

Dato: 14. desember 2010

Byrådssak 640/10

Byrådet

Høring - ny helse- og omsorgslov, ny folkehelselov, innspill til nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015) og samhandlingsreformen

NSNY SARK-40-200911006-5

Hva saken gjelder:

Saken gjelder oppfølging av Stortingsmelding 47(2008-2009) Samhandlingsreformen, som ble vedtatt i Stortinget i juni 2010 og som trer i kraft i januar 2012. Målene i reformen skal realiseres gjennom et sett av virkemidler som er sendt på høring. Dette gjelder ny helse- og omsorgslov, ny folkehelselov og Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2013) som kommunene inviteres til å uttale seg om.

Fokus i den vedtatte reformen er å redusere helseforskjeller og at alle skal ha et likeverdig tilbud uavhengig av diagnose, bosted, personlig økonomi, kjønn, etnisk tilhørighet og livssituasjon.

Målene for reformen er:

- økt livskvalitet og redusert press på helsevesenet gjennom satsing på helsefremmende og forebyggende arbeid
- dempet vekst i bruk av sykehustjenester ved at en større del av helsetjenesten ytes av kommunehelsetjenesten, forutsatt like god eller bedre kvalitet samt kostnadseffektivitet,
- mer helhetlige og koordinerte tjenester til pasienter og brukere gjennom forpliktende samarbeidsavtaler og avtalte behandlingsforløp.

De største endringene er at sosialtjenesteloven og kommunehelsetjenesteloven oppheves og erstattes av en ny lov om helse og omsorgstjenester. Dessuten foreslås kapitlet om miljørettet helsevern flyttet til ny folkehelselov. Helsepersonelloven er foreslått å gjøres gjeldende for alt personell som yter tjenester etter den nye loven. Rettighetsbestemmelsene i gjeldende lover overføres til pasientrettighetsloven.

Bergen kommune ser positivt på intensjonene i samhandlingsreformen. Kommunen forutsetter at økte oppgaver og utvidet ansvar kompenseres ved særskilte økonomiske overføringer til kommunene. Bergen kommune gir derfor ikke sin tilslutning til de foreslåtte modellene for medfinansiering.

Videre kan kommunen ikke, av faglige og økonomiske grunner, påta seg et større lovpålagt ansvar for øyeblikkelig hjelp uten at det foretas en klarere grenseoppgang mot spesialisthelsetjenesten på dette området.

Et kort sammendrag av høringsnotatets hovedinnhold samt de to lovforslagene følger saken som trykte vedlegg. Høringsnotatene som helhet følger saken som utrykt vedlegg.

Høringsfristen er 18.01.2011.

Begrunnelse for fremleggelse for bystyret:

Byrådets fullmakter § 5 Høringsuttalelse i prinsipielle saker som samtidig innebærer politiske avveininger, skal avgis av Bystyret.

Byrådet innstiller til bystyret å fatte følgende vedtak:

Bystyret slutter seg til den framlagte høringsuttalelse om ny helse- og omsorgslov, ny folkehelselov, innspill til nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015) og samhandlingsreformen.

Monica Mæland
byrådsleder

Christine B. Meyer
byråd for helse og inkludering

Utrykt vedlegg: Høringsnotat til ny helse og omsorgslov
Høringsnotat til ny folkehelselov
Høringside nasjonal helse- og omsorgsplan

Saksutredning:

Innledning om samhandlingsreformen og høringer om ny lov om helse- og omsorgstjenester, ny folkehelselov og nasjonal helseplan

Målene for samhandlingsreformen er

- * økt livskvalitet og redusert press på helsevesenet gjennom satsing på helsefremmende og forebyggende arbeid
- * dempet vekst i bruk av sykehus tjenester ved at en større del av helsetjenesten ytes av kommunehelsetjenesten, forutsatt like god eller bedre kvalitet samt kostnadseffektivitet
- * mer helhetlige og koordinerte tjenester til pasienter og brukere gjennom forpliktende samarbeidsavtaler og avtalte behandlingsforløp

Bergen kommune ser positivt på intensjonene i Samhandlingsreformen. Den demografiske utviklingen og utviklingen i sykdomsbildet gjør at det er behov for nye og overordnede grep i organiseringen av den statlige og kommunale helseinnsatsen slik at samfunnet og den enkelte får et bedre utbytte av helsevesenets ressursinnsats. Et konstruktivt samarbeid og en felles forståelse av mål og virkemidler mellom likeverdige parter er nødvendig for å oppnå en bærekraftig sektor som håndterer framtidens utfordringer.

En overordnet trend i utviklingen av helse- og omsorgsfeltet i de siste tiår, er at kommunene har overtatt stadig flere av de oppgavene som tidligere ble løst på et annet forvaltningsnivå (fylkeskommune, helseforetak). Dette gjelder sykehjem, tjenester til utviklingshemmede og store deler av tjenester til psykisk syke, hvor store reformer ga kommunene ansvar og finansiering til å overta og utvikle tjenestene på disse områdene. Kommunene har vist seg istand til å bygge opp kapasitet og kompetanse og dermed utvikle disse feltene i en systematisk prosess.

I tillegg til de planlagte reformene, har det også skjedd en glidning i ansvar og oppgaver mellom helseforetak og kommuner, uten at dette har vært formaliserte reformer eller prosesser. Som følge av utviklingen i de medisinske behandlingsmetodene, har det funnet sted en betydelig reduksjon i liggetid ved norske sykehus som har ført til at pasienter kommer ut til kommunene på et tidligere stadium i behandlingsforløpet. Dette krever en større innsats fra de kommunale tjenestene. Disse endringene kommer som følge av endringer i helseforetakenes praksis, uten at konsekvensene nødvendigvis er drøftet med kommunene.

Omstillinger i kommunene, bla til et betydelig antall korttidsplasser i sykehjem, har gjort det mulig å håndtere disse endringene. Utvikling i behandlingsformer gjør det i dag mulig å behandle flere sykdommer utenfor sykehusene.

Kommunesektoren har altså stor erfaring både med formelle reformer og "stille reformer". Mange av de grep som foreslås i nytt planverk i Samhandlingsreformen er således en fortsettelse av en langvarig trend.

Kommunene vil i framtiden få en mer vesentlig helse rolle ved at en større del av tjenesten tenkes utført i kommunene og ved at den nye loven om folkehelse vektlegger forebygging og kommunal planlegging med helseperspektiv.

Reformen legger opp til at kommunene i fremtiden både skal behandle flere pasienter og påta seg nye og mer komplekse oppgaver som i dag er tillagt sykehusene. Dette krever økt

kapasitet og økt kompetanse. Tilstrekkelig med kompetent helsepersonell vil være av avgjørende betydning for at å nå målene. En måte å sikre dette på er å gi innholdet i utdanningene av helsepersonell en større innretning mot kommunens behov. Dette kan f. eks gjøres ved at en i utdanningsløpet for leger øker andelen av praksis i kommunehelsetjenesten og at en aktivt bruker primærleger, sykehjem og andre kommunale helsetjenester som læringsarena. I den sammenheng bør de medisinske fakultetene gis rammevilkår som gjør det mulig å inngå forpliktende avtaler med kommunene.

En avgjørende forutsetning for at kommunen skal kunne påta seg et større ansvar for mer "helhetlige og koordinerte tjenester", er at det etableres ordninger som sikrer at fastlegene blir en mer integrert del av kommunehelsetjenesten. Bergen kommune støtter forslaget om at kvalitetskrav til fastlegene sikres i en egen forskrift og forutsetter at man gjennom dette sikrer kommunal innflytelse på et område hvor kommunen ved lov er gitt et betydelig ansvar.

Spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten står i et gjensidig avhengighetsforhold hvor fagtyngde og klar statlig styring legger mange av premissene for samarbeidet og utviklingen av dette. For at samhandlingsreformens intensjoner skal oppfylles er det avgjørende at de gjensidige forventningene avklares, både generelt og spesielt for enkelte pasientgrupper og forløp. Dersom dette ikke skjer, vil det være en betydelig risiko for at det oppstår nye gråsoner i kjølvannet av reformen.

Forslaget til ny lov om helse- og omsorgstjenester har tre hovedtrekk: Det viderefører i stor grad gjeldende rett og grunnleggende verdier og prinsipper, samtidig som det harmoniserer regelverket for helse- og omsorgstjenestene og følger opp samhandlingsreformen. Forslaget til ny folkehelselov innebærer at kommunen skal bruke alle sine sektorer for å fremme folkehelse, ikke bare helsesektoren, mål og strategier skal forankres i planprosessene etter plan og bygningsloven, og kommunen skal ha en oversikt som gir et tydelig bilde av hva som er de lokale helseutfordringer, løfte dem til lokal planstrategi og iverksette nødvendig tiltak.

Kommunenes ansvar i nytt lovverk vil være det som ikke eksplisitt er definert som spesialisthelsetjenestens ansvar. Da disse definisjonene er i kontinuerlig endring, vil ansvar og oppgaver av ukjent omfang overføres til kommunene uten at det er foretatt en klar grenseoppgang i lovverket eller en konsekvensvurdering av forslagene. Det er vanskelig for kommunen å overskue de faglige og økonomiske implikasjonene av dette lovforslaget.

Spesialisthelsetjenesten synes å være gitt en definisjonsmakt - forhandlingsstyrke som kan oppfattes å være "bestiller" til kommunehelsetjenesten. Kommunene har ofte blitt presset til å ha en reaktiv rolle for å tilpasse seg endringene.

Spesialisthelsetjenesten vil også måtte redefinere sin rolle, og dette har vært forstått som å spisse sine funksjoner. Fra kommunehelsetjenesten er det avgjørende at sykehusene er i stand til å gi gode faglige bidrag til den store gruppen av eldre med sammensatte lidelser som vil være en av de største utfordringene for norsk helsevesen. Sykehusene må styrke sin geriatriske kompetanse og evne å gi denne gruppen et godt helhetlig tilbud. En ytterligere tradisjonell spesialisering i sykehusene vil ikke være tjenlig for denne gruppen av pasienter.

I høringsdokumentet foreslås det flere sett av virkemidler for å utvikle samhandlingen mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten.

Det foreslås at det skal inngås forpliktende **samarbeidsavtaler** mellom det regionale helseforetaket og kommunene, og det foreslås at det etableres en **medfinansieringsordning** for visse pasientgrupper/diagnoser. (pasienter over 80 år eller pasienter med medisinske diagnoser). Det foreslås dessuten etablert en ordning med **kommunalt finansieringsansvar for utskrivningsklare pasienter**.

Bergen kommune ser positivt på at det skal inngås samarbeidsavtaler med helseforetakene. Dersom slike avtaler baseres på likeverdighet, vil en gjennom avtalene kunne tydeliggjøre innhold i samarbeidet og forplikte partene. Avtalene bør utvides til også å gjelde privat/ideelle aktører. Bergen kommune foreslår en meklings/tvisteordning som styrker likeverdigheten mellom partene i større grad enn

Intensjonen bak **medfinansieringsordningen** er at det skal skapes et insentiv for kommunene til å etablere like gode, men rimeligere alternativer til sykehusinnleggelse for grupper av pasienter. Bergen kommune er kritisk til denne type finansieringsordning. De foreslåtte ordningene vil ikke gi et tilstrekkelig insentiv til å etablere alternative tiltak til sykehusinnleggelse. Slike tiltak vil være forbundet med store utgifter for kommunen. De foreslåtte ordningene vil innebære en betydelig risiko for kommunen, da de innleggende instanser ofte vil være fastleger (i Bergen i overkant av 200) som kommunen ikke styrer. Ordningene kan dessuten skape inntrykk av at visse pasientgrupper skal henvises til et tiltak på et lavere faglig nivå, altså en form for diskriminering.

Bergen kommune kan se at det er behov for å bygge ut ulike tiltak på kommunenivå som kan bidra til å dempe etterspørsel etter sykehustjenester, men ser det mest formålstjenlig at slike tiltak på kommunenivå rammefinansieres gjennom statlige overføringer.

Den foreslåtte lovfestingen av **kommunalt medfinansieringsansvar for utskrivningsklare pasienter** er en utvidelse av dagens praksis ved at betaling vil gjelde fra dag en.

Midlene som skal overføres kommunene ifbm denne ordningen bør overføres etter nøklene i kommunenes inntektssystem. Det vil gi en feil insentivvirkning om en velger en ordning med øremerket tilskudd etter hvilke kommuner som har utskrivningsklare pasienter på sykehus.

Bergen kommune er i tillegg opptatt av at en får til finansieringsordninger allerede fra 2012 som omfatter pasienter innen psykisk helsevern. Utviklingen med at kommunen overtar ansvar synes riktig, men det er et problem at det ikke er etablert en spesifikk finansieringsordning. Det bør være mulig å ha på plass en finansieringsordning som er operativ fra 2012, evt. at den i første omgang etableres som en minimumsmodell som kan videreutvikles. Bergen kommune foreslår at innføring av ordning med kommunalt finansieringsansvar for utskrivningsklare pasienter skjer samtidig for psykisk helsevern som for somatikken.

Høringsuttalelser til forslag til nye lover

Det gjøres oppmerksom på at punkter i forslagene som ikke innebærer noen endringer hovedsakelig ikke vil bli nevnt, heller ikke endringer som kommunen ikke har merknader til.

Bergen kommune slutter seg til store deler av forslagene, men har noen generelle merknader og merknader til noen bestemmelser. Det vises til innledningen med synspunkter knyttet til samhandlingsreformen som helhet. I del A vil vi presentere noen generelle merknader særskilt

til lovforslaget, deretter vil våre merknader til de aktuelle lovbestemmelsene presenteres, hovedsaklig i den rekkefølge de fremkommer i høringsnotatet. I Del B vil vi knytte noen merknader og kommentarer til de enkelte lovebestemmelser.

Del A Høringsuttalelse fra Bergen kommune til forslag til ny lov om kommunal helse og omsorgstjenester

Del B Høringsuttalelse fra Bergen kommune til forslag til ny folkehelselov

Del A Høringsuttalelse fra Bergen kommune til forslag til ny lov om kommunal helse og omsorgstjenester

I Generelle merknader

- **Lovteksten bør tilstrebe å ta opp i seg/kodifisere gjeldende rett**

Tjenesteytere etter dette lovverket vil sjelden være jurister, det samme gjelder pasienter og brukere. Det er derfor et viktig hensyn at det ikke skal være nødvendig med søk i rettskilder ut over lovteksten for å bringe på det rene det mest grunnleggende innholdet i en regel. Der det er snakk om å videreføre gjeldende rett, bør loven bestrebes å skrives så nær et uttrykk for denne som språklig og lovteknisk mulig. Dette for å unngå at lovteksten kun gir et lite glimt av gjeldende rett, og er skrevet for innvidde som kjenner gjeldende rett før de gjør oppslag i loven.

Rettighetene og pliktene etter sosialtjenesteloven har vært språklig sett utilgjengelige, også for jurister. Den utstrakte brevveksling som har foregått mellom kommuner og landets fylkesmenn, samt departement utgjør et omfattende kildemateriale for tolking av lovens innhold, og har synliggjort dette. Bergen kommune støtter derfor at pliktbestemmelsen i forslaget til ny lov har tatt modell etter kommunehelsetjenesteloven med formuleringen "nødvendige helse- og omsorgstjenester", da vi mener det er et nærmere uttrykk for gjeldende rett. Imidlertid mener vi at kravet om forsvarlig nivå ikke fremkommer i sin fulle bredde i lovteksten, og at kriteriet "behov" og prinsippet om individuell behandling bør inn i lovteksten. Lovteksten er den primære rettskilden, og i et forslag til en ny lov har man mulighet til å utforme den så utfyllende som gjeldende rett tilsier. Bergen kommune har tillatt seg å komme med noen forslag til alternativ lovtekst, og på noen punkter å be departementet endre formuleringer og gjøre tilføyelser.

- **Lovtekstens systematikk**

En problematikk som har slektskap med det ovenstående er lovtekstens systematikk. Lovteksten må være logisk, systematisk, presis og funksjonell. Forslaget slik det er lagt frem til høring har en grunnleggende struktur som ivaretar disse hensynene, men her og der blir disse hensynene skadelidende blant annet ved preg av noe flikking der man har oppdaget at noe mer måtte være med, og av hastverksarbeid. Dette er egnet til å skape uklarhet, og gjør lovteksten mindre tilgjengelig for dem som skal praktisere den og nyttegjøre seg den. Det må bringes i orden før forslaget legges fram for Stortinget. Bergen kommune har også her tillatt

seg å komme med noen forslag til alternativ lovtekst, og på noen punkter å be departementet endre formuleringer og gjøre tilføyelser.

Ad lokal handlefrihet til kjøp av tjenester fra private virksomheter, konkurransevidning og kompensasjon for merverdiavgift:

Bergen kommune ber departementet påse at alle tjenester etter lovforslaget vil bli omfattet av kompensasjonsloven også når de produseres av private tilbydere. Formålet med kompensasjonsloven er å hindre konkurransevidning som følge av merverdiavgiftssystemet. Dersom private produsenter av helsetjenester ikke kompenseres for merverdiavgift vil det virke konkurransevidende i forhold til kommunal egenregi og hemme kommunens frihet til å kjøpe tjenestene fra private tilbydere.

Fra side 41 i høringsnotatet, "Grunnleggende verdier og prinsipper" hitsettes:

"Det er videre et prinsipielt utgangspunkt at kommunene selv organiserer sine tjenester ut fra lokale forhold og behov. Det er særlig nærhet til brukerne, effektiv tjenesteproduksjon og hensynet til demokratisk styring av tjenestene, som begrunner lokal handlefrihet. Bare hvis det foreligger særlig tungtveiende nasjonale hensyn, bør staten styre tjenestetilbudet i form av krav til hvordan tjenestene skal gis og organiseres"

Fra brev fra Skattedirektoratet til Skatt Øst 09.12.2010 hitsettes:

Kompensasjon for merverdiavgift ytes til private eller ideelle virksomheter som produserer helsetjenester, undervisningstjenester eller sosiale tjenester som kommunen eller fylkeskommunen er pålagt å utføre ved lov, jf. kompensasjonsloven § 2 første ledd bokstav c.

Det fremgår av forarbeidene til kompensasjonsloven at det med lovpålagte oppgaver menes ytelser som den enkelte har et rettskrav på å motta fra kommunen eller fylkeskommunen, jf. Ot.prp. nr. 1 (2003–2004) s. 54. Slike oppgaver enhver har *rettskrav* på å motta vil stå i motsetning til oppgaver som utføres på frivillig basis. *Lovpålagte oppgaver vil også være forskjellig fra oppgaver som kun pålegger kommunen ansvar for å "sørge for" at en tjeneste finnes i en viss utstrekning. I slike tilfeller er det gjerne ikke konkretisert hvilke ytelser det er snakk om.* (kommunens utheving)

Det er dette (se vår utheving) kommunen finner bekymringsfullt idet lovforslaget er bygget opp etter en modell med "sørge for"- ansvar, mindre grad av konkretisering av ytelser, og ikke enkeltvedtak for en stor del av ytelsenes vedkommende.

II Lovforslagets kapittel 2 Forholdet til andre lover

Bergen kommune vil her også behandle forslagene til to bestemmelser som har direkte sammenheng med dette kapitlet, § 12-1 og pasientrettighetsloven § 2-7.

Departementets forslag

§ 2-1. Forholdet til helsepersonelloven

Helsepersonelloven gjelder tilsvarende for personell som yter helse- og omsorgstjenester etter loven her.

§ 2-3. Forvaltningslovens anvendelse

Forvaltningsloven gjelder for kommunenes virksomhet med de særreglene som følger av loven her. For vedtak om hjelp etter § 3-2 gjelder reglene i pasientrettighetsloven § 2-7.

§ 12-1. Taushetsplikt Fra lovforslagets kapittel 12 Forskjellige bestemmelser

Enhver som utfører tjeneste eller arbeid etter denne loven, har taushetsplikt etter forvaltningsloven §§ 13 til 13 e. Overtredelse straffes etter straffeloven § 121. Taushetsplikten gjelder også fødested, fødselsdato, personnummer, statsborgerforhold, sivilstand, yrke, bopel og arbeidssted. Opplysning om oppholdssted kan likevel gis når det er klart at det ikke vil skade tillitten til helse- og omsorgstjenesten å gi slik opplysning. Opplysninger til andre forvaltningsorganer etter forvaltningsloven § 13 b nr. 5 og 6 kan bare gis når dette er nødvendig for å bidra til løsning av oppgaver etter denne loven, eller for å forebygge vesentlig fare for liv eller alvorlig skade for noens helse. Dersom et barns interesser tilsier det, kan Fylkesmannen/Helsetilsynet i fylket eller departementet bestemme at opplysninger skal være undergitt taushetsplikt, selv om foreldrene har samtykket i at de gjøres kjent.

Pasientrettighetsloven § 2-7. Forvaltningslovens anvendelse, første og andre ledd

Forvaltningsloven kapittel IV og V gjelder ikke for vedtak som treffes etter dette kapitlet.

For vedtak om hjelp etter lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 3-2 som gjelder tjenester i hjemmet og plass i institusjon for et tidsrom på over to uker, gjelder likevel reglene i forvaltningsloven kapittel IV og V med de særreglene som følger av loven her.

Bergen kommune vil knytte følgende merknader til forslagene:

Ad anvendelsen av forvaltningslovens bestemmelser om enkeltvedtak, forslaget til § 2-3 jf forslaget til pasientrettighetsloven § 2-7:

Bruker og pasient har klagerett etter pasientrettighetsloven §§ 7-2 flg. Det er ikke knyttet krav til enkeltvedtak eller annen skriftlighet til tjenester etter loven generelt. Hvis klageretten skal være reell, må bruker og pasient sikres informasjon om klagerett, fremgangsmåte m.v. Dette er informasjon som normalt er ivaretatt i melding om vedtak i henhold til kravene i forvaltningsloven § 27. Plikt til å informere om dette for tjenester som ikke er gjenstand for enkeltvedtak er i samsvar med plikten til informasjon og veiledning og alminnelige

forvaltningsrettslige prinsipper, men er ikke sikret ivaretatt for vedtak som ikke krever enkeltvedtak. Informasjonsplikten bør presiseres i lovteksten.

"Tjenester i hjemmet og plass i institusjon" forutsettes å ikke utelukke avlastning, brukerstyrt personlig assistanse og omsorgslønn - det må være uomtvistelig at forvaltningsloven kapittel IV og V må gjelde også ved vedtak om slike tjenester i over 14 dager, slik at det skal fattes enkeltvedtak om dette. Dette kommer ikke tydelig fram i lovteksten, og det bør rettes opp.

Ad forholdet til helsepersonelloven, forslaget § 2-1 og taushetsplikt forslaget § 12-1: For de innvidde er det på det rene at hovedregelen for kommunens tjenesteytere er at helsepersonellovens bestemmelser om taushetsplikt skal gjelde. Det kommer imidlertid ikke fram slik lovteksten er formulert. Ettersom loven har fått egen taushetspliktbestemmelse, og denne regulerer en taushetsplikt som *bare* kommer til anvendelse der helsepersonelloven ikke gjelder, bør det være en henvisning til helsepersonelloven i bestemmelsen. Redaksjonsmessig bør også taushetspliktsbestemmelsen komme under forholdet til forvaltningsloven som den viser til, og uansett er det uheldig at den plasseres helt mot slutten av loven i et oppsamlingskapittel. Taushetspliktsbestemmelsens plassering må avspeile taushetspliktens viktige betydning i tjenesteyternes arbeid.

III Lovforslagets kapittel 3 Kommunens ansvar for helse og omsorgstjenester (Ref. høringsnotatets del II, kap. 10 og 11)

§ 3-1. Kommunens overordnede ansvar for helse- og omsorgstjenester

Departementets forslag:

*Kommunen skal sørge for at personer som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester.
Kommunens ansvar etter første ledd innebærer en plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten slik at tjenestenes omfang og innhold er i samsvar med krav i lov eller forskrift. Kongen kan gi forskrifter med nærmere bestemmelser om pliktens innhold, herunder plikt til å føre internkontroll.
Kommunens ansvar etter første ledd innebærer også en plikt til å legge til rette for samhandling mellom ulike deltjenester innad i kommunen og med andre tjenesteytere, der dette er nødvendig for å tilby tjenester omfattet av loven her.
Kommunens helse- og omsorgstjeneste omfatter offentlig organisert helse- og omsorgstjenester som ikke hører under stat eller fylkeskommune.
Kommunen skal samarbeide med fylkeskommune, regionalt helseforetak og stat, slik at helse- og omsorgstjenesten i landet best mulig kan virke som en enhet.*

Kommunen vil knytte en merknad til forslaget, og foreslå en alternativ lovtekst:

Bergen kommune mener ”oppholder seg” er tilstrekkelig og mer entydig enn ”bor eller midlertidig oppholder seg. Kommunens plikter gjelder overfor alle som oppholder seg i kommunen, som etter gjeldende rett. Regelen skulle forhindre kasteballproblematikk. I sosialtjenesteloven og barneverntjenesteloven er ordlyden ”oppholder seg”, og ble valgt fordi ”opphold” er et entydig begrep da det innebærer at personen er fysisk tilstede i kommunen,

verken mer eller mindre. "Bor" gjør man i én kommune, selv om man midlertidig oppholder seg i en annen kommune, og da kan det reises spørsmål om hvilken kommune som skal yte tjenestene. Ved å velge "bor eller midlertidig oppholder seg" har man gjeninnført en tvetydighet for omsorgstjenestenes vedkommende som ikke er ønskelig og som vel ikke er tilsiktet. Bergen kommune forslår følgende alternative lovtekst i § 3-1, 1. ledd:

Kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester.

§ 3-2. Kommunens ansvar for individ- og grupperettede helse- og omsorgstjenester

Departementets forslag

For å oppfylle ansvaret etter § 3-1 skal kommunen blant annet tilby følgende:

1. Helsefremmende og forebyggende arbeid, herunder:

- a) opplysning, råd og veiledning*
- b) helsetjeneste i skoler og*
- c) helsestasjonstjeneste*

2. Svangerskaps- og barselomsorgstjenester

3. Hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner, herunder:

- a) heldøgns medisinsk akuttberedskap og*
- b) medisinsk nødmeldetjeneste*

4. Utredning, diagnostisering og behandling, herunder fastlegeordning

5. Sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering

6. Andre helse- og omsorgstjenester, herunder:

- a) hjemmetjenester,*
- b) heldøgns tjenester i eget hjem eller institusjon,*
- c) personlig assistanse og*
- d) avlastningstiltak.*

Tjenester som nevnt i første ledd, kan ytes av kommunen selv eller ved at kommunen inngår avtale med andre offentlige eller private tjenesteytere.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om krav til innhold i tjenestene etter bestemmelsen her.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om fastlegeordningen, herunder kvalitets- og funksjonskrav. Departementet kan i forskrift også gi nærmere bestemmelser om adgangen til suspensjon av fastlegeordningen.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om privat helse- og omsorgsvirksomhet i kommunen, herunder kvalitets- og funksjonskrav

Bergen kommune har ingen merknad til denne bestemmelsen som sådan, men tar den inn for sammenhengens skyld. Bestemmelsen definerer og tydeliggjør innholdet i plikten til å yte nødvendige helse- og omsorgstjenester i § 3-1, og sammen gir disse to bestemmelsene en profesjonsnøytral angivelse av kommunens plikter, i motsetning til kommunehelsetjenesteloven, som pålegger kommunen å ha personell fra bestemte profesjoner.

§ 3-3. Kommunens ansvar for helsefremmende og forebyggende arbeid

Departementets forslag:

Helsefremmende og forebyggende arbeid etter § 3-2 skal blant annet omfatte systematiske tiltak for å identifisere personer som står i fare for å utvikle psykisk eller somatisk sykdom, lidelse eller helseproblem, sosiale problemer eller et rusmiddelproblem, og iverksette forebyggende tiltak og tidlig intervensjon i henhold til anerkjent faglig standard.

Kommunen skal videre gjennomføre forebyggende tiltak etter § 6 i lov ??, måned 2011 nr. ?? om folkehelsearbeid.

Bergen kommune vil knytte følgende merknader til forslaget:

Det bør utarbeides veiledere eller retningslinjer som helsetjenesten kan bruke både til primærforebyggende arbeid (dvs. til personer som er friske) og til sekundærforebyggende arbeid (personer med risikofaktorer for sykdom eller aktuell sykdom, for å hindre eller begrense sykdomsutvikling).

Målsetningen om ”enhetlig, kunnskapsbasert og kvalitetssikret” forebyggende helsehjelp må også gjelde arbeidet som fastleger og evt. omsorgspersonell utfører ovenfor friske personer eller personer som søker helsehjelp for andre helseproblemer enn dem man tenker å forebygge.

Et viktig arbeidsområde for skolehelsetjenesten er å hindre drop-out fra skolen, i samarbeid med skolen og andre kommunale tjenester, som barnevern og sosialtjeneste.

Dårlig kapasitet hos skolehelsetjenesten er et problem, ettersom potensialet for å oppdage helseproblemer og intervensjon tidlig er stort om skolehelsetjenesten fungerer som det lavterskeltilbudet det er ment å være. Et krav om forsvarlighet også til forebyggende tjenester ville forplikte kommunen til å sette av tilstrekkelige ressurser til at man får de tilsiktede resultater av skolehelsetjenestens virksomhet.

I høringsnotatet heter det at det er vanskelig å stille krav om forsvarlighet til forebyggende helsearbeid på samme måte som i kurative helsetjenester. Eksemplene i høringsnotatet viser imidlertid at forebyggingspotensialet er så stort at det bør kunne legges inn betraktninger om forsvarlighet om en kommune velger å **ikke** arbeider systematisk med forebygging.

Det må kunne stilles krav til kommunene knyttet til at tjenestene som beskrevet i høringsnotatet skal arbeide

Systematisk

Dette kan for eksempel innebære at det foreligger planer, retningslinjer og prosedyrer for de ulike tjenestene og innsatsområdene, og for ulike aldersgrupper

Kunnskapsbasert

Som kan innebære at arbeidet bygger på etablert kunnskap om metoder som virker og er effektive, og rettes mot innsatsområder der en kan forvente effekt, som livsstil, fysisk og sosialt miljø, og at arbeidet organiseres tverrfaglig og tverretatlig.

Langsiktig

I forebyggingssammenheng er langsiktighet et nøkkelord, der tidsperspektivet er mange år

Se også ovenfor om ressurser.

Krav om forsvarlighet bør derfor inngå i lovteksten, og gjerne også konkretiseres.

Lovteksten i § 3-3 inneholder benevnelsen "blant annet". Her bør i stedet eller i tillegg konkretiseres noen flere arbeidsområder. Det bør også presiseres i lovteksten at kravet gjelder alle aldersgrupper, ikke bare barn og unge. Dette fordi forebyggende helsearbeid ofte assosieres med helsestasjon og skolehelsetjeneste.

§ 3-5. Kommunens ansvar for øyeblikkelig hjelp

Kommunen skal straks motta pasienter som trenger helsehjelp, når det etter de foreliggende opplysninger må antas at den hjelp kommunen kan gi er påtrengende nødvendig. Kommunen skal motta pasientene for undersøkelse og om nødvendig behandling eller annen helsehjelp som kommunen kan yte.

Plikten til å yte øyeblikkelig hjelp etter denne bestemmelsen inntreffer ikke dersom kommunen vet at nødvendig hjelp vil bli ytet av andre som etter forholdene er nærmere til å yte den i tide.

Kongen i statsråd kan fastsette forskrifter til utdyping av plikten etter første og andre ledd.

Bergen kommune vil knytte følgende merknader til forslaget:

Samhandlingsreformen innebærer at en større del av pasientforløpet foreslås overført fra spesialisthelsetjenesten til den kommunal helse og omsorgstjenesten, og at kommunen i større grad må tilby døgnopphold til pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp.

Dette vil gjelde pasienter som kommunen selv har kompetanse til å utrede og behandle, f.eks. pasienter med kroniske sykdommer og forverring hos kjente pasienter. Pasienter som ikke kan behandles forsvarlig i kommunen, og der man er tvil om tilstanden, skal henvises til spesialisthelsetjenesten.

Etter helsepersonellloven har alt helsepersonell plikt til å yte øyeblikkelig hjelp. Denne hjelpen er begrenset til "den hjelp de evner". Det foreliggende lovforslaget beskriver omfanget av øyeblikkelig hjelp-plikten til "nødvendig behandling" og "til den hjelp kommunen kan yte". Det er uklart hvor avansert hjelp kommunen forventes å yte, og hvilken kompetanse personalet derfor må besitte.

Bergen kommune vil hevde at forslaget om større "øyeblikkelig hjelp ansvar" for kommunene er uklart definert mot spesialisthelsetjenestens ansvar for øyeblikkelig hjelp. De faglige og økonomiske konsekvensene blir uklare, og Bergen kommune støtter derfor ikke forslaget om lovfesting av dette ansvaret.

§ 3-6 Kommunens ansvar for pasient-, bruker og pårørendeopplæring, § 3-7 Omsorgslønn, § 3-9 Brukerstyrt personlig assistanse

Lovteksten gjengis ikke, da kommunen ikke har merknader til den som sådan.

Bergen kommune vil bemerke at det skaper uklarhet at egne bestemmelser om tre av ytelsene etter sosialtjenesteloven § 4-2 er ført videre i forslaget, i tillegg til tjenestene som er fremhevet i § 3-2, bla. avlastning. To av disse tjenestene er dekket av den generelle ordlyden i § 3-2. Dersom disse tjenestene skal nevnes særskilt, noe som for så vidt har noe for seg når det gjelder omsorgslønn, vil de systematisk passe bedre under den generelle tjenestebestemmelsen i § 3-2, der de hører til under nr 6. Egne bestemmelser for disse tjenestene gir dem en særstilling som det ikke fremkommer av høringsnotatet at var tilsiktet. Tjenesten støttekontakt er ute av ordlyden, selv om den skal videreføres. Slik kommunen forstår høringsnotatet har det ikke vært intensjonen å rangere pliktmessigheten mellom disse tjenestene, men løsningen som er presentert gir et inntrykk av at tjenestene med egne bestemmelser har prioritet foran tjenestene som er nevnt i § 3-2, mens støttekontakt som ikke lenger nevnes, har prioritet under disse igjen. § 3-6 ser ut til å ha andre eller flere vilkår knyttet til seg enn tjenestene etter § 3-2. Dette er verken i samsvar med gjeldende rett eller departementets uttalte intensjoner. Bergen kommune ber departementet endre formuleringer og gjøre tilføyelser.

IV Lovforslagets kapittel 4 Krav til forsvarlighet pasientsikkerhet og kvalitet (Høringsnotatet s. 226 flg)

§ 4-1 Forsvarlighet

Departementets forslag:

Helse- og omsorgstjenester som tilbys eller ytes etter denne lov skal være forsvarlige.

Herunder skal kommunen tilrettelegge sine tjenester slik at

- a) den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og integrert helse- og omsorgstjenestetilbud,*
- b) den enkelte pasient eller bruker gis et verdig tjenestetilbud og*
- c) helse- og omsorgstjenesten og personell som utfører tjenestene blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter*

Kommunen og virksomhet som har avtale med kommunen om å yte helse- og omsorgstjenester, skal sørge for at journal- og informasjonssystemene i virksomheten er

forsvarlige. Kommunen og virksomhet som nevnt i første punktum skal ta hensyn til behovet for effektiv elektronisk samhandling ved anskaffelse og videreutvikling av sine journal- og informasjonssystemer.

Bergen kommune vil knytte følgende merknader til forslaget:

Forståelsen av hva som er gjeldende rett med hensyn til faglig forsvarlighet har konkretisert seg i følgende (som også fremgår av høringsnotatet): det utgjør den absolutte minstenormen; og forsvarlighetskravet har tre elementer: tilfredsstillende kvalitet, ytes i tide og tilstrekkelig rett omfang. Det er en rettslig standard, hvilket betyr at innholdet avhenger av den til enhver

tid gjeldende faglige kunnskap på området - i dette tilfellet sosialfag og helsefag. Som sådan vil man aldri kunne lese det konkrete innholdet i plikten rett ut av lovteksten. Imidlertid kan man komme nærmere enn departementets forslag til forsvarlighetsbestemmelse. Her bør man benytte anledningen til å få gjeldende rett inn i lovteksten, i form av bla. de tre elementene kvalitet, i tide og tilstrekkelig omfang.

Særlig vil kommunen be departementet tydeliggjøre kravet om forsvarlig nivå i form av omfang. Foreslått ordlyd tyder på at kravet handler om forsvarlig utførelse, som er et mer begrenset krav og i liten grad tar opp i seg elementene "i tide" og "tilstrekkelig omfang".

For å kunne levere forsvarlige tjenester, er det nødvendig å ha et personell som er kompetent i forhold til det ansvar og de oppgaver som tilligger kommunen. Bergen kommune har de fire siste årene drevet voksenopplæring av ufaglært arbeidskraft for at grunnbemanningen i pleie og omsorgssektoren i størst mulig grad skal inneha fagarbeiderkompetanse. Samhandlingsreformen må bli fulgt opp av målrettede tiltak slik at kommunene blir gjort i stand til å rekruttere grunnbemanningsarbeidskraft (fagarbeider, profesjonsutdanninger) som er ferdig utdannet.

Staten må tilpasse utdanningskapasiteten og utdanningsinnhold ut fra behovene for kompetanse i kommunene. Det er avgjørende at utdanningsprogrammene kvalifiserer alle typer helsearbeidere til å arbeide helhetlig og integrert i kommunene slik samhandlingsreformen forutsetter. Det må tilrettelegges for utvikling av samhandlingskompetanse i nyutdanning, så vel som i videreutdanning av eksisterende personell.

Dersom storbykommunene fortsatt må drive planmessig og storstilt voksenopplæring for å sikre kommunehelsetjenesten kvalifisert personale må økonomiske midler til dette formålet stilles til rådighet.

Tettere samarbeid mellom utdanningsinstitusjonene og kommunene/kommunehelsetjenesten er også nødvendig. Godt samarbeid kan også medvirke til en bedre rekruttering til kommunehelsetjenesten

Ad andre ledd:

Elektronisk dokumentasjon:

Det bør etableres en godkjenningsordning for elektronisk pasientjournal (EPJ), evt med utgangspunkt i allerede utarbeidet standard for EPJ og det må stilles krav til at kun godkjente løsninger benyttes. Godkjenningsordningen må blant annet inneholde krav til autorisasjon, tilgangsstyring og logg i en EPJ, og disse kravene bør beskrives på en slik måte at de ikke åpner for videre tolkning av den enkelte EPJ-leverandør.

(Dette er allerede hjemlet i helseregisterloven)

For ulike brukergrupper av helse-og omsorgspersonell som tilhører samme virksomhet, bør det være samme krav til elektronisk dokumentasjon og når dette skal tas i bruk.

Elektronisk kommunikasjon:

Norm for informasjonssikkerhet bør spesifiseres ytterligere med hensyn til elektronisk kommunikasjon:

- avsendere og mottakere av informasjon over helsenettet må forplikte seg til å følge retningslinjer for meldingsutveksling, som f eks svar på meldinger innen gitt frist, applikasjonskvittering og generell bruk av meldinger
- NHN Adresseregister: pålegg for alle aktører som gjør avtale med NHN om å bruke og vedlikeholde dette

Det må være en plikt for helsepersonell som har behov for å kommunisere med annet helsepersonell i annen virksomhet, å benytte tilgjengelige elektroniske samhandlingsløsninger, under forutsetning av at disse løsningene er i tråd med standarder, f eks meldingsstandarder.

Effektiv elektronisk samhandling er vesentlig for forsvarlig integrert pasientbehandling. Det er nødvendig at sentrale myndigheter gir føringer som sikrer kommunikasjon mellom de forskjellige datasystemene som i dag brukes i helsetjenesten.

§ 4-2 Pasientsikkerhet og kvalitet

Departementets forslag:

Enhver som yter helse- og omsorgstjenester etter denne lov skal sørge for at virksomheten driver systematisk arbeid for å ivareta pasientsikkerhet og kvalitet .

Departementet kan i forskrift gi nærmere regler til utfylling og gjennomføring av denne bestemmelsen, herunder krav til lokalpolitisk behandling av kvalitetskrav.

Kommunen vil knytte følgende merknader til forslaget:

Den nye loven tydeliggjør i større grad kommunens virksomhetsansvar for å tilby forsvarlige tjenester. Kommunen har også ansvar for å tilrettelegge sine tjenester slik at personellet blir i stand til å overholde sin lovpålagte plikt til forsvarlig utøvelse av sitt arbeid. Forsvarlighetsbegrepet utgjør minstenormen for tjenestene. Kvalitetsmålet bør ligge betydelig høyere.

Kvalitet omhandler hele spekteret av tjenester i et integrert tilbud. I denne kjeden har fastlegene en sentral funksjon. Kommunen har ansvaret for kvaliteten i et integrert behandlingsforløp, men har liten mulighet for å kunne påvirke fastlegene som et viktig element i kjeden. Innen spesialisthelsetjenesten er kvalitet i alle ledd sikret gjennom faglig ledelses instruksjonsmulighet.

Krav til systematisk kvalitetsarbeid vil gi større grad av likebehandling og forsvarlighet i fastlegenes pasientbehandling. Det er behov for et rapporteringssystem for uønskede hendelser som er videre enn forhold knyttet til helsepersonellsvikt som behandles av Helsetilsynet. Det er ønskelig at slike hendelser kan rapporteres til et register eller organ utenom Statens Helsetilsyn. Dette vil bidra til flere rapporter, større læringseffekt og dermed føre til et bedre og mer systematisk pasientsikkerhetsarbeid.

§ 4-3. Helsedirektoratets ansvar for nasjonale faglige retningslinjer, veiledere og kvalitetsindikatorer

Departementets forslag:

Helsedirektoratet skal utvikle, formidle og vedlikeholde nasjonale faglige retningslinjer og veiledere som understøtter de mål som er satt for helse- og omsorgstjenesten. Retningslinjer og veiledere skal baseres på god praksis og skal understøtte det ansvaret tjenesten har for kontinuerlig forbedring av virksomhet og tjenester.

Helsedirektoratet skal utvikle, formidle og vedlikeholde nasjonale kvalitetsindikatorer som hjelpemiddel for ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, og som grunnlag for at pasienter kan ivareta sine rettigheter. Kvalitetsindikatorerne skal gjøres offentlig tilgjengelig.

Bergen kommune vil knytte følgende merknader til forslaget:

Helsedirektoratet bør ha ansvar for nasjonale faglige retningslinjer. Disse retningslinjene bør være lett tilgjengelig elektronisk i "Helsebiblioteket".

V Lovforslagets kapittel 5 Særlige plikter og oppgaver (Ref Høringsbrev Del II kap 36)

§ 5-2. Beredskapsarbeid

Kommunen plikter å utarbeide en beredskapsplan for sin helse- og omsorgstjeneste i samsvar med lov om helsemessig og sosial beredskap. Planen skal samordnes med kommunens øvrige beredskapsplaner.

Bergen kommune vil knytte følgende merknad til forslaget:

Forslaget til ny lovtekst og omtalen i høringsnotatet samsvarer til dagens krav, og medfører ingen endring.

Det kan likevel pekes på at det i forslaget til ny Folkehelselov er tatt med krav om plan for beredskap innen området miljørettet helsevern og spesielt beredskap i forhold til kjemikaliehendelser, hvilket er nytt, og dette vil dels kreve ny kompetanse i kommunen. Også § 30 i Folkehelsesloven (Gjennomføring av Verdens helseorganisasjons internasjonale helsereglement) bør inn som nytt element i kommunens beredskapsplan, hvilket er nytt.

§ 5-5. Medisinsk-faglig rådgivning

Departementets forslag

Kommunen ansetter en eller flere kommuneleger som skal utføre de oppgaver kommunelegen er tillagt i lov eller instruks. Kommunelege plikter på anmodning fra departementet å delta i lokal redningssentral. Kommunelegen skal være medisinsk-faglig rådgiver for helse- og omsorgstjenesten. Kommunelegen skal videresende dødsmeldinger mottatt fra leger i kommunen etter lov om helsepersonell § 36 til Dødsårsaksregisteret.

Bergen kommune vil knytte følgende merknader til forslaget:

Kommunelegens oppgaver bør omfatte oversikt over helsetilstanden i kommunen, miljørettet helsevern og folkehelsearbeid. Smittevern- og beredskapsarbeidet er også en vesentlig del av ansvaret.

Kommunen har ansvar for kvaliteten av de helse og omsorgstjenester som ytes, og kommunelegen har et særskilt ansvar for kvalitet og pasientsikkerhet i helsetjenesten. Skal kommunen kunne ivareta dette ansvaret, og særlig i et integrert pasientforløp, må fastlegene involveres sterkere. En viktig oppgave for kommunelegen er å bidra til kvalitetssikring av fastlegenes virksomhet.

Kommunelegen vil ha en viktig funksjon i samarbeidet med spesialisthelsetjenesten og bidra til at kommunen fremstår som en likeverdig samarbeidspartner med sykehusene. Kommunelegen bør ha en viktig rolle i vurderingen av de helse og omsorgstilbud kommunen forventes å tilby ”utskrivningsklare” pasienter fra spesialisthelsetjenesten. Dette vil bl.a kunne gjelde ”ferdigbehandlede” pasienter med psykiatri/rusproblemer.

Kommunelegen bør ha et særskilt ansvar for at personer som har vanskelig for å formidle sine behov for helsetjenester, faktisk får disse. Dette gjelder eksempelvis utviklingshemmede, psykiatriske pasienter, personer med rusproblemer, kronisk syke og de eldste eldre. Kommunelegen har videre et viktig ansvar for at psykisk syke pasienter som unndrar seg behandling, blir undersøkt, tilbys behandling og evt blir henvist til spesialisthelsetjenesten .

Det store ansvaret og de omfattende oppgaver som legges til kommunelegen, tilsier at denne må inneha høy kompetanse, faglig autoritet og integritet.

VI Lovforslagets kapittel 6, Samarbeid mellom kommuner og regionale helseforetak

Avtalebasert lovpålagt samarbeid (kap. 25)

§ 6-1 Plikt til å inngå samarbeidsavtale

Departementets forslag:

Kommunestyret selv skal inngå forpliktende samarbeidsavtaler med det regionale helseforetaket i helseregionen eller med helseforetak etter det regionale helseforetakets beslutning.

Samarbeidet skal ha som målsetting å bidra til at pasientene/brukerne mottar et helhetlig og over tid sammenhengende tilbud.

Pasient- og brukerorganisasjonene skal gis anledning til å medvirke ved utarbeidelse av avtalene.

Bergen kommune er enig i plikt til å inngå samarbeidsavtale.

Bergen kommune har følgende merknader til forslaget første ledd:

Per i dag dekker et privat sykehus (Haraldsplass diakonale sykehus AS) ca 1/3 av lokalsykehusfunksjonen i Bergen kommune, og inngår som selvstendig part i overordnet avtale om samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene innenfor Helse Bergens foretaksområde.

Det vil følgelig trolig kunne tolkes inn at slike samarbeidsavtaler også kan omfatte private tjenesteytere som har avtale med det regionale helseforetaket. Imidlertid kan dette gjøres mer tydelig ved å ta det inn i lovforslaget.

Bergen kommune har følgende endringsforslag (tillegg i første ledd):

Private tjenesteytere som har avtale med det regionale helseforetaket kan være part i samarbeidsavtale.

§ 6-2 Krav til avtalenes innhold

Departementets forslag:

Avtalen skal omfatte:

- 1. Etablering av felles forståelse for hvilke helse- og omsorgsoppgaver forvaltningsnivåene er pålagt ansvaret for og en felles oppfatning av hvilke tiltak partene til enhver tid skal utføre.*
- 2. Opplegg for faste samarbeidsrutiner som sikrer helhet og sammenheng over tid i tilknytning til innleggelse, utskrivning og oppfølging av pasienter med behov for koordinerte tjenester.*
- 3. Tiltak mot unødvendig innleggelse av pasienter i sykehus.*
- 4. Tiltak for utskrivningsklare pasienter som antas å ha behov for kommunale tjenester etter utskrivning fra institusjon.*
- 5. Rutiner for gjennomføring av dialog/kontakt, herunder kontaktpersoner.*
- 6. Opplegg for gjensidig kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling og for faglige nettverk og hospitering.*
- 7. Samarbeid om utdanning, praksis og læretid, jordmortjenester, IKT-løsninger lokalt og pasient- og brukermedvirkning.*
- 8. Avtale om organisering og finansiering av oppgaver som det samarbeides om.*
- 9. Opplegg for håndtering av uenighet ved gjennomføring og endring av avtalen.*
- 10. Avtalen bør omfatte samarbeid om forsknings- og utviklingsarbeid.*

Bergen kommune er i all hovedsak enig i forslaget.

Vi har følgende merknader:

Til nr. 8. I praksis kan det vise seg at lovkravet om samarbeidsavtale blir ivaretatt gjennom en form for overordnet avtale og der en del oppgaver typisk vil kunne reguleres som del-/underavtaler eller tillegg til den overordnede samarbeidsavtalen, jf. eksempelvis lovforslagets nr. 8. Det kan være krevende å ha på plass avtale om organisering og finansiering av spesifikke oppgaver det samarbeides om, ved førstegangs inngåelse av samarbeidsavtale.

Bergen kommune har følgende endringsforslag til lovtekst (tillegg i nr. 8):

Avtale om organisering og finansiering av spesifikke oppgaver kan finne sted etter avtaleinngåelse.

Til nr. 9. I forarbeidene kan det være et poeng å fremheve behovet for at partene velger en meklingsordning som den primære tvisteløsningsordning, eksempelvis utenrettslig meklingsordning.

Begrunnelsen er at mekling i større grad enn voldgift/domstolsbehandling fokuserer på partenes interesser og samarbeidsløsninger. Det vil samtidig bedre understøtte poenget med samarbeidsavtaler.

Til nr 10. Samarbeid om forskning og utviklingsarbeid bør være lovpålagt. Ordene innledningsvis i pkt. "Avtalen bør også omfatte" foreslås derfor tatt ut av lovteksten.

For det tilfelle at departementet ikke tar Bergen kommunes uttalelse til følge på dette punktet vil vi påpeke at første ledd som dette er et punkt under innleder med "Avtalen skal omfatte". Punkt 10 omhandler et punkt som avtalen *bør* omfatte, og bør derfor rent språklig stå i eget ledd.

Bergen kommune er enig med departementet om at forskning er et sentralt virkemiddel for å få til en kunnskapsbasert praksis, kvalitetsutvikling i tjenesten og forskningsbaserte utdanningsløp. Forskningsinnsatsen og kunnskapsutviklingen må øke betraktelig, og det må stilles midler til disposisjon for dette formålet som forvaltes av kommunesektoren. Lovforslaget bør derfor i størst mulig grad sikre at det blir forsket og utviklet på områder av betydning for kommunens tjenester og for samhandling. Vi stiller spørsmål om man på dette punktet kan forutsette at drøftinger om hvorvidt det skal inngås avtale, og i så fall med hvilket innhold, vil kunne sies å foregå mellom to likeverdige parter. På forskningsområdet er situasjonen i dag at helseforetakene både er lovpålagt og har lang tradisjon på ulike typer forskning. Kommunehelsetjenesten har i liten grad forskningstradisjon eller forskningskompetanse selv.

§ 6-5 Mekling før avtaleinngåelse

Departementets forslag:

Dersom avtaler som nevnt i § 6-1, ikke blir inngått innen fristen som nevnt i § 6-3, eller dersom partene ikke kommer til enighet om slik avtale, skal partene bringe saken inn for Helsedirektoratet. Helsedirektoratet skal gi råd og veiledning og søke å oppnå enighet mellom partene om inngåelse av samarbeidsavtale.

Dersom regionalt helseforetak ikke har sendt avtalene til Helsedirektoratet i samsvar med § 6-4, eller Helsedirektoratet blir varslet om oppsigelse av avtale, jf. § 6-6, kan Helsedirektoratet innkalle partene til mekling etter første ledd.

Bergen kommune har følgende merknader til forslaget:

Bergen kommune er enig i at det etableres en form for tvisteløsning og der det fokuseres på mekling som tvisteløsningsmekanisme. Imidlertid mener vi at det bør etableres et formelt tvisteløsningsorgan, og der kommunesektoren ved KS og staten ved Helse- og omsorgsdepartementet oppnevner medlemmer. Et slikt organ bør kunne etableres i noen grad etter mønster av Barnevernets tvisteløsningsnemnd. Dersom mekling ikke lykkes, må en slik nemnd kunne komme med en uttalelse som det forventes at partene vil legge til grunn.

Dersom avtaler som nevnt i § 6-1, ikke blir inngått innen fristen som nevnt i § 6-3,

eller dersom partene ikke kommer til enighet om slik avtale, skal partene bringe saken inn for tvisteløsningsnemnden. Tvisteløsningsnemnden skal gi råd og veiledning og søke å oppnå enighet mellom partene om inngåelse av samarbeidsavtale.

Dersom det blir aktuelt å opprette et slikt organ, bør organet ha kompetanse til å behandle tvister som også omfatter gjennomføring og endring av avtalen. I så fall må lovteksten endres tilsvarende, herunder at § 6-2, nr. 9 må endres.

§ 6-6 Varighet og oppsigelse av avtaler

Departementets forslag:

*Avtalepartene skal årlig foreta en felles gjennomgang av avtalen med sikte på nødvendige oppdateringer eller utvidelse.
Avtalepartene kan si opp avtalene med ett års frist. Når en av partene sier opp avtalen, skal det regionale helseforetaket varsle Helsedirektoratet.*

Bergen kommune er i hovedsak enig i departementets forslag. Bergen kommune finner det mest tjenlig at avtalene er tidsbegrenset. Argumenter mot tidsbegrensning er ivaretatt gjennom krav til årlig felles gjennomgang av avtalen og at det foreligger mulighet for oppsigelse av avtalen.

Det bør være mulig å kunne si opp enkeltelementer i avtalen, eksempelvis ansvar for en spesifikk oppgave, uten å måtte gå veien via en oppsigelse av hele avtalen. Bergen kommune har følgende endring til lovtekst (nytt tredje ledd):

Partene kan avtale mulighet for deloppsigelser innenfor avtalen.

§ 6-7 Samarbeid og gjensidig bistand mellom kommuner

Departementets forslag:

*Departementet kan i forskrift eller enkeltvedtak pålegge samarbeid mellom kommuner når det anses påkrevet for en forsvarlig løsning av helse- og omsorgstjenesten i kommunene, herunder gi bestemmelser om hvilke oppgaver det skal samarbeides om og fordeling av utgifter.
Dersom forholdene tilsier det, skal kommunen yte bistand til andre kommuner ved ulykker og andre akutte situasjoner. Anmodning om bistand fremmes av den kommunen som har bistandsbehovet.
Den kommunen som mottar bistand etter annet ledd, skal yte kommunen som bidrar med hjelp, kompensasjon for utgifter som pådras, med mindre noe annet er avtalt eller er bestemt i medhold av første ledd.*

Bergen kommune er enig i departementets forslag.

Bergen kommune har følgende merknader til forslaget:

Kommunen er enig i at vertskommunemodellen representerer en hensiktsmessig måte å organisere samarbeid på innen lovbestemte oppgaver. Vi kan i så måte vise til kommunens erfaringer som vertskommune for krisesenterdrift og barnevernvakt. Vi har ingen oppfatning

av samkommunemodellen og ser heller ikke for oss at den vil være aktuell for større kommuner.

VII Lovforslagets kapittel 7. Individuell plan, koordinator og koordinerende enhet

§ 7-3. Koordinerende enhet

Departementets forslag:

Kommunen skal ha en koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet. Denne enheten skal ha et systemansvar for arbeidet med individuell plan og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator, jf. §§ 7-1 og 7-2.

Departementet kan gi nærmere bestemmelser om ansvaret for koordinerende enhet.

Bergen kommune vil knytte følgende merknader til forslaget:

Bergen kommune mener at flere typer behov enn habiliterings- og rehabiliteringsbehov kan være så sammensatte at de trenger systemer for å sikre koordinert ivaretagelse. Dette være seg spesielt sammensatte behandlingsbehov og / eller pleie- og omsorgsbehov.

Forslag til alternativ ordlyd § 7-3, første ledd, første punktum

Kommunen skal ha en koordinerende enhet som sikrer (evt har ansvar for) at sammensatte behov ivaretas på en koordinert måte

Bergen kommunes erfaring er at arbeidsverktøyet individuell plan forutsetter visse rammefaktorer for å virke etter hensikten. St melding 21 1998-99 Ansvar og meistring nevner i sitt pkt 3.1.2.3 koordinerende funksjoner både

- grunnlagsfaktorer som oversikt over behov og tilbud,
- organisatoriske faktorer som å være knutepunkt for - og ha en pådriver rolle for å utvikle samarbeidsstrukturer på tjenestenivå, både innad i kommunen og på tvers av nivåene.

St meld 21 nevner også kompetanse som grunnleggende rammefaktor, og synest i sin forståelse å inkludere både

- kompetanse i det konkrete arbeidet knyttet til individuell plan, samt en
- grunnleggende kompetanse i tilnæringsmåten habilitering og rehabilitering. Prinsippene i dette er brukermedvirkning, forståelse av funksjon, tverrfaglig arbeid og målrettet prosess.

Bergen kommune ønsker at Departementet legger St melding 21 1998-99 til grunn når nærmere bestemmelser om ansvar til koordinerende enhet skal gis.

VIII Lovforslagets kapittel 9 Rettssikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemming (Ref. Høringsnotatets del II kap. 33)

Bergen kommune vil knytte en merknad til kapittelets plassering i lovverket, og foreslå tekst til en ny bestemmelse.

Bergen kommune er av den oppfatning at også bestemmelsene om rettsikkerhet ved bruk av tvang mot enkelte personer med psykisk utviklingshemming bør gå til pasientrettighetsloven, ettersom alle andre pasient- og brukerrettigheter er foreslått overført, og pasientrettighetsloven allerede inneholder et beslektet kapittel om tvang, kapittel 4a. Bergen kommune foreslår likevel ikke overført § 9-4. Denne bestemmelsen uttrykker en plikt for kommunen, og hører dermed systematisk hjemme i pliktloven.

En flytting til pasientrettighetsloven innebærer ikke en frikobling fra tjenestene, da bestemmelsene vil stå sammen med bestemmelsene om rett til tjenester, jf. innvendingen som er reist mot Bernt-utvalgets forslag å samle tvangsbestemmelsene i egen tvangslov, som refereres i høringsnotatets kapittel 33.3 og 33.4 , (side 394 i trykt utgave).

Bergen kommune foreslår at kapittel 9 Rettssikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemming flyttes til pasientrettighetsloven, med unntak av § 9-4, og foreslår følgende nye overskrift til sistnevnte bestemmelse:

§ ?-? Kommunens plikt til å forebygge bruk av tvang og makt overfor personer med psykisk utviklingshemming

Kommunen plikter å sørge for at forholdene legges til rette for minst mulig bruk av tvang og makt. I tillegg til å tilrettelegge tjenestetilbudet i overensstemmelse med reglene i pasientrettighetsloven § ?-1 annet ledd, jf. også § ?-5 første ledd, plikter kommunen å gi nødvendig opplæring etter denne lovs § 8-1, herunder faglig veiledning og oppfølging i gjennomføring av tiltak etter pasientrettighetsloven kapittel ?.

Ad samordning av tvangsbestemmelser:

Viser til høringsnotatets kapittel 33.3 og 33.4 (side 394 i trykt utgave) om drøftingene av felles tvangslov. Bergen kommune er enig i departementets vurdering, og mål på lengre sikt i form av å oppnå en samordning av de forskjellige tvangsreglene.

Bergen kommune slutter seg til innvendingen mot egen felles tvangslovgivning i form av at man risikerer å frikoble lovbestemmelsene om tvang fra tjenester og forebygging. En går da vekk fra viktige prinsipper idet retten til tjenester og krav til forebygging utgjør de viktigste virkemidlene for å minimalisere tvangsbruk. Bergen kommune setter derfor som forutsetning at man i samordningen bygger på sammenhengen med tjenestenes innhold og utøvelse, samt forebygging, og videre at de rettssikkerhetsgarantiene som kapittel 4 A har innebygget - krav til forebygging, "alternative" tiltak, saksbehandling, hjelpeverge, klagerett med mer, videreføres.

§ 9-2. Virkeområde

Departementets forslag

Reglene i dette kapitlet gjelder bruk av tvang og makt som ledd i følgende tjenester til

personer med psykisk utviklingshemning:

a. praktisk bistand og opplæring til dem som har et særlig hjelpebehov på grunn av sykdom, funksjonshemning, alder eller av andre årsaker,

b. avlastningstiltak for personer og familier som har et særlig tyngende omsorgsarbeid,

c. støttekontakt for personer og familier som har behov for dette på grunn av funksjonshemning, alder eller sosiale problemer,

d. plass i institusjon til dem som har behov for det på grunn av funksjonshemning, alder

eller av andre årsaker,

e. pleie og omsorg i hjemmesykepleie eller under opphold i institusjon.

Som bruk av tvang eller makt etter reglene i dette kapitlet regnes tiltak som tjenestemottakeren motsetter seg eller tiltak som er så inngripende at de uansett motstand

må regnes som bruk av tvang eller makt. Bruk av inngripende varslingsystemer med tekniske innretninger skal alltid regnes som bruk av tvang eller makt etter reglene i dette

kapitlet. Alminnelige oppfordringer og ledelse med hånden eller andre fysiske påvirkninger av liknende art anses ikke som bruk av tvang eller makt..

Som bruk av tvang eller makt etter reglene i dette kapitlet regnes tiltak som tjenestemottakeren motsetter seg eller tiltak som er så inngripende at de uansett motstand

må regnes som bruk av tvang eller makt. Bruk av inngripende varslingsystemer med tekniske innretninger skal alltid regnes som bruk av tvang eller makt etter reglene i dette

kapitlet. Alminnelige oppfordringer og ledelse med hånden eller andre fysiske påvirkninger av liknende art anses ikke som bruk av tvang eller makt.

Bergen kommune vil knytte følgende merknader til forslaget:

Tjenestene som angir bestemmelsenes virkeområde er beskrevet etter gjeldende ordlyd i sosialtjenesteloven (sotjl.) § 4-2, bokstav a-d, samt at det er lagt til en bokstav e : ”pleie og omsorg i hjemmesykepleie eller under opphold i institusjon.”

Forslaget bærer preg av mangelfull harmonisering innad i lovforslaget, vet at det gjengir tjenestebeskrivelsen i en bestemmelse som er foreslått opphevet og ikke blir med videre i samme form, og som dessuten er veldig konkret. Så er det foreslått en ny bokstav e. som viser til pleie og omsorgstjenester generelt. Forslaget til § 3-2 om helse- og omsorgstjenester skal erstatte sotjl. § 4-2, og er etter et begrunnet valg tilstrebet å være mindre konkret enn sosialtjenesteloven § 4-2.

På den ene siden bør virkeområdet for bruk av tvangshjemler angis konkret, på grunn av de sterke rettssikkerhetshensyn som gjør seg gjeldende ved slike hjemler. På den andre siden bør virkeområdet knyttes til den lovteksten brukeren får sine tjenester hjemlet i, med mindre man finner grunn til å gjøre en mer konkret avgrensning. Forslaget til § 9-2, første ledd bokstav e visker imidlertid ut de avgrensninger som bokstav a-d innebærer, da det kan omfatte alle våre tjenester. Ordlyden ”pleie og omsorgstjenester” avviker fra ordvalget i loven ellers, som er ”helse- og omsorgstjenester” men kan ikke sies å klart definere noe snevrere område, og må kunne tilskrives en glipp i departementets språkvask.

Det sentrale momentet må være at virkeområdet avgrenses til å være ledd i individuelle tjenester etter loven. Virkeområdet for tvangshjemler bør ikke være snevrere avgrenset enn den variasjonsbredden i kommunens tjenestetilbud som loven er ment å åpne for. Kommunen vil dermed kanskje nøle med å tilby tjenester som innebærer at det ikke er hjemmel for å bruke tvang, slik at det får konsekvenser for variasjonsbredden i tilbudet til personer som er i målgruppen for tvangshjemlene. Dette vil være uheldig og i strid med lovens intensjon. Skal det gjøres en avgrensning, må den angis i samsvar med ordlyden i ny tjenestebestemmelse.

Bergen kommune ber departementet omformulere ordlyden vedrørende kapittelets virkeområde slik at det er i samsvar med ordlyden i de aktuelle bestemmelser i kapittel 3.

IX Lovforslagets kapittel 11 Finansiering og egenbetaling, (ref høringsnotatets pkt 29)

Økonomisk ansvarsfordeling mellom kommuner - oppholdsprinsippet (kap. 28) og finansiering og egenbetaling (kap. 29)

§ 11-1 Kommunens ansvar for utgifter

Departementets forslag:

Kommunen skal sørge for de bevilgninger som er nødvendige for å yte de tjenester og sette i verk de tiltak kommunen har ansvaret for etter loven her. Utgifter til bedriftshelsetjeneste dekkes ikke av kommunen.

Kostnadene ved de tjenester og tiltak som er nevnt i første ledd, skal dekkes av den kommunen som etter § 3-1 og § 10-8 er ansvarlig for å yte tjenesten eller sette i verk tiltaket. Departementet kan gi forskrifter om utgiftsfordelingen mellom to eller flere kommuner der en pasient eller bruker får tjenester av en annen kommune enn der vedkommende har fast bosted eller fast opphold, og om behandling av tvister mellom kommuner om utgiftsfordeling i slike tilfeller.

Utgifter til privat praksis som drives etter avtale med kommunen skal delvis dekkes av kommunen etter nærmere avtale mellom den privatpraktiserende og kommunen.

Avtaler som nevnt i denne paragrafen kan ikke overdras. Departementet kan gi nærmere forskrifter om privat helse- og omsorgsvirksomhet.

Kommunen dekker reiseutgifter for behandlingsspersonell som gir helsetjenester etter lov om folketrygd kapittel 5. Det samme gjelder for kommunalt ansatt helsepersonell eller helsepersonell som har avtale med kommunen for å yte helsehjelp, herunder helsepersonell ansatt ved familievernkontor. Det er et vilkår at pasienten på grunn av sin helsetilstand ikke kan møte frem på behandlingsstedet og derfor må gis ambulant behandling på et annet behandlingssted eller i hjemmet.

Departementet gir nærmere forskrifter om dekning av reiseutgifter for behandlingsspersonell, og kan gi bestemmelser om dekning av reiseutgifter i andre tilfeller enn nevnt i tredje ledd. Videre kan det gis bestemmelser om fast skyssgodtgjørelse til behandlingsspersonell.

Bergen kommune har følgende merknader til forslaget annet ledd:

Bergen kommune er enig i at oppholdsprinsippet legges til grunn, og at det heller ikke kan kreves refusjon fra oppholdskommunen forut for inntak i institusjon eller bolig med heldøgns omsorgstjeneste for utgifter til tjenester til personer som bosetter seg i institusjonskommunen etter et institusjonsopphold. Vi er uenig i at det kan videreføres en forskriftshjemmel med mulighet likevel for å videreføre gjeldende refusjonsordning (i tråd med sosialtjenesteloven §

10, 2. ledd). Vi viser her til at refusjonsbestemmelsen har vært begrunnet historisk med tanke på at tilbud var ivarettatt i store institusjoner, for å skjerme institusjonskommunene, blant annet fra konsekvensene av HVPU-reformen. Bergen kommune er av den oppfatning at bestemmelsen har utspilt sin rolle. Den bidrar hovedsaklig til tidkrevende prosesser og saksbehandling basert på misforståelser om unntaksregelens anvendelse. Den som flytter fra en kommune til en annen, blir som hovedregel den nye kommunens ansvar. En unntaksregel, om enn snever, bidrar til å tilsløre dette, særlig for kommuner der heimstavnretten henger igjen i bevisstheten.

Bergen kommune er en massiv institusjonskommune og tilflytningskommune. Refusjon fra "hjemkommune" er en ikke-sak for Bergen kommune, vi finner det ikke hensiktsmessig å bruke tid og ressurser på å forfølge krav knyttet til alle som ender med å bosette seg her etter et institusjonsopphold. Finansiering av ekstrabelastninger på institusjonskommuner er et statlig ansvar. Kommunens rolle som en del av velferdsstaten, står i motsetning til kommunens rolle som juridisk person med egne rettslige posisjoner og interesser å forsvare, for eksempel overfor andre kommuner. Ser kommunen på seg selv som det sistnevnte, blir refusjonsregelen i gjeldende sotjl § 10-1, annet ledd veldig interessant for kommunen, og Bergen kommune mener vi er kommet til et punkt der denne regelen eller en viderført tilsvarende regel, hovedsakelig tjener til å tilsløre oppholdskommunens ansvar og gi påskudd for unødig prosess.

Problemet som er anført om at enkelte kommuner vil få problemer i egenskap av å være vertskommuner for institusjoner/ omsorgstiltak, bør løses på annen måte, eksempelvis gjennom skjønnsmidler. Avtaler mellom kommuner om løsning av helse- og omsorgsoppgaver for hverandres innbyggere bør løses gjennom lovverkets samarbeidsløsninger, jf. omtale av samarbeidsmodeller som vertskommunemodell o.a.

Bergen kommune har følgende merknader til forslaget's tredje ledd: Bestemmelsen kan med fordel flyttes herfra og utgjøre en selvstendig paragraf med tanke på større gjengelighet og mer synlighet. En bør også se på begrepsbruken med tanke på det ikke menes det samme med "privat praksis som drives etter avtale med kommunen" som "privat helse- og omsorgsvirksomhet".

Kommunal medfinansiering (kap. 30, jf. også kap. 12)

§ 11-3 Kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenester

Departementets forslag:

Departementet kan i forskrift gi bestemmelser om kommuners medfinansieringsansvar for pasientbehandling i spesialisthelsetjenesten, herunder fastsette kriterier for hvilke pasientgrupper eller behandlingsformer som skal omfattes.

Bergen kommune har følgende merknader:

Bergen kommune forutsetter at kommunene vil bli gitt anledning til å uttale seg om forslag til forskrift når denne foreligger.

For øvrig mener vi at Prosjektet "Finansieringsordninger for bedre samhandling", utarbeidet for KS, har frembrakt nyttig kunnskap. En bør i lys av denne kunnskapen ytterligere vurdere hva som er realistiske målsetninger av en ordning med kommunal medfinansiering. Herunder vil vi peke på at dette prosjektet (rapport) vurderer medfinansiering som lite egnet som

virkemiddel for at kommunen skal bygge opp tilbud til erstatning for tilbud innenfor spesialisthelsetjenesten. Derimot pekes det på at medfinansiering er egnet til å

- premiere eksisterende tjenestetilbud som bidrar til reduksjon av behovet for spesialisthelsetjeneste
- bidra til bedre samhandling der det er etablert fellesfinansiert samhandlingstiltak

Intensjonen bak medfinansieringsordningen er at det skal skapes et insentiv for kommunene til å etablere like gode, men rimeligere alternativer til sykehusinnleggelse for grupper av pasienter. Bergen kommune er kritisk til denne type finansieringsordning. De foreslåtte ordningene vil ikke gi et tilstrekkelig insentiv til å etablere alternative tiltak til sykehusinnleggelse. Slike tiltak vil være forbundet med store utgifter for kommunen. De foreslåtte ordningene vil innebære en betydelig risiko for kommunen, da de innleggende instanser ofte vil være fastleger (i Bergen i overkant av 200) som kommunen ikke styrer. Ordningene kan dessuten skape inntrykk av at visse pasientgrupper skal henvises til et tiltak på et lavere faglig nivå, altså en form for diskriminering.

Kommunen forutsetter derfor at økte oppgaver og utvidet ansvar kompenseres ved særskilte økonomiske overføringer..

Kommunalt finansieringsansvar for utskrivningsklare pasienter (kap. 31)

§ 11-4 Kommunalt finansieringsansvar for utskrivningsklare pasienter

Departementets forslag:

Kommunen skal fra og med dag en dekke utgifter for pasienter som er ferdigbehandlet, men som oppholder seg i privat eller offentlig institusjon i spesialisthelsetjenesten i påvente av et kommunalt helse- og omsorgstilbud.

Kommunen skal inngå samarbeidsavtale med regionalt helseforetak om utskrivningsklare pasienter. Kommunen kan inngå slik avtale alene eller sammen med andre kommuner.

Departementet fastsetter forskrift om ordningens omfang og innhold, kriterier for når en pasient er utskrivningsklar, herunder kriterier for samarbeid mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten om utskrivningsklare pasienter, og betalingssatser etter første ledd. Departementet fastsetter også forskrift om hva samarbeidsavtale etter andre ledd minimum skal inneholde.

Bergen kommune vil knytte følgende merknader til departementets forslag, annet ledd: Regulering av samarbeidsavtale her, samt regulering etter § 6-2, nr. 4, innebærer en dobbel regulering av samarbeidsplikten i form av en samarbeidsavtale etter denne bestemmelsen og en samarbeidsavtale etter §§ 6-1 og 6-2. Vi finner at samarbeidsplikten med innhold er tilstrekkelig regulert etter kapittel 6.

Kommunens foreslår en endring i lovteksten i form av at annet ledd strykes.

Kommunen vil uttale seg om forslag til forskrift når denne foreligger, men vil bemerke at vurderingen av om en person er ”utskrivningsklar ” må være en balansert vurdering i det enkelte tilfellet, ikke ensidig definert fra helseforetaket.

Bergen kommune har i tillegg følgende merknader:

Midlene som skal overføres kommunene ifbm denne ordningen bør overføres etter nøklene i kommunenes inntektssystem. Det vil gi en feil insentivvirkning om en velger en ordning med øremerket tilskudd etter hvilke kommuner som har utskrivningsklare pasienter på sykehus.

Bergen kommune er i tillegg opptatt av at en får til finansieringsordninger allerede fra 2012 som omfatter pasienter innen psykisk helsevern. Dette på bakgrunn av at kommunen nylig har overtatt/ overtar ansvar for 20 pasienter som var definert som utskrivningsklare fra spesialisthelsetjenestens side. Pasientene har til dels omfattende omsorgsbehov og også tidvis behandlingsbehov. Kommunen vil om relativt kort tid stå overfor lignende situasjoner. Utviklingen med at kommunen overtar ansvar synes riktig, men det er et problem at det ikke er etablert en spesifikk finansieringsordning. Det bør være mulig å ha på plass en finansieringsordning som er operativ fra 2012, evt. at den i første omgang etableres som en minimumsmodell som kan videreutvikles. Slik som situasjonen er nå, er det åpenbart at kommunen i nye forhandlinger med helseforetak om utskrivningsklare pasienter vil vise til en kommende finansieringsordning.

Bergen kommune foreslår at innføring av ordning med kommunalt finansieringsansvar for utskrivningsklare pasienter skjer samtidig for psykisk helsevern som for somatikken.

X Forslag til endringer i andre lover

Pasientrettighetsloven

§ 2-1a. Rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester fra kommunen (Ref. høringsnotatets kapittel 20)

Departementets forslag

Pasienten har rett til øyeblikkelig helsehjelp.

Pasient og bruker har rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester etter lov ?? måned 201? nr. ?? om kommunale helse- og omsorgstjenester.

Pasient og bruker har rett til verdig tjenestetilbud i samsvar med lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 4-1 annet ledd bokstav b.

Kongen kan gi forskrifter om hva som skal anses som helse- og omsorgstjenester som pasient og bruker kan ha rett til.

Bergen kommune vil knytte følgende merknader til forslaget:

Nødvendig er her både vilkår for og omfang på rettigheten, når det er nødvendig å yte tjenester, har pasient/bruker rett på så mye som er nødvendig. Bergen kommune er usikker på om ”nødvendige helse- og omsorgstjenester” er klart nok til å unngå feiltolkning og forskjellsbehandling, og forskjellig praksis fra kommune til kommune.

Fra høringsnotatet side 264 hitsettes:

Som nevnt legger departementet til grunn at rettighetsbestemmelsene for nødvendige tjenester etter henholdsvis pasientrettighetsloven/kommunehelsetjenesteloven på den ene

siden og sosialtjenesteloven på den andre siden, i praksis langt på vei tolkes likt når det

gjelder vilkårene for å utløse en rettighet. Uavhengig av forskjellig utforming av

rettighetsbestemmelsene blir både kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven tolket slik at de gir **krav på nødvendig hjelp med en forsvarlig standard, basert på en individuell vurdering av behov.** (kommunens utheving)

Med øye for faren for forskjellsbehandling og vilkårlighet, bør man også her prøve å komme så nær et uttrykk for gjeldende rett som er lovteknisk mulig. Tjenesteyteren som skal håndheve denne bestemmelsen er sjelden jurist, og kan ikke forventes å gjøre utstrakte søk i andre bestemmelser, enn si i andre rettskilder enn den aktuelle lovbestemmelsen. Ved å ta inn ”forsvarlig standard” speiles forsvarlighetsbestemmelsen fra det nye lovforslaget, og å ta inn ”individuell vurdering” er etter Bergen kommunes erfaring en nødvendig påminnelse om dette grunnleggende kravet. Den helt nære sammenhengen mellom behov og rettighet kan også med fordel uttrykkes. Pasient og bruker som skal gjøre seg nytte av denne rettighetsbestemmelsen er normalt heller ikke jurister.

Bergen kommune vil foreslå en alternativ ordlyd til § 2-1a, annet ledd

*Pasient og bruker har rett til **nødvendig hjelp med en forsvarlig standard, basert på en individuell vurdering av behov** i form av helse- og omsorgstjenester etter lov ??, måned 201? nr. ?? om kommunale helse- og omsorgstjenester.*

Retten til et verdig tjenestetilbud kan godt fremheves, jf forslagets 3. ledd, men ved at det bare er retten til verdig tjenestetilbud, bokstav b, som fremheves fremstår forslaget som avgrensende i forhold til resten av § 4 -1 i den nye loven. Hele § 4-1 om forsvarlighet der verdige tjenester både er en premiss og et resultat, bør fremheves.

Bergen kommune vil foreslå en alternativ ordlyd til 3. ledd:

*Pasient og bruker har rett til **forsvarlige tjenester innbefattet** et verdig tjenestetilbud i samsvar med lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 4-1.*

§ 7-3. Klagens form og innhold (ref. høringsnotatets kapittel 26)

Klage til Helsetilsynet i fylket/Fylkesmannen skal være skriftlig. Klagen skal være undertegnet av pasienten eller brukeren eller den som representerer pasienten eller brukeren. Klagen bør nevne det forhold som det klages over og gi opplysninger som kan

være av betydning for behandlingen av klagen. Inneholder klagen feil eller mangler, setter

Helsetilsynet i fylket/Fylkesmannen en kort frist for rettelse eller utfylling.

Bergen kommune vil knytte en merknad til forslaget

Kravet om skriftlighet fremstår som noe strengt i denne sammenheng. Regelen i forvaltningsloven § 32, første ledd, bokstav a) :”dersom muntlig klage er tillatt, skal erklæringen settes opp skriftlig av vedkommende forvaltningsorgan;” er en aktuell bestemmelse for helse- og omsorgstjenester. Den vil trolig uansett følge av forvaltningsrettslig veiledningsplikt, selv om kravet er skriftlighet etter ordlyden i § 7-3,

første ledd. Av pedagogiske årsaker og informasjonshensyn bør det likevel nyanseres i teksten, blant annet av hensyn til klager.

§ 7-6. Forvaltningslovens anvendelse(klageinstansens kompetanse) (ref. høringsnotatets kapittel 26)

Forvaltningslovens regler om behandling av klager over enkeltvedtak gjelder så langt de passer, med de særlige bestemmelser som er gitt i dette kapitlet. Helsetilsynet i fylket/Fylkesmannen skal ved prøving av vedtak fra kommunen legge stor vekt på hensynet til det kommunale selvstyre ved prøving av det frie skjønn, herunder ved kommunens skjønnsmessige vurdering av innretning og nivå på tjenestene ut over lovens krav.

Helsetilsynet i fylket/Fylkesmannen kan oppheve kommunens vedtak og sende saken tilbake til ny behandling i kommunen. Helsetilsynet i fylket/Fylkesmannen kan ikke selv treffe nytt vedtak i saken.

Bergen kommune vil knytte følgende merknad til forslaget:

Klageinstansen bør fortsatt kunne treffe nytt vedtak i saken. Forslaget innebærer en svekkelse av rettsikkerheten til pasient og bruker, som er den svake part i alle henseender i klagesakene. Bergen kommune kan ikke se at det er anført hensyn som begrunner at det skal gjøres et unntak fra forvaltningslovens regel, til skade for privat part i saker av så stor betydning for den enkeltes grunnleggende velferd.

Klagesaker der kommunens hensiktsmessighetsskjønn overprøves utgjør unntakene av omgjorte vedtak. Omgjøring er i hovedsak begrunnet av at kommunen ikke har oppfylt ytelsesplikten på minimumsnivå. Disse avgjørelsene fra klageinstansen er nyttige for kommunene som rettsnor for å finne fram til et lovmessig rett nivå. Kommunen ser videre ikke at forslaget gir merkbart større handlingsrom for hensiktsmessighetsskjønn. Nytt vedtak vil kunne påklages, oppheves osv. inntil enten privat eller offentlig part gir seg av utmattelse. Det vil dessuten regelmessig være privat part som gir seg, og det kan ikke ha vært departementets intensjon å gi kommunen større handlingsrom med det som virkemiddel.

Et viktig hensyn til pasient og bruker er å få en avgjørelse uten ugrunnet opphold. I saker som gjelder helse- og omsorgstjenester er tiden en avgjørende faktor. Også dette hensynet taler mot den foreslåtte endringen.

Videre er det ressursbesparende for kommunen å slippe å behandle saken på nytt for å treffe nytt vedtak.

Bergen kommune har tillit til, og stor nytte av Fylkesmannen og Helsetilsynets faglige kompetanse, og ser ingen grunn til at ikke klagesaksbehandlingen fortsatt skal kunne avsluttes ved at klageinstansen treffer nytt vedtak der klageinstansen finner grunn til det..

Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern

§ 1-3. Offentlig myndighet

Med offentlig myndighet forstås i loven her kommunelegen eller dennes stedfortreder, sosialtjenesten, politiet eller kriminalomsorgen.

Kongen kan gi forskrifter om hvem som skal anses som offentlig myndighet, samt om utøvelsen av deres kompetanse etter loven her.

Psykisk helsevernloven legger plikter i form av varsling og bistand (herunder begjæring, tidl. ”tutor”) til ”offentlig myndighet”. Offentlig myndighet defineres blant annet som ”sosialtjenesten”. Hvis forslaget om endring av begrepsbruken for våre tjenester fra ”sosialtjenesten” til ”omsorgstjenester” bør § 1-3 i lov om psykisk helsevern også ta inn dette begrepet i tillegg til ”sosialtjenesten” som heretter kun vil dekke de sosiale tjenestene i NAV. For å unngå vanskelige grenseoppganger og kanskje få en hensiktsmessig økning av virkeområdet for varslings- og bistandsplikten, bør det vurderes om både ”helse- og omsorgstjenester” skal omfattes.

B Høringsuttalelse fra Bergen kommune til forslag til ny folkehelselov.

Bergen kommune slutter seg til store deler av forslaget, men har noen kommentarer og merknader til noen bestemmelser.

§ 1 Formål

Formålet med denne loven er å bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse og bidrar til å motvirke sosiale helseforskjeller. Folkehelsearbeidet skal fremme trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold og bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse.

Loven skal sikre at kommuner, fylkeskommuner og statlige helsemyndigheter setter i verk tiltak og samordner sin virksomhet i folkehelsearbeidet. Loven skal legge til rette for et målrettet og systematisk folkehelsearbeid.

Kommentar:

Det er svært positivt at det nå kommer en egen lov for folkehelsearbeid. Loven kan gi en strategisk dreining som muliggjør en bærekraftig og rettferdig helsesektor.

§ 2 Virkeområde

Loven gjelder for kommuner, fylkeskommuner og statlige helsemyndigheter. Det som er fastsatt for fylkeskommuner i denne loven gjelder også for Oslo kommune.

Lovens kapittel 3 gjelder også for private og offentlige virksomheter og eiendommer når forhold ved disse direkte eller indirekte kan ha innvirkning på helsen. Loven gjelder for innretninger til sjøs og på kontinentalsokkelen, dersom disse ikke er særskilt regulert i annet regelverk.

Kongen kan gi forskrifter om lovens anvendelse på Svalbard og kan fastsette særlige regler av hensyn til stedlige forhold.

Departementet kan gi bestemmelser til gjennomføring av avtale med

Kommentar:

Flere krav og formål ved loven tilsier at kommunen skal opptre samlet i arbeidet med å bedre folkehelsen. I og med at loven skal gjelde hele kommunen, vil ingen avdelinger ”eie” loven. I tillegg skal folkehelsearbeidet i kommunen koordineres med fylkeskommunale og statlige tiltak, hvilket er nytt.

Det vil antagelig kreve en viss administrativ infrastruktur som støtter og legger til rette for en slik koordinering, dvs. at kravet vil ha administrative konsekvenser for kommunen.

Mål og tiltak skal etter loven kobles til kommuneplaner hjemlet i Plan og bygningsloven (§ 6). De viktigste forebyggingsarenaene er kanskje skolen og barnehagen, både i forhold til livsstil, sosialt nettverk og støtte, og ikke minst kompetanse og utdanning som grunnlag for senere yrke og økonomisk selvhjelpenhet, slik at disse avdelingene vil ha sentrale roller i folkehelsearbeidet.

§ 4 Kommunens ansvar for folkehelsearbeid

Kommunen skal fremme trivsel, psykisk og somatisk helse, bidra til utjevning av sosiale helseforskjeller og bidra til å beskytte befolkningen mot faktorer som kan ha negativ innvirkning på helsen.

Kommunen skal fremme folkehelse innen de oppgaver og med de virkemidler kommunen er tillagt, herunder lokal utvikling og planlegging, forvaltning og tjenesteyting.

Kommunen skal medvirke til at helsemessige hensyn blir ivaretatt av andre myndigheter, frivillige organisasjoner og virksomheter. Medvirkning skal skje blant annet gjennom råd, uttalelser og samarbeid med andre sektorer, herunder planlegging.

Kommentar:

Samme kommentar som til § 2. Kommunen må bestemme hvem i kommunen som skal ha disse oppgavene, kanskje spesielt siste avsnitt

§ 5 Oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer

Kommunen skal til enhver tid ha oversikt over helsetilstanden i befolkningen og de positive og negative faktorer som kan virke inn på denne. Oversikten skal blant annet baseres på;

a. opplysninger som statlige helsemyndigheter og fylkeskommunen gjør tilgjengelig etter §§ 21 og 24,

b. kunnskap fra de kommunale helse- og omsorgstjenestene jf. helse og omsorgsloven § 3-4 og

c. kunnskap om faktorer og utviklingstrekk i miljø og lokalsamfunn som kan ha innvirkning på befolkningens helse.

Oversikten skal være skriftlig og identifisere helseutfordringene i kommunen, konsekvenser og årsaksforhold. Kommunen skal særlig være oppmerksom på trekk ved utviklingen som kan skape eller opprettholde sosiale eller helsemessige problemer, herunder sosiale helseforskjeller.

Departementet kan gi nærmere forskrifter om krav til kommunens oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer.

Kommentar:

Dette er en god konkretisering av de kravene som også gjelder i dag, og gir også økte muligheter for å oppfylle kravene i og med pkt a.

Om en skal kunne hente ut data fra helse- og omsorgstjenestene må journalsystemene tilpasses dette behovet. Nasjonale myndigheter bør derfor stille krav om at det skal kunne tas ut slike data fra de ulike deltjenestene.

§ 6 Mål og tiltak

En drøfting av kommunens helseutfordringer skal inngå i kommunens planstrategi, jf. plan- og bygningsloven § 10-1.

Kommunen skal i sitt arbeid med kommuneplaner etter plan- og bygningsloven kapittel 11 fastsette overordnede mål og strategier for folkehelsearbeidet som er egnet for å møte de utfordringer kommunen står overfor med utgangspunkt i oversikten etter § 5. Kommunen skal iverksette nødvendige tiltak for å møte kommunens helseutfordringer, jf. § 5. Dette kan blant annet omfatte tiltak for økt fysisk aktivitet, god ernæring, skade- og ulykkesforebygging, begrense tobakks- og alkoholbruk, samt å fremme gode fysiske og sosiale miljø og samfunnsforhold. Kommunen skal spre opplysning gjennom informasjon, råd og veiledning om hva den enkelte selv og befolkningen kan gjøre for å forebygge sykdom og skade og fremme helse.

Kommentar:

Samme kommentar som til pkt 2.

Her skal alle avdelinger i kommunen lage felles mål og tiltak.

Naturlige ansvarlige i kommunen kan være plan- og bygningsmyndigheten samt kommunelegen, ut fra de oppgaver som er nevnt i § 28.

§ 11 Helsekonsekvensutredning

Kommunen kan pålegge den som planlegger eller driver virksomhet, eller den ansvarlige for forhold ved en eiendom, for egen regning å utrede mulige helsemessige konsekvenser av tiltaket eller forholdet. Slik utredning kan bare kreves dersom ulempene ved å foreta utredningen står i rimelig forhold til de helsemessige hensyn som tilsier at forholdet utredes. Kommunens pålegg kan påklages etter reglene i § 19. Klageinstansen har ved behandling av klagesaker tilsvarende rett til å kreve helsekonsekvensutredning.

Kommentar:

Tilsvarende bestemmelse finnes også i Plan og bygningsloven. Det bør derfor avklares hvordan grenseoppgangen mellom disse lovene skal forstås, spesielt om de skal ivaretas av ulike avdelinger i kommunen.

§ 28 Samfunnsmedisinsk kompetanse

Kommunen skal ha nødvendig samfunnsmedisinsk kompetanse for å ivareta oppgaver etter loven her. Det skal ansettes en kommunelege som medisinsk-faglig rådgiver for å ivareta blant annet samfunnsmedisinsk rådgivning i kommunens folkehelsearbeid, jf. §§ 4 til 6, herunder epidemiologiske analyser, jf. § 5 annet ledd, hastekompetanse på kommunens vegne i saker innen miljørettet helsevern, smittevern og helsemessig beredskap, deltakelse i lokal redningsentral, andre oppgaver delegert fra kommunestyret. Kommunene kan etablere samarbeid for å sikre nødvendig kompetanse til gjennomføring av oppgavene.

Kommentar:

Det er positivt at noen samfunnsmedisinske oppgaver innen folkehelsearbeid er konkretisert, og dermed er det også sagt noe om ønsket kompetanse.

Det er positivt at det i høringsnotatet anbefales at leger i samfunnsmedisinsk stilling bør ha hele stillinger, for å ivareta kompetanse og kontinuitet.

Legen bør plasseres slik i organisasjonen at han kan ivareta oppgavene, med muligheter til kontakt med hele kommunen, også avdelinger i kommunen utenom helsetjenesten. Dette gjelder både utvikling og planlegging, forvaltning, tjenesteyting, herunder kontakt med andre myndigheter, frivillige organisasjoner og virksomheter, videre epidemiologisk arbeid, opplysningsarbeid og samarbeid med private organisasjoner.

Samfunnsmedisinsk kompetanse vil også være svært viktig i arbeidet med avtaler og samarbeid med helseforetakene, for å sikre faglig tyngde og likeverdighet i møte med helseforetakene.