsrom flere år fram i tid. Det innebærer at det i tillegg til overføring av midler for utskrivningsklare pasienter og medfinansiering tas høyde for at innføringen av reformen innebærer tilleggskostnader (pukkelkostnader) i form av planlegging, etablering av nye tilbud, IKT utbygging, helseovervåking og kompetansebygging i en overgangsperiode som vil gå over flere år.

Bærum kommune er av den oppfatning at departementet i alt for stor grad i forbindelse med ulike lovforslag konstaterer at forslagene ikke antas å ha økonomiske og administrative konsekvenser. Imidlertid er forholdene slik at når dette synspunkt gjentas ved et hvert nytt/endret forslag, vil selv mindre endringer over tid ha betydelige administrative med påfølgende økonomiske konsekvenser for kommunen. Dette må departementet i sitt videre arbeid ta hensyn til.

Det konstateres at det gjennom denne høringen ikke blir en avklaring om modell for kommunal medfinansiering. Framtidig modell må ivareta en akseptabel risiko for kommunene og må være et reelt insitamant for kommunene til å iverksette tiltak ovenfor pasientgrupper som de i realiteten kan påvirke bruk av spesialisthelsetjenester på. Det forutsettes at kommunene får tilgang på relevant styringsinformasjon, slik at det er grunnlag for å kunne vurdere alternative tilbud og drive virksomhetsstyring.

Endret ansvar og finansiering for utskrivningsklare pasienter fra psykisk helsevern og rusbehandling bør ikke innføres fra 1.1.2012, da data for utskrivningsklare pasienter fra disse er dårlige, bl.a. er "utskrivningsklar-definisjonen", vanskelig. Overføring av midler til kommunene for utskrivningsklare pasienter må baseres på objektive demografiske data, og ikke på historiske data for hvor mange utskrivningsklare pasienter hver kommune har hatt. Det siste vil "straffe" kommuner økonomisk som allerede har tatt et ansvar for utskrivningsklare pasienter. Bærum kommune vil avvente til det tidspunkt en eventuell forskrift om finansiering av utskrivningsklare pasienter sendes ut på høring, til å gi sin endelige uttalelse om dette. Imidlertid er det viktig å understreke at en slik forskrift må sendes ut på høring i så god tid at kommunene både kan ha tid til høring, og ikke minst god tid mellom fastsettelse og iverksettelse.

Risikoen ved innføring av nye økonomiske rammebetingelser for kommuner og helseforetak bør vurderes nøye. For å redusere risikoen for uønskede hendelser og styrke kommunenes forutsigbarhet bør departementet vurdere om forslaget om iverksettelsen de nye finansielle virkemidlene fra 1.1.2012 utsettes et år.

Bærum kommune deler ikke departementets syn på ikke å videreføre reglene i dagens sosialtjenestelov § 10 andre ledd om at oppholdskommunen forut for inntaket i institusjoner skal være ansvarlig for å yte tjenester under oppholdet, Bærum kommune vil peke på de betydelige utfordringer som oppholdsprinsippet gir for de store turistkommunene, med den

boliggjøringen som er i ferd med å skje med hyttebebyggelsen. Og at kommuner som er vertskommune for store institusjoner blir ekstra belastet med oppgaver og kostnader, ved at pasienter som ledd i utskrivningen blir bosatt i den kommunen hvor institusjonen ligger. Det er derfor ikke tilstrekkelig at dagens lovfestede refusjonsadgang blir erstattet med adgang for departementet til å gi forskrifter om utgiftsfordeling mellom kommuner når en pasient eller bruker får tjenester fra en annen kommune enn den kommunen der vedkommende er fast bosatt i eller har fast oppholdssted. I tillegg pekes på det inkonsekvente i at denne refusjonsadgangen er videreført til "Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen" § 3.

I og med at egenandelene er en viktig finansieringskilde for kommunene bør departementet starte arbeidet med å erstatte dagens egenbetalingsforskrifter med en helhetlig forskrift for egenbetaling for kommunale helse- og omsorgstjenester.

### **Andre innspill**

Det er en stor fordel for kommunen og brukere at det blir en felles klage- og tilsynsinnsans. Ved å legge klage- og tilsynsordningen med helsetjenester under Fylkesmannen vil det gi en mer samordnet og oversiktlig ordning.

Bærum kommune vil understreke betydningen av forslaget om å presisere pasientrettighetsloven slik at klageinstansen ved prøving av vedtak, skal legge stor vekt på hensynet til det kommunale selvstyret ved prøving av det frie skjønn. Klageinstansen bør kun overprøve kommunale vedtak i forhold til loven og ha en svært begrenset adgang til å overprøve kommunens skjønn. Det er å anse som en stor fordel at klageinstansen ikke skal treffe nye vedtak i saken, men ved oppheving av kommunale vedtak sende saken tilbake til ny behandling i kommunen.

Før krav til elektronisk dokumentasjon og kommunikasjon vil kunne innføres er det nødvendig at det utarbeides en overordnet beskrivelse av de ulike elementer som må på plass for å kunne kommunisere elektronisk. Den nasjonale infrastrukturen for elektronisk samhandling bør være statlig fullfinansiert for å sikre tilstrekkelig framdrift i etableringen.

Det er forslag om at meldeordningen etter spesialisthelsetjenestens flyttes fra Helsetilsynet til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten – Nasjonal enhet for pasientsikkerhet. Det er viktig å ha fokus på at meldeplikt også har en funksjon som en lærende prosess. I det videre arbeidet må det sikres gode systemer for tilbakemeldinger som bidrar til lærende prosesser.

*Bærum kommune ønsker i tillegg å komme med følgende uttalelser til høringen:*

### **Finansiering**

Loven er overordnet, og kan betraktes som en rammelov. Kommunene styres kun gjennom lovverk og rammefinansiering via statsbudsjettet. Kommunenes rammefinansiering skal dekke mye mer enn helsetjenester. For å sikre at kommunene får den tilsiktede finansiering vil Bærum kommune be departementet vurdere om øremerking av midlene kan være et nyttig virkemiddel i en overgangsperiode for å oppnå den ønskede effekt.

### **Følgforskning**

Bærum kommune anbefaler at det i forbindelse med Samhandlingsreformen gjennomføres følgforskning parallelt med innføring av reformen.