



Oslo kommune
Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester

Byrådssak 1008/11

**OSLO KOMMUNES HØRINGSUTTALELSE - FORSLAG TIL NY LOV OM
KOMMUNALE HELSE- OG OMSORGSTJENESTER OG NY FOLKEHELSELOV**

Sammendrag

Stortinget behandlet St.meld.nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen i april 2010. (Innst. 212 S (2009-210)). Samhandlingsreformen bygger på at utviklingen i helsetjenesten ikke er bærekraftig, og det er behov for å endre den. Det skal satses mer på forebygging, og veksten i ressursene må i større grad gå til å bygge opp tjenester i kommunene.

For å gjennomføre samhandlingsreformen legges det fram forslag om to nye lover: lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og lov om folkehelse. Lovene skal erstatte kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven og lov om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet. Det er forslag om ny kommunal helse- og omsorgslov som er mest inngripende for kommunen, og det er omtalen av denne loven som er prioritert i kommunens høringssvar. Det foreslås å gjøre helsepersonelloven og pasientrettighetsloven gjeldende for helse- og omsorgstjenesten i større grad enn i dag, og det foreslås også endringer i andre lover som regulerer helse- og omsorgstjenesten, blant annet i helseregisterloven.

Oslo kommune er i utgangspunktet positiv til hovedlinjene og hovedmålene i samhandlingsreformen og i de nye lovforslagene. Svakheter ved lovutkastet, spørsmål som ikke er utredet, og uklarheter knyttet til rettslige spørsmål gjør det vanskelig for kommunen å gi uttalelse uten vesentlige forbehold. Oslo kommune har følgende hovedinnvendinger mot lovforslagene:

- det sosialfaglige perspektivet tas ut av loven
- viktige spørsmål skal reguleres i forskrifter og er ikke lagt fram
- økonomiske og administrative konsekvenser er ikke utredet
- det foreslås ingen finansiering for å bygge opp nye tilbud i kommunen
- rettslig avklaring av hvilke oppgaver kommunen skal overta mangler
- de endringer i finansiering som foreslås innebærer stor risiko for kommunen

Saksframstilling

Oslo kommune har mottatt to høringsutkast fra Helse- og omsorgsdepartementet, datert 18.10.2010, om ny kommunal helse- og omsorgslov og ny folkehelselov. De to nye lovene skal erstatte kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven og lov om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet.

Høringsfristen er 18. januar 2011 for kommuner, og 25. januar 2011 for fylkeskommuner.

Et foreløpig utkast til ny nasjonal helse- og omsorgsplan er samtidig sendt på høring. Det er lagt opp til en netthøring åpen for alle. De viktigste problemstillingene som planutkastet

omhandler, behandles i de to lovutkastene, og Oslo kommune har valgt å ikke avgi høringssvar til planen. Det forutsettes at det endelige utkast til plan vil bli sendt på formell høring i nær fremtid.

Forslag om ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester innebærer at skillet mellom helsetjenester og sosiale tjenester foreslås opphevet, og pasient og brukerrettigheter for begge tjenesteområdene foreslås regulert samlet i pasientrettighetsloven. Det foreslås også endringer i pasientrettighetslovens saksbehandlingsregler, og forholdet mellom pasientrettighetsloven og forvaltningsloven drøftes.

I § 2-1 i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester foreslås at helsepersonelloven skal gjelde "tilsvarende" for alt personale som yter tjenester etter den nye loven. Dette får konsekvenser for en rekke tjenesteutøvere, og forholdet til helsepersonelloven drøftes derfor i høringsnotatet.

Kommunens plikter videreføres i stor grad som i dag, men pliktene foreslås utformet mer overordnet og profesjonsnøytralt, noe som vil gi kommunene større frihet når det gjelder hvordan de vil organisere tilbudene. Kommunenes overordnede ansvar blir tydeligere, og kommunens "sørge-for-ansvar" blir mer likt reguleringen av de regionale helseforetakene og spesialisthelsetjenesten. Det foreslås imidlertid også en rekke endringer i det kommunale ansvaret.

Et mål med samhandlingsreformen er å stanse veksten i unødvendige innleggelser i sykehus, samtidig som en større del av pasientbehandlingen skal foregå i kommunene. Det er fortsatt uklart hvilke pasientgrupper som i fremtiden vil kunne bli et ansvar for kommunen. Høringsnotatet gir ingen klare svar her. Kommunen skal gjennom reformen settes istand til å ta imot og ivareta pasienter og brukere også utenfor ordinær åpningstid – og utenom dagens ordinære systemer og institusjoner, og kommunen vil måtte tilby døgnopphold til pasienter med behov for umiddelbar hjelp i større grad enn de gjør i dag.

Virkemidlene som foreslås lovfestet for gjennomføring av samhandlingsreformen er bl.a.: kompetanseoverføring, samarbeid mellom kommuner, og mellom kommune og spesialisthelsetjenesten, samt lovpålagt bruk av avtaler mellom partene. Det foreslås et medfinansieringsansvar for kommunen ved innleggelse i sykehus, og et ubetinget økonomisk ansvar for alle utskrivningsklare pasienter fra dag én. Det nye i forhold til dagens ordning er at det økonomiske ansvaret skal tilsvare kostnadene, at det skal tre i kraft fra dag én, men også at kommunen skal tilføres midler til dekning for dette nye finansieringsansvaret.

Det foreslås bestemmelser i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester som gjelder kommunens plikter når det gjelder helsefremmende og forebyggende arbeid, og forholdet til ny lov om folkehelse reguleres også. Ny lov om folkehelse innebærer en oppfølging av samhandlingsreformen når det gjelder forebygging og tidlig innsats. Det er klare føringer til at det forebyggende arbeidet i kommunene skal styrkes, og det blir viktig å legge vekt på det primærforebyggende arbeidet. Sekundær- og tertialforebyggende arbeid skal også styrkes. Det slås fast at alle deler av helse- og omsorgstjenestene er viktige for å lykkes med god forebygging, og at økt egenmestring er viktig. Kommunene og fastlegene vil ha en viktig rolle innen forebygging, det samme gjelder frivillige og ideelle organisasjoner.

I utkastet foreslås lovfestet krav om at kommunen skal ha oversikt over helsetilstanden og helseutfordringene, og at disse utfordringene skal danne grunnlag for strategier, mål og tiltak som forankres i planprosessene etter plan- og bygningsloven.

Intern høring i Oslo kommune

Høringsnotatene ble sendt på høring til alle virksomheter, og Rådet for funksjonshemmede, Det sentrale elderråd, Rådet for innvandrersorganisasjonene, og Barne- og ungdomsrådet. Byråd for eldre og sosiale tjenester har mottatt høringssvar fra 11 bydeler, samt også fra Det sentrale elderråd, Rådet for funksjonshemmede, Tannhelsetjenesten Oslo KF, Rusmiddelstaten, Helse- og velferdsetaten, Sykehjemsetaten og Legevakten. Det er i høringen kommet viktige bidrag til utformingen av dette notatet, men også konkrete og gode innspill og forslag til det videre arbeidet med gjennomføringen av samhandlingsreformen.

Det er gjennomgående en positiv innstilling til samhandlingsreformen og til hovedlinjene i høringsnotatet. Høringen viser at det er enighet om sentrale og viktige spørsmål for kommunen, og det er bl.a. bred enighet om behovet for å sikre kommunen bedre tilgang til den medisinske kompetanse som fastlegeordningen innebærer. Det er videre bred enighet om at sammenslåingen av lov som regulerer helsetjenesten og sosialtjenesten i kommunen er en god løsning.

Det er mange kritiske merknader til at begrepet "sosial" erstattes med omsorg når sosialtjenesteloven oppheves. De fleste av høringsinstansene har også kritiske merknader til manglende vurderinger av konsekvensene for kommunene, og til forutsetningen om at lovforslaget i liten grad vil gi økonomiske og administrative konsekvenser.

Det er videre kritiske merknader til forslag om kommunal medfinansiering, finansieringsansvar for utskrivningsklare pasienter, og til at det ikke foreslås andre økonomiske virkemidler for gjennomføringen av en så vidt stor og gjennomgripende reform.

Byrådets vurderinger

Høringsnotatene er omfattende, ca. 700 sider, og selv om store deler av lovutkastene er videreføring av gjeldende rett, så foreslås også en rekke endringer for kommunene. De største endringene er knyttet til samhandlingsreformen og utviklingen av en ny kommunerolle. Lovforslagene gir et rettslig grunnlag for de mål som er satt i Stortingsmelding 47. Samhandlingsreformen handler om forebygging og tidlig intervensjon, men også en overføring av ansvar fra spesialisthelsetjenesten til kommunen, og det foreslås flere virkemidler i loven for å oppnå dette.

Det er en meget omfattende høringssak og det er gitt en kort frist. Lovendringene er foreslått som ledd i gjennomføringen av samhandlingsreformen, men når grunnleggende forhold i reformen slik som finansieringen og oppgavefordelingen mellom nivåene fortsatt ikke er avklart kan kommunen ikke ta stilling til lovforslagene uten vesentlige forbehold. Oslo kommune gir i høringsuttalelsen klart uttrykk for at eventuelle nye oppgaver for kommunen, som følge av endret arbeidsfordeling mellom stat og kommune, iverksettes gradvis og styrt, og kompenseres fullt ut fra statens side.

Lover og regelverk, tidligere vedtak

Gjelder forslag om opphevelse av lov 19.11.1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene (kommunehelsetjenesteloven) lov 13.12.1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. (sosialtjenesteloven) og lov 19.6.1009 nr. 65 om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet (folkehelseloven). Det vises også til St.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen, samt også Inst. 212 S (2009-2010) Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om samhandlingsreformen og om en ny velferdsreform.

Økonomiske og administrative konsekvenser

Behandles i sin helhet avslutningsvis i høringsvedtaket.

Vedtakskompetanse

Det vises til bystyrets vedtak av 30.05.2001 sak 218, punkt 1: "Bystyret delegerer til byrådet å avgi høringsuttalelser på kommunens vegne". I medhold av vedtaket har byrådet videre delegert sin myndighet til byråden i saker som ikke er av prinsipiell betydning. Saken vurderes å være av prinsipiell betydning. Vedtakskompetansen til å avgi høringsuttalelse i denne saken ligger således til byrådet.

Byråden for sosiale tjenester og rusomsorg innstiller til byrådet å fatte følgende vedtak:

Byrådet avgir i henhold til delegert fullmakt følgende høringsuttalelse til Helse- og omsorgsdepartementet til forslag om ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og forslag om ny folkehelselov:

Det er Oslo kommunes vurdering at utvidelse og utvikling av det kommunale ansvaret er en ønsket utvikling og det synes som om det foreslåtte lovverket i utgangspunktet understøtter dette. Et hovedmål med samhandlingsreformen er at oppgaver fra spesialisthelsetjenesten skal overføres til kommunene, og nye tjenestetilbud vil utfordre kommunens nåværende organisasjon med krav til nye samarbeidsmodeller.

Finansiering og lovregulering må henge sammen. Behandlende helsetjenester, det vil si fastleger, legevakt og spesialisthelsetjenesten mottar i dag en vesentlig del av inntektene gjennom aktivitetsutløst finansiering (trygderefusjon, egenandeler og DRG). Dersom tjenester skal overføres fra spesialisthelsetjenesten til kommunen, som i all hovedsak rammefinansieres, og tilgangen til tjenesten skal gis etter samme prinsipper som tidligere, vil det medføre en økonomisk risiko for den som har ansvar for tjenesten. Oslo kommune kan ikke gå inn for endringer som kan ha store økonomiske konsekvenser for kommunen når det ikke samtidig fremmes et forslag til en realistisk finansieringsmodell. Det er Oslo kommunes vurdering at manglende utredning av de økonomiske konsekvensene er den største svakheten både med samhandlingsreformen og de nye helselovene.

Oslo kommune ber om at det etableres en aktivitetsbasert finansieringsordning som fører til at de variable kostnader ved ulike behandlinger blir dekket fullt ut.

Flere rettslige spørsmål er ikke tilstrekkelig avklart. Flere viktige beslutninger som kan medføre store konsekvenser for kommunen skal fastsettes i forskrifts form og blir således ikke avklart i forbindelse med behandlingen av loven. Dette gjelder både endringer i fastlegeordningen, forskriftsfesting av kommunal medfinansiering og forskrift om privat helsevirksomhet i kommunen. De varslede forskrifter vil regulere kjerneområder i den kommunale helsetjenesten, og manglende avklaringer her betyr at det er vanskelig for kommunen å vurdere den samlede konsekvensen av lovforslaget. Oslo kommune er kritisk til et lovforslag som gir såvidt mange vide fullmakter til departementet.

Forslaget om at helsepersonelloven skal regulere alle som yter tjenester etter den nye loven vil etter Oslo kommunes vurdering kunne gi et godt grunnlag for likestilling mellom helsepersonell og omsorgspersonell, og vil også bidra til å avklare spørsmål om taushetsplikt, informasjonsplikt og informasjonsrett som med dagens rettstilstand er uklar. Med forslaget følger imidlertid også en rekke spørsmål som er behandlet på en utydelig måte, og spørsmål som krever ytterligere utredning. Dette gjør det vanskelig fullt ut å vurdere konsekvensene. Det samme gjelder hvilke økonomiske og administrative konsekvenser denne lovendringen innebærer. Det er Oslo kommunes vurdering at lovendringene innebærer store økonomiske og administrative konsekvenser, og at dette ikke er utredet i tilstrekkelig grad.

Oslo kommune ser i utgangspunktet også positivt på at pasientrettighetsloven skal gjelde for både pasienter og andre brukere som mottar tjenester etter den nye loven. Det positive ved

forslaget er at alle brukere får de samme rettigheter overfor kommunen som pasienter har, det gjelder både informasjonsrett, rett til journalinnsyn, rett til medvirkning m.m. Pasientrettighetsloven regulerer både dine rettigheter som pasient/bruker, men den regulerer også retten til å bli pasient/bruker, den regulerer saksbehandling og klagerett ved tildeling av tjenester.

Når det gjelder forholdet til forvaltningsloven og hvilket saksbehandlingsregelverk som skal få anvendelse når, er forslaget ikke klart nok. Oslo kommune kan således ikke støtte forslaget om å la pasientrettighetsloven regulere tildeling av tjenester opp til to uker.

Den nye kommunale helse- og omsorgsloven ivaretar i hovedsak pasientrollen mer enn den ivaretar andre brukergrupper. Fokus i høringsnotatet ligger på pasientforløp og samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene. Det er også behov for sterkere fokus på intern samhandling i kommunene. Det samme gjelder rammebetingelsene for kommunikasjon av pasientopplysninger. De utfordringene som regelverket for elektronisk samhandling (helseregisterloven) gir kommunene, er store.

Oslo kommune behandler innledningsvis ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. Lov om folkehelse behandles separat under pkt. 18.

1. **Lovens virkeområde og definisjoner.**
2. **Kommunens plikt til å tilby konkrete helse- og omsorgstjenester**
3. **Forholdet til forvaltningsloven**
4. **Helsepersonelloven**
5. **Kommunelegens rolle – medisinsk faglig rådgiver**
6. **Fastlegeordningen – endringer og nye krav til fastlegene**
7. **Kompetanse, forskning og utdanning**
8. **Krav om forsvarlige tjenester – kvalitet og pasientsikkerhet.**
9. **Klageordning/tilsynsmyndighet**
10. **Individuell plan og koordineringsansvar**
11. **Avtalebasert lovpålagt samarbeid**
12. **Økonomisk ansvarsfordeling mellom kommuner – oppholdsprinsippet**
13. **Kommunal medfinansiering av innleggelse/behandling i sykehus**
14. **Kommunalt finansieringsansvar for utskrivningsklare pasienter**
15. **Elektronisk samhandling – helseregisterloven**
16. **Opphevelse av § 7-11 i sosialtjenesteloven**
17. **Politiattest**
18. **Forslag til ny folkehelselov**
19. **Økonomiske og administrative konsekvenser**

1. Lovens virkeområde og definisjoner

Ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester er en sammenslåing av kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven. Sosialtjenesteloven er tuftet på ideen *om hjelp til selvhjelp* - et bærende prinsipp som også er sentralt i faget sosialt arbeid, hvor endringsarbeid nettopp skal utføres på en slik måte at den enkelte blir myndiggjort til å hjelpe seg selv. I høringsnotatet punkt 6.4.2 og 6.5 legger departementet til grunn at begrepet omsorg i den nye loven skal omfatte tjenester i gjeldende sosialtjenestelovs kap. 4, 4A og 6. Etter vår vurdering innebærer dette betydelige pedagogiske utfordringer.

Begrepet sosiale tjenester er ikke lenger definert og brukt i den nye loven, men departementet har lagt til grunn at omsorgsbegrepet også omfatter det sosialfaglige. Det er Oslo kommunes vurdering at dette kan endre innholdet og forståelsen av tjenesten. Omsorgsbegrepet kan for

eksempel brukes på en relativt marginal gruppe av svært tunge rusmiddelmissbrukere, men er lite egnet i rehabiliteringsarbeid hvor målet er å gi hjelp til selvhjelp, slik at den enkelte blir i stand til i størst mulig grad å kunne delta i samfunnet. Omsorgsbegrepet har et snevrere og mer passivt innhold enn det som er de overordnede intensjonene formulert i lovens formålsparagraf. Dette kan neppe være tilsiktet fra departementet, fordi endringen også kan oppfattes å bryte med tanken om mer brukermedvirkning/ brukerstyring hvor myndiggjøring av bruker og pasient er sentralt.

Det vurderes som uheldig at begrepet sosiale tjenester forlates. Lovforslaget er på mange måter preget av et medisinsk perspektiv, og når det gjelder sosiale tjenester har høringsnotatet et klart hovedfokus på tjenestene som tradisjonelt er knyttet til pleie- og omsorgstjenestene i kommunene. Dette kan medføre at betydningen av arbeidsmåter og faglig perspektiv som preger den øvrige delen av sosialtjenesten undervurderes. Om dette sies følgende i punkt 11.6.6: *"Den kommunale habiliterings- og rehabiliteringstjeneste skal ikke bare være av medisinsk art, men også omfatte den sosiale og psykososiale rehabiliteringen. Det er av sentral betydning at kommunene også opprettholder den sosialfaglige tilnærmingen for å sikre en helhetlig oppfølging av mennesker med psykiske lidelser og rusmisbrukere."* Det er få andre signaler i høringsnotatet som fremhever betydningen av et sosialfaglig perspektiv i tjenestetilbudet. Det er heller ikke beskrevet nærmere hva dette perspektivet innebærer, til forskjell fra det helsefaglige perspektivet. Fagområdet sosialt arbeid er lite omtalt.

Forslaget innebærer at *begrepet sosiale tjenester* avgrenses til økonomisk stønad, akutt bolighjelp og kvalifiseringsprogram, regulert i lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen av 18.12.2009.

Det anføres i høringsnotatet at omsorgsbegrepet kan benyttes både om en type tjenester og måten tjenester blir utført på. Videre at de gjenstående deler av sosialtjenesteloven har fått et tydeligere preg av å være kommunale omsorgstjenester, som på flere områder har gråsoner og likhetstrekk med helsetjenester.

Oslo kommune bemerker at dette ikke kan sies å gjelde de tjenester for rusmiddelmissbrukere som i dag har sin forankring i sosialtjenesteloven. Rusmiddelmissbrukere har behov for et variert spekter av tiltak og tjenester, fra kommunale omsorgs- og/eller rådgivningstjenester til spesialisthelsetjenesten, og behov for samhandling vil stå sentralt. For rusmiddelmissbrukere vil det imidlertid være et like stort behov for samhandling med tiltak knyttet til økonomi, arbeid, boligframskaffelse og bistand til å mestre et selvstendig boforhold. Det vil derfor fortsatt være av stor betydning at kommunens helse- og omsorgstjenester ses i sammenheng med sosialtjenestene som reguleres i NAV. Tjenester og ytelser etter lov om sosiale tjenester i NAV er sentrale for personer med omfattende rusmiddelproblemer, og er et møtepunkt for hjelpeapparatet når det gjelder personer som er vanskelig tilgjengelige for hjelpetiltak. Alle tiltak for rusmiddelmissbrukere som ikke er knyttet til økonomisk rådgivning eller sosialhjelp, kvalifiseringsprogram eller akutte boligtiltak vil i henhold til forslaget være en del av kommunens helse- og omsorgstjeneste. Her kan også nevnes at sosialtjenesten i dag har henvisningsrett til rusbehandling i spesialisthelsetjenesten. Vi kan ikke se at spørsmål om henvisning er omtalt i forslaget.

Sosialt boligarbeid har endret seg mye i løpet av de siste 10-15 årene. Mange velferdsreformer har hatt som mål å bygge ned store institusjoner og bosette flere grupper av vanskeligstilte i egen bolig i sin hjemkommune. Dette har ført til økt behov for mange typer oppfølgingstjenester for å mestre og opprettholde et boforhold. Selv om utfordringene på det boligsosiale området har økt, har lovgivningen på området ikke endret seg. Individuell booppfølging har som mål å hjelpe den enkelte til bedre mestring. Dette aspektet blir borte dersom booppfølging skal inngå under begrepet hjemmetjenester i lovforlagets § 3-2, nr 6 bokstav a. Forslaget ser ut til å legge mer vekt på "hjelp til å gjøre" enn "hjelp til å mestre".

For sosialt boligarbeid, som er et relativt nytt fagområde, vil dette føre til en usynliggjøring i lovteksten. Vi er bekymret for at den manglende synliggjøringen kan føre til en manglende forankring av tjenesteutøvelse (særlig gjelder dette mangel på vedtak om booppfølging) og en manglende prioritering av boligsosiale virkemidler i kommunene.

Oslo kommune foreslår ut i fra dette at lovens navn bør være *lov om kommunale helse- og sosialtjenester*.

Dette vil:

- tydeliggjøre sammenslåingene av de to nåværende lovene
- fremme forståelse av samhandling på tvers av sektorer
- synliggjøre intensjonene som ligger i § 1-1 - den nye lovens formål
- fremme en reell helhetlig tilnærming og syn på brukernes/ pasientenes behov, ikke bare ut i fra en medisinsk diagnostisk definisjon.

I det følgende omtales allikevel loven slik høringsnotatet foreslår: kommunale helse- og omsorgstjenester.

Definisjoner

Lovforslaget har enkelte svakheter ved at det gjør bruk av henvisning til pasientrettighetsloven § 1-3 for å fastsette definisjon av *pasient* og *helsehjelp*. Lovforslaget er derfor lite brukervennlig. Helse- omsorgsloven er en lov som i stor grad vil bli benyttet av ikke-jurister, og utstrakt bruk av henvisning til en annen lov blir da en utfordring. Vi har vanskelig for å se at det ikke er mulig å ha samme definisjon i flere lover. I henhold til Justisdepartementets veileder om lovteknikk bør definisjoner bare benyttes når det er et særskilt behov for å klargjøre begrep som benyttes i loven. Oslo kommune har vanskelig for å se at en henvisning til annen lov ivaretar dette. Det er Oslo kommunes vurdering at definisjon av pasient § 1-3 a) og definisjon av helsehjelp § 1-3 c) bør inntas i lovteksten.

2. Kommunens plikt til å tilby konkrete helse- og omsorgstjenester

Oslo kommune slutter seg til forslaget om at kommunens plikt til å tilby konkrete helse- og omsorgstjenester lovfestes på en profesjonsnøytral måte, og at kommunen gis mulighet for selv å organisere sine tjenester ut fra lokale forhold og behov. Kommunen er innenfor disse rammer forpliktet til å yte et forsvarlig og adekvat tjenestetilbud på basis av den enkeltes behov.

Oslo kommune slutter seg også til at det fremstår som hensiktsmessig og brukervennlig å regulere kommunens plikter i en lov og brukers rettigheter i en annen lov. Vi har imidlertid noen merknader til at brukerbegrepet synes å ha fått et litt uklart innhold, og at pasientbegrepet nok er mer fremtredende enn ønskelig fra et kommunalt ståsted. Departementet bør vurdere å endre pasientrettighetslovens navn slik at det klart fremgår at også brukere som ikke er pasienter har rettigheter i henhold til denne loven.

Dagens lovverk åpner for at kommunen kan inngå avtale med private leverandører om å utføre kommunale helse- og omsorgstjenester. Det vil si at de private leverandører er en del av den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Dette foreslås videreført i den nye loven, men Oslo kommune savner en gjennomgang/vurdering av private leverandørers rolle i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. I høringsnotatet berøres kun fastlegers og fysioterapeuters rolle. Flere og flere kommuner benytter private leverandører (ideelle og kommersielle), også med brukervalg.

Bystyret i Oslo kommune har vedtatt at brukere av praktisk bistand og hjemmesykepleie skal kunne velge mellom kommunal utfører (dvs. bydelens tjeneste) eller privat leverandør med avtale med kommunen. Brukerundersøkelser viser at det å kunne ha dette valget betyr mye for brukerne.

Støttekontakt/personlig assistanse

Dagens ordning med støttekontakt, regulert i sosialtjenesteloven § 4-2 første ledd c) foreslås ikke lenger regulert som en særlig tjeneste, men foreslås omfattet av "personlig assistanse" slik dette foreslås regulert i § 3-2 første ledd nr. 6c. Forslaget innebærer at tjenesten for eksempel kan gis gjennom organisert deltakelse i aktivitetsgrupper og individuelt tilrettelagte tilbud i samarbeid med en frivillig organisasjon. Dette gir kommunen mer å spille på, og større frihet til å velge gode løsninger i samarbeid med brukeren. Oslo kommune støtter forslaget.

Lovforslaget viderefører gjeldende rett ved at brukerstyrt personlig assistanse (BPA) ikke lovfestes som en plikt, men som et tilbud, og at reguleringen gir kommunene adgang til å organisere tjenesten slik det er hensiktsmessig i samarbeid med brukerne.

Omsorgslønn

Oslo kommune ser frem til resultatet av det nedsatte utvalget som skal foreslå løsninger ut fra en mer helhetlig vurdering. Vi deler departementets vurdering om at ordningen slik den er i dag er uklar, og at det er nødvendig å vurdere ordningen opp mot folketrygdens ytelser.

3. Forholdet til forvaltningsloven

Hovedregelen i norsk forvaltningsrett er at tildeling av rettigheter og goder fra det offentlige skal følge reglene i forvaltningsloven og skje i form av enkeltvedtak. Forvaltningsloven regulerer saksbehandlingen i offentlig forvaltning og inneholder viktige rettssikkerhetsgarantier for den enkelte i møte med den offentlige forvaltning. Unntak fra forvaltningsloven må derfor ha en rettslig forankring.

Etter dagens kommunehelsetjenestelov § 2-1 gjelder ikke forvaltningsloven for beslutninger/vedtak om rett til helsehjelp. Ved ytelse av helsehjelp gjelder pasientrettighetslovens saksbehandlingsregler. For vedtak om hjemmesykepleie og vedtak om tildeling eller bortfall av plass i sykehjem eller boform for heldøgns omsorg og pleie gjelder likevel forvaltningslovens regler. Når det gjelder sosialtjenesteloven gjelder forvaltningsloven fullt ut for alle vedtak og alle beslutninger.

Oslo kommune støtter forslaget om å gjøre pasientrettighetsloven gjeldende for all tjenesteyting i kommunen. Pasientrettighetslovens saksbehandlingsregler vil gjelde for alle tjenester som ytes etter den nye loven, ikke bare for rett til helsehjelp. Pasientrettighetsloven skal ivareta pasientenes/brukernes rett til informasjon og medvirkning. Videre er det bestemmelser i helsepersonelloven som ivaretar dokumentasjonsplikten. Pasient/bruker har rett til å klage på alle avgjørelser, og klageretten gjelder også prosessuelle spørsmål og saksbehandlingen.

Bestemmelsen i kommunehelsetjenesteloven § 2-1 foreslås tatt inn i pasientrettighetsloven § 2-7, og det foreslås endringer i saksbehandlingsreglene. Det foreslås å endre grensen for når forvaltningslovens saksbehandlingsregler for enkeltvedtak skal komme til anvendelse, og forslaget innebærer at grensen nå skal settes ved tildeling av tjenester til hjelp i hjemmet eller opphold i institusjon som er ment å vare mer enn to uker.

Beslutninger om rett til helsehjelp etter pasientrettighetsloven skjer som hovedregel innenfor et aktivitetsbasert finansieringssystem, og pasientrettighetslovens saksbehandlingssystem ivaretar ikke i samme grad den totaløkonomiske vurdering som kommunen må gjøre. Det handler bl.a. om likeverdige tjenester, likhet i rett til tjenester, og det å sikre at kommunen også anvender sine ressurser på en samfunnsøkonomisk forsvarlig måte. Kommunen har plikt til å sikre at tildelingen både er nødvendig og rettferdig. Dette ivaretas i dag best gjennom det regelverk som forvaltningsloven gir, og gjennom det system som er etablert for hvem som kan fatte vedtak, hvem som kan binde kommunens ressurser.

Oslo kommune vil ikke gå imot forslag om at det nå skal kunne tildeles hjelp i hjemmet eller plass i institusjon opp til to uker uten at det fattes enkeltvedtak. Oslo kommune har imidlertid vanskelig for å se at forslaget er tilstrekkelig begrunnet til at man kan slutte seg til det. Spesielt gjelder det at departementet har valgt å sette grensen ved tildeling av tjenester for mer enn to uker.

Høringsnotatet sier ingen ting om hvilke tjenester forslaget om endring i saksbehandlingsreglene er ment å omfatte. Videre gis det ingen signaler om hvem som skal fatte beslutninger etter pasientrettighetsloven, og hvem som således kan binde kommunens ressurser. For det handler om tildels store ressurser, også for en periode av to uker.

Oslo kommune ser forslaget i sammenheng med den nye kommunerollen, med overtagelse av oppgaver fra spesialisthelsetjenesten. Det er særskilt behovet for smidighet og raske avgjørelser som kan begrunne en slik endring. Dersom det fra departementets side vurderes som ønskelig at et større antall vedtak skal kunne fattes etter pasientrettighetslovens saksbehandlingsregler, må det avklares nærmere både hvilke tjenester regelverket skal omfatte, hvem som skal gis myndighet til å fatte beslutninger, og ikke minst hvordan det skal finansieres.

Det vil være problematisk å innføre pasientrettighetslovens saksbehandlingssystem for alle vedtak som tildeler rettigheter opp til to uker innenfor et rammefinansieringssystem. Oslo kommune forutsetter i så fall at det innføres tilpassede finansieringsformer. Kommunens virksomhet på helse- og omsorgsområdet er i all hovedsak rammefinansiert. En eventuell aktivitetsbasert finansiering knyttet til beslutninger om rett til hjelp etter pasientrettighetslovens saksbehandlingssystem vil redusere de problematiske sidene ved forslaget.

4. Helsepersonelloven

Det foreslås å gjøre helsepersonelloven gjeldende for alt personell som yter tjenester etter loven. Dette er en regulering som Oslo kommune i utgangspunktet gir støtte til, men det stilles spørsmål til deler av lovforståelsen slik denne er presentert i høringsnotatet.

Kap. 2 krav til personellets yrkesutøvelse – personlig ansvar

Med definisjonen i helsepersonelloven § 3 er også personell som ikke er autorisert definert som helsepersonell og regulert av loven. Forslaget innebærer at lovens bestemmelser om yrkesutøvelsen, om forsvarlighetskravet, og plikt til øyeblikkelig hjelp, informasjon til pasientene m.m. vil gjelde for alt personell i kommunen som yter tjenester etter loven, herunder private tjenesteutøvere som har avtale med kommunen.

Forsvarlighetskravet i § 4 vil få betydning for alle som yter helsehjelp og omsorg etter lovforslaget, uavhengig av profesjons- eller tjenestetilknytning. Bestemmelsen stiller krav til alt personell om plikt til faglig ajourhold, plikt til å vurdere egen kompetanse, til å respektere begrensninger i egen kompetanse, og til å innhente bistand eller vise pasient/bruker videre dersom det er nødvendig.

Helse- og omsorgsdepartementet legger til grunn at lovforslaget innebærer at personell som yter tjenester etter lovforslag vil få et selvstendig ansvar for å ivareta pliktene i forbindelse med yrkesutøvelsen. Departementet forutsetter videre at *"personellet kan ilegges et særskilt rettslig ansvar for tilsidesettelse av plikter knyttet til yrkesutøvelsen, for eksempel advarsel, uavhengig av arbeidsgivers ansvar"*. Det heter videre at dette er gjeldende rett for ansatt helsepersonell uten autorisasjon allerede i dag, og de forutsetter at helsepersonelloven § 56 om advarsel kan omfatte alt helsepersonell.

Oslo kommune er i utgangspunktet positiv til at helsepersonelloven skal gjelde for alt personell som yter tjenester etter den nye loven. Oslo kommune er imidlertid kritisk til departementets lovforståelse om at også ansatt personell skal kunne stilles rettslig ansvarlig for egen tjenesteutøvelse. Rettslig ansvar bør etter vår vurdering knyttes til autorisasjonsordninger, og ikke til ansettelse. I den grad det skal lovfestes et personlig rettslig ansvar for ansatte i kommunen som yter tjenester etter loven, er det helt nødvendig at rettsgrunnlaget er tydelig og udiskutabelt. En generell lovbestemmelse om at *"helsepersonelloven gjelder tilsvarende"* er etter kommunens vurdering ikke tilstrekkelig som rettsgrunnlag for et personlig rettslig ansvar for en rekke nye yrkesgrupper.

Det fremgår heller ikke direkte av helsepersonelloven at gruppen *ansatt helsepersonell* kan stilles personlig til ansvar. Videre fremgår ikke klart i loven at reaksjonsbestemmelsene også gjelder for denne gruppen helsepersonell. Helsepersonelloven § 56 regulerer en reaksjonsform. Bestemmelsen gir ikke i seg selv et rettsgrunnlag for ansvar. Lovgiver har funnet grunn til å fastsette en egen bestemmelse som regulerer *"midlertidige yrkesutøvere"* særskilt, mens gruppen ikke-autorisert ikke er nevnt.

Det bør vurderes om flere sentrale yrkesgrupper innen pleiesektoren også bør underlegges autorisasjonsordninger.

Helsepersonelloven § 5.

Helsepersonelloven § 5 åpner for at helsepersonell i sin virksomhet kan overlate bestemte oppgaver til annet personell hvis det er forsvarlig. Medhjelper er da underlagt helsepersonells kontroll og tilsyn. Departementet omtaler også denne bestemmelsen, og uttaler at den i utgangspunktet gjelder for alt personell som yter tjenester etter lovforslaget, men at den først og fremst er myntet på personell som utfører oppgaver med tilknyttet risiko.

Bestemmelsen gir ikke rettslig grunnlag for bruk av medhjelpere, den regulerer ansvar når helsepersonell benytter seg av medhjelpere. Når alt autorisert helsepersonell har et selvstendig ansvar for sin yrkesutøvelse er det Oslo kommunes vurdering at § 5 ikke får samme betydning som tidligere. Det ansvar som følger med autorisasjonsordningen gir heller ikke grunnlag for ansvar for andre. Enkeltpersonell bør ikke kunne stilles til ansvar for annet personell med mindre de innehar en lederposisjon, og autorisert personell fritas ikke for sitt ansvar ved at noen bruker dem som medhjelpere.

Med opphevelse av legeloven og kvakksalverloven er det ikke lenger slik at bare leger kan yte helsehjelp, og det er heller ikke slik at annet helsepersonell må få tildelt *"myndighet"* til å yte helsehjelp, *"myndighet"* delegert fra leger/annet helsepersonell. Det er hovedsakelig forsvarlighetsnormen som er bestemmende for hvem som kan gjøre hva i helsetjenesten, og bruk av *"medhjelpere"* er således ikke lenger nødvendig. Arbeidsgiver er ansvarlig for å organisere virksomheten forsvarlig, og det er grunn til å vurdere den anledning ansatt helsepersonell har til å bruke medhjelpere. Det er Oslo kommunes vurdering at helsepersonellens anledning til å benytte seg av medhjelpere i sitt arbeid i tjenesten må avklares med arbeidsgiver. Arbeidsgivers styringsrett må gå foran rett til å bruke medhjelpere.

Dette er spørsmål som lenge har vært gjenstand for diskusjon både i tjenesten og i forvaltningen. En utvidelse av lovens virkeområde til også å omfatte alt sosial- og

omsorgspersonale i kommunene krever en avklaring av disse spørsmålene. Det anbefales at problemstillingene drøftes i proposisjonen til ny lov.

Krav til virksomheten – helsepersonelloven § 16

Høringsnotatet viser en rekke steder til hpl § 16. Oslo kommunen finner det nødvendig å påpeke at det vil være tjenesteloven § 4-1c som vil gi det rettslige grunnlag for krav om forsvarlig virksomhet i den kommunale helsetjenesten, ikke hpl § 16. Det gjelder også kommunenes plikt til å organisere virksomheten slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde de plikter de er pålagt. Som hovedregel regulerer tjenesteloven tjenesten, og helsepersonelloven det enkelte helsepersonell. Det kan være korrekt å nevne helsepersonelloven § 16 som en bestemmelse som korresponderer med lovforslagets § 4-1, ikke omvendt. Som nevnt i forarbeidene til helsepersonelloven, er § 16 av organisatorisk art og skiller seg fra lovens øvrige bestemmelser, men som det heter ”den tas inn i loven av pedagogiske årsaker”. Kravet til tjenesten er å finne i tjenesteloven, og det er den som hovedregel bør vises til. Det er viktig når helsepersonellovens virkeområde utvides til å omfatte nye tjenesteområder og nye personellgrupper at skillet mellom helsepersonelloven og tjenesteloven presenteres på en klar og tydelig måte i lovproposisjonen.

5. Kommunelegens rolle – medisinsk faglig rådgiver

Oslo kommune slutter seg til departementets vurderinger når det gjelder å videreføre gjeldende rett knyttet til kommunelegen. Kommunen støtter også vurderingen om at bestemmelsen i kommunehelsetjenesteloven § 3-5 tredje ledd om at kommunelegens tilråding og begrunnelse alltid skal følge saken når kommunen behandler saker om miljørettet helsevern, smittsomme sykdommer og helsemessig beredskap, ikke lenger er nødvendig. Det er Oslo kommunes vurdering at en slik dokumentasjonsplikt følger av forvaltningslovens saksbehandlingsregler. Det er imidlertid viktig dersom bestemmelsen tas bort at grunnlaget for vurderingen omtales i lovproposisjonen. Oslo kommune vil for øvrig påpeke at den mest detaljerte og omfattende beskrivelse av kommunelegens oppgaver i det nåværende lovverket er i smittevernloven § 7-2. Det er flere av disse bestemmelsene som det kan stilles spørsmål ved i forhold til kommunens rett til å organisere egen virksomhet. Etter kommunens vurdering bør det derfor også vurderes endringer i smittevernloven.

Samhandlingsreformens varslede styrking av det lokale folkehelsearbeidet setter store krav til den kommunale ledelse, og her nevnes spesielt behovet for samfunnsmedisinsk kompetanse. Kommunelegene skal inneha samfunnsmedisinsk kompetanse og skal være i stand til å gi kommunen faglige råd i folkehelsearbeidet. Kommunelegen skal jobbe tverrsektorielt og se til at helsemessige hensyn blir ivaretatt også i andre sektorer og se til at det lokale folkehelsearbeidet blir systematisk, kunnskapsbasert og rimelig kostnadseffektivt. Kommunelegens formelle oppgaver og tilknytning til kommunene er grundig drøftet i lovforslaget, og man anbefaler en videreføring av dagens lovfesting av kommunenes plikt til å ha ansatt en kommunelege. Oslo kommune støtter dette forslaget.

Med sitt brede spekter av tilbud og tjenester til befolkningen har kommunene unike muligheter til å drive et tverrsektorielt folkehelsearbeid. Dessuten er kommunene planmyndighet og har muligheter til også å påvirke de fysiske rammebetingelsene som befolkningen lever under (bomiljø, nærmiljø etc). Samhandlingsreformen peker på betydningen av at kommunene får bedre oversikt over grunnleggende lokale helseutfordringer og spisser forebyggingsinnsatsen inn mot tiltak med dokumentert effekt. Disse forhold viser at det er strategisk viktig at man har tilgang på leger med samfunnsmedisinsk kompetanse på dette forvaltningsnivået.

6. Fastlegeordningen – endringer og nye krav til fastlegene

Det gis en omfattende omtale av status og utfordringer knyttet til fastlegeordningen og mulige tiltak for videreutvikling. Det gis imidlertid få konkrete forslag. Etter Oslo kommunes vurdering vil det være nødvendig å komme tilbake til problemstillinger knyttet til ordningen når det foreligger et klarere grunnlag for uttalelse. På et generelt nivå er kommunen enig i mange av departementets betraktninger. Det er Oslo kommunes vurdering at forslag til tiltak for utvikling av fastlegeordningen blant annet må ivareta følgende forhold:

Den nåværende ordningen er overregulert i en komplisert konstruksjon av avtaler mellom Den norske legeforening og ulike parter, jf. høringsnotatets pkt 16.4.1 – 16.4.5. Det kan stilles spørsmål ved hensikten ved flere av disse avtaler. Oslo kommune er enig i vurderinger om at flere forhold som i dag reguleres i avtale bør reguleres i forskrift, og det er vår vurdering at hele avtalekonstruksjonen bør revurderes. Det er den individuelle avtalen mellom den enkelte, selvstendig næringsdrivende fastlege og kommunen som er den grunnleggende avtalen i ordningen. Denne er imidlertid kortfattet og viser i stor grad til bestemmelser i rammeavtalen med Den norske legeforening. Det er juridisk uklart hvilke konsekvenser for den individuelle avtalen eventuelle endringer i rammeavtalen medfører når disse skjer etter at den individuelle avtalen er inngått.

Selv om det er et omfattende avtaleverk er styringsmulighetene for kommunen begrenset. Dette gjelder eksempelvis manglende reaksjonsmuligheter ved mislighold av avtalen. Kommunen mangler også det grunnleggende styringsverktøyet som ligger i finansieringen av tjenesten. Kommunens utgifter til fastlegeordningen bestemmes kun av antall innbyggere i kommunen og det er ingen muligheter for kommunale prioriteringer innenfor “fastlegebudsjettet”. Eventuell utvidet bruk av fastlegene til offentlige legeoppgaver utgjør en tilleggsutgift for kommunen og en tilsvarende reduksjon i fastlegetilbudet uten reduksjon i utgiftene. Oslo kommune kan gi støtte til et forslag om økning av basistilskuddsandelen av legens inntekter, dersom tilskuddet innrettes slik at kommunens styringsmuligheter styrkes.

Det er i dag ikke samsvar mellom det kommunen forpliktes til etter loven og det kommunen kan tilplikte fastlegen. Eksempelvis ivaretar ikke den nåværende ordning på en tilfredsstillende måte behovet for primærlegetjenester til det store antall personer fra andre land som arbeider og oppholder seg i Norge, men som ikke har rett til å stå på en fastleges liste fordi de ikke har folkeregistrert bostedsadresse her. Mange av disse har medlemskap i trygden og således fulle rettigheter overfor både kommunen og spesialisthelsetjenesten, men de opplever å bli avvist av kommunens fastleger, fordi de ikke står på listen. Mange av disse pasientene bruker derfor legevakten til diagnose og behandling som bedre kunne ivaretas i en allmennlegepraksis. Et annet eksempel, som medfører store utgifter for kommunen, er turnuslegeordningen, der kommunen tilpliktes å ta imot turnusleger i fastlegepraksis, men kan ikke selv tilplikte fastlege å ta imot.

Fastlegeordningen med listeansvar har ført til større stabilitet og økt tilgjengeligheten til legetjenesten. Ordningen har medført at fastlegene har et eierforhold til egen praksis og listepasientene sine, og dette individperspektivet er verdifullt, men systemet sikrer ikke gode nok tjenester til tidkrevende pasienter med psykososiale problemer og tilstandene som er blant de hyppigste årsakene til sykemelding og uføretrygd i Norge i dag.

7. Kompetanse, forskning og utdanning

Som ledd i overføringen av tjenester fra spesialisthelsetjenesten og oppbygging av nye tilbud i kommunene, må det etter Oslo kommunes vurdering bygges opp kompetanse i et nært og forpliktende samarbeid mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten. Dette gjelder for kompetanseutvikling, for samhandlingskompetanse og for å kunne utvikle tjenestetilbudet. For å få dette til må kommunene gis rammebetingelser som gjør kommunene i stand til å bygge opp egen kompetanse for derved å kunne utvikle kvalitativt gode tjenester også innenfor nye områder.

En større del av pasientforløpene vil foregå i kommunene. Et krav om en *felles* innsats både i spesialisthelsetjenesten og i kommunene med kompetanseplan/ utvikling vil styrke så vel den faglige og kvalitative tilnærmingen til pasientene/ brukerne så vel som å danne grunnlag for god samhandling.

Det er ønskelig med samarbeid med sentrale myndigheter om kompetansehevende tiltak innen tiltaksområdene som del av etter- og videreutdanning for nøkkelpersonell, og for å sikre myndiggjorte yrkesutøvere.

Departementet foreslår å videreføre nåværende lovregulering (kommunehelsetjenesteloven §§ 6 – 1 og 6 – 2) av kommunenes ansvar for å medvirke til utdanning og opplæring av helsepersonell herunder videre- og etterutdanninger. Med tanke på antall ufaglærte vi har i tjenestene har ikke reglene fungert etter intensjonen. Tanken var at ved å pålegge kommunene en generell plikt til å delta i utdanning av helsepersonell ville en bøte på problemet med mangel på helsepersonell med relevant kompetanse og utilstrekkelige utdanningsmuligheter. Departementet vil komme med en felles forskrift om undervisning og praktisk opplæring i kommunal helse- og omsorgstjeneste og spesialisthelsetjenesten som kan tydeliggjøre og presisere samlet ansvar for foretakenes og kommunenes medvirkning til undervisning og praktisk opplæring av helsepersonell. Dette er Oslo kommune positiv til.

Det er i høringsnotatet nevnt behovet for å øke andel utdannet personell samt økt kompetanse hos helsepersonell. I økonomimodellen som velges må det tas høyde for at kommunene må iverksette tiltak som går utover eksisterende rammer. Kompetanseløftet 2015 tar ikke høyde for de bemannings- og kompetansemessige utfordringene som ligger i samhandlingsreformen. Oslo kommune vil presisere behovet for endring av helsefagarbeiderutdanningen for voksne uten relevant erfaring. Utdanningen av helsefagarbeidere er i dag, med krav til læretid eller 5 års yrkeserfaring, et hinder for rekruttering av voksne arbeidstakere til yrket. Det bør åpnes for en kortere vei for å rekruttere de som i dag hindres av en lang utdanning på dette nivået.

Økt ansvar for folkehelse på kommunalt og fylkeskommunalt nivå bør i større grad diskuteres med henblikk på behovet for spesialkompetanse innen epidemiologi, samfunnsmedisin og folkehelse. Nødvendig fagkompetanse er en forutsetning for å kunne føre arbeidet videre i kommuner og fylkeskommuner.

Noe av kompetansen som det er behov for vil kunne overføres fra dagens spesialisthelsetjeneste når oppgavene overføres til kommunen. Det vil imidlertid også være behov for å utdanne helsepersonell med kompetanse som er skreddersydd for kommunal sektor. Utdanningsinstitusjonene har i stor grad vært rettet inn mot spesialisthelsetjenesten, og det må nå legges mye større vekt på å utdanne personell som er forberedt for fremtidige kommunale oppgaver, med større bredde og kompetanse på de vanligste sykdommene og plagene som rammer flest og koster samfunnet mest. Kommunene behøver personell som har bred kunnskap om eldres helse generelt og geriatri spesielt, samt kompetanse på folkehelsearbeid, inkl prioritering mellom forebyggende tiltak, tidlig intervensjon og kurative tjenestetilbud (etter LEON-prinsippet).

På flere områder er dagens kunnskapsgrunnlag mangelfullt, og det er behov for at man også satser på forskning og utvikling. Det er behov for forskning som kan bidra til å gjøre endringer i utdanningen slik at personellens kompetanse bedre er tilpasset det kommunale behov. Det er videre behov for at forskningen dreies i retning av det som vil være viktig for beslutningstakerne i kommunal sektor som for eksempel effektforskning og ”kost-nytte” analyser av ulike organisatoriske modeller og kurative og forebyggende programmer og tiltak. Forskning på kostnadseffektivitet, eller hvordan vi får mest mulig helsegevinst for flest mulig mennesker ut av hver krone, er viktig kunnskap for de som skal planlegge og prioritere mellom alternative tiltak og tjenestetilbud til befolkningen.

Oslo kommune foreslår at det vurderes å etablere et eget evalueringsforskningsprogram for kommunal sektor der kommunene må samarbeide med kompetente forskningsmiljøer for å få støtte til pilotprosjekter, for eksempel etter modell fra National Institute of Health i USA.

8. Krav om forsvarlige tjenester – kvalitet og pasientsikkerhet

Departementet foreslår å definere ”kvalitet” slik :

i hvilken grad helse- og omsorgstjenestens aktiviteter og tiltak øker sannsynligheten for at enkeltpersoner og grupper i befolkningen får en ønsket helserelatert velferd, og at tjenestene utøves i samsvar med dagens profesjonelle kunnskap

Oslo kommune er positiv til at det gis en felles definisjon av kvalitet for helse- og omsorgstjenestene. Det er imidlertid ikke klart om definisjonen skal si noe om kvalitet både i helsesektoren og i den delen av tjenesten som hovedsakelig omtales som omsorg. Vi finner imidlertid at den foreslåtte definisjonen er svært ”vid” og vanskelig tilgjengelig.

I den grad det skal gis en definisjon av kvalitet – bør det være en definisjon som både tjenesteytere og helsemyndighetene kan få et eierskap til. Den foreslåtte definisjonen vil sannsynligvis kun ha interesse hos særlige deler av helseforvaltningen.

Innføring av krav til systematisk arbeid for å ivareta kvalitet. Forholdet til internkontroll

Oslo kommune kan gi sin tilslutning til at internkontrollforskriften endrer navn til styringssystem for helse- og omsorgstjenestene.

Pasientsikkerhet og meldeordning

Oslo kommune vil be departementet om å vurdere om den kommunale helsetjenesten har behov for en tilsvarende meldeordning som spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 gir grunnlag for ved betydelig personskade. Overføring av oppgaver mellom de to tjenestene kan gjøre det nødvendig, samtidig som også andre deler av den kommunale helsetjenesten bør kunne omfattes av en slik meldeordning.

9. Klageordning/tilsynsmyndighet

Oslo kommune støtter forslaget om en felles klageinstans for alle kommunale helse- og omsorgstjenester og for spesialisthelsetjenesten.

Helsetilsynet er i dag klageinstans for spesialisthelsetjenesten, og kontinuitet, kjennskap til pasientrettighetsloven og helseretten for øvrig er av betydning, og vil etter vår vurdering kunne være relevant for valg av klage/tilsynsmyndighet. Det er imidlertid fylkesmannen som kjenner kommunene best. Helsetilsynet i fylket er imidlertid en integrert i fylkesmannsembetet selv om de i sin rolle som tilsynsorgan er underlagt Statens helsetilsyn, og det burde være mulig å løse et internt samhandlingsproblem intern i dette embetet. Oslo

kommune har på denne bakgrunn ingen særlige preferanser når det gjelder om ansvaret bør ligge hos Helsetilsynet i fylket eller hos Fylkesmannen. Vesentlig er at den som velges behandler alle klagesaker, både kommunens og spesialisthelsetjenestens, og at vedkommende har den nødvendige kompetanse, og den nødvendige tillit hos dem som får sine saker behandlet der.

Oslo kommune gir støtte til forslaget om at overordnet klageinstans kun kan oppheve vedtak og ikke fatte nytt vedtak. En styrket, selvstendig kommunerolle er, slik vi har forstått det, en viktig del av lovreformen. Det er også viktig at klageinstansen er tilbakeholden med å overprøve kommunens "frie skjønn", selv om de ikke fatter egne vedtak.

Det er Oslo kommunes vurdering at kommunens frihet til å velge løsninger innenfor lovens krav ivaretas best med den løsning som foreslås.

Det foreslås også at det bare skal være en klageordning forankret i pasientrettighetsloven, og at den lovpålagte kommunale klageordningen oppheves. Det anføres at det er mulig for kommunen å opprette egne klageorgan innenfor rammen av instruksjonsmyndigheten, og at denne løsningen fortsatt vil være der. Oslo kommune kan ikke se at dette er en god ordning, verken for tjenesteyter eller for brukerne.

Oslo kommune gir sin tilslutning til at det bør være en felles tilsynsmyndighet for alle kommunale helse- og omsorgstjenester, og at dette er samme myndighet som også behandler klager. Et skille her vil kunne være vanskelig å håndtere i praksis.

10. Individuell plan og koordineringsansvar

På individnivå skal individuell plan bidra til å sikre helhetlige, koordinerte og individuelt tilpassede tjenester. Brukernes rett til medvirkning og informasjon slås fast i pasientrettighetsloven kapittel 3. For at retten til medvirkning skal bli reell, er det avgjørende at tjenestemottaker får tilstrekkelig informasjon, og det er viktig at informasjonen er tilpasset den enkelte. Bare slik kan vedkommende få innsikt i sin helsetilstand, innholdet i helsehjelpen og sine rettigheter som pasient og tjenestemottaker.

Det er individets behov som er grunnlaget. Dette må komme tydeligere frem i lovbegrunnelsen og lovteksten. Oslo kommune understreker også at individuell plan fungerer best dersom det etableres en ansvarsgruppe.

For å oppfylle intensjonene i forskriften skal planen utformes i samarbeid med tjenestemottaker. Dette bør fremgå tydelig av lovteksten, jf. formuleringen i sosialtjenesteloven § 4-3a.

Koordinator

Det må skilles mellom koordinatorfunksjonen på systemnivå og individnivå. Det synes i de fleste tilfeller å være hensiktsmessig at koordinatoransvaret tillegges kommunen, og at det foreslås plikt for spesialisthelsetjenesten å delta. Slik det er i dag, har spesialisthelsetjenesten og kommunen det samme ansvaret, noe som gjør ansvarsforholdene uklare og øker faren for at det eksisterer mer enn én plan for hver bruker. Oslo kommune støtter forslaget om at ansvaret legges til kommunen.

Oslo kommune støtter videreføring av intensjonen i forskriften om at en bestemt person skal ha hovedansvar for koordinering og oppfølging av den enkelte tjenestemottaker. I praksis vil dette innebære at vedkommende skal ha en rolle som koordinator, men ikke at vedkommende skal ha et eneansvar for å koordinere.

En koordinerende enhet på systemnivå bør imidlertid ikke få ansvar for å utpeke koordinator. I dagens ordning er det bruker selv som i stor grad skal kunne be om en bestemt koordinator som for brukerne ofte er primærkontakt på institusjon eller på NAV- sosialtjeneste. Brukerne er ofte de mest kompetente til å velge koordinator og brukervalg sikrer at det er en nødvendig allianse mellom bruker og koordinator.

Oslo kommune støtter ikke forslaget om å legge overordnet ansvar for individuell plan til enhet for habilitering og rehabilitering. Dette må kommunene få organisere selv ut fra en vurdering av hva som er hensiktsmessig lokalt. Man ser klart behovet for en koordinerende enhet på systemnivå, men den må inkludere og ha forståelse for helheten i kommunens tjenestoområder. Tilsvarende må de også ha kunnskap om hvilke ansvarsområder som tilligger spesialisthelsetjenesten innen somatikk, psykisk helsevern og rus.

Oslo kommune foreslår følgende endringer i § 7-1. Individuell plan, første ledd:

*Kommunen skal utarbeide individuell plan for pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester etter loven her. **Planen skal utarbeides i samarbeid med tjenestemottaker.** (jf. sosialtjenesteloven § 4-3a.)*

Dersom tannhelsetjenesteloven tilføyes i bestemmelsens annet ledd, vil det bli mye lettere å implementere gode og forpliktende samarbeidsformer for å sikre et helhetlig helsetilbud der også tannhelse inngår. Paragrafen 7-1 2. ledd bør derfor lyde:

*Dersom en pasient eller bruker har behov for tilbud både etter loven her, spesialisthelsetjenesteloven, psykisk helsevernloven eller **tannhelsetjenesteloven**, har kommunen ansvar for å sette i gang arbeidet med planen og for å koordinere planarbeidet.*

11. Avtalebasert lovpålagt samarbeid

Oslo kommune har gjennom de siste årene inngått samarbeid og avtaler med både det regionale helseforetaket og helseforetakene i regionen. Oslo har mange erfaringer med hva gode avtaler betyr for et godt samarbeid. Styrkeforholdet mellom kommune og foretak vil i seg selv ikke påvirkes av denne bestemmelsen. Vi tror imidlertid at en lovfesting av at pasient- og brukerorganisasjoner skal delta i arbeidet kan ha en positiv effekt på styrkeforholdet til pasientenes og brukernes beste. For øvrig er det andre forhold som har større betydning for å sikre partenes likeverdige status.

Det er Oslo kommunes vurdering at en rettslig avklaring av hvilke oppgaver kommunen skal settes i stand til å løse, vil ha stor betydning for styrkeforholdet mellom kommune og helseforetak. Det gjelder særlig bestemmelsen i § 6-2 nr. 3: *Tiltak mot unødvendige innleggelser av pasienter i sykehus*, og nr. 4: *Tiltak for utskrivningsklare pasienter*. Spørsmålet er hvilke innleggelser som skal forhindres, og videre hva som ligger i ”utskrivningsklar”.

Slik rettstilstanden er i dag er det spesialisthelsetjenesten som har definisjonsmakten når det gjelder hvilke oppgaver kommunene kan bli satt til å løse i fremtiden. Det gjelder både i en overordnet, organisatorisk sammenheng, men også når det gjelder den enkelte pasient. Når helseforetakets medisinske kompetanse er den eneste som kan beslutte når behandlingen av pasienten kan avsluttes i helseforetaket, da er styrkeforholdet mellom partene ujevnt allerede i starten. En lovfestet plikt til å inngå avtale påvirker ikke dette i særlig grad.

Oslo kommune savner, og etterspør, en rettslig avklaring av hvilke deler av spesialisthelsetjenesten det er ønskelig at kommunene skal utvikle sine tilbud innenfor. Denne grenseoppgangen er det nødvendig at departementet som øverste helsemyndighet gir en nærmere avklaring av. Dette er nødvendig også for å avklare spørsmål om når pasientene kan være utskrivningsklare.

Oslo kommune slutter seg ikke til forslaget om at Helsedirektoratet skal ha noen rolle knyttet til inngåelse av lokale avtaler. Både tvisteløsningsordning og eventuell mekling mellom partene bør det være partenes ansvar å finne løsninger på.

Oslo kommune vurderer det slik at det er behov for bedre virkemidler for å løse konflikter og samarbeidsproblemer dersom avtalene skal få den rolle de er tiltenkt som virkemiddel i samhandlingsreformen. Oslo kommune etterlyser derfor en drøfting av hvordan tvisteløsninger kan avtales og organiseres lokalt. Det er behov for klar avgrensning av hva som kan legges til beslutning hos et tvisteløsningsorgan partene oppretter selv, gjennom avtale, og hvor grensen går for hva som eventuelt kan besluttes av andre enn partene selv. Det vil også være behov for en avgrensning av tvisteløsninger mot pasientrettighetene og de klageordningene som er regulert der, da tvister gjerne omhandler organisering eller finansiering av behandlingstilbud til enkeltpasienter.

Helse Sør-Øst RHF og Oslo kommune har utviklet samarbeidsavtale på overordnet nivå. Videre er det inngått avtaler mellom helseforetak i regionen og kommunen. Det er under etablering tvisteløsningsordninger, og både disse og avtalene er gjenstand for kontinuerlig revisjon og utvikling. Dette arbeidet styrker samarbeidet og den gjensidige forståelsen.

Avslutningsvis kan bemerkes at formuleringen i § 6-1 i lovutkastet om at "kommunestyret selv" skal inngå avtalene, bør endres slik at det ikke fastsettes en delegasjonssperre. Avtaleplikten bør legges til kommunestyret, men det må være opp til den enkelte kommune selv å velge hvor myndighet til inngå avtaler med helseforetakene skal ligge. Når det gjelder Oslo kommune kan nevnes at både byråd, og virksomheter i kommunen har inngått avtaler med helseforetakene, og det er avgjørende for videre arbeid at dette også er mulig når den nye loven trer i kraft.

12. Økonomisk ansvarsfordeling mellom kommuner – oppholdsprinsippet

Departementet foreslår ikke å videreføre prinsippene i sosialtjenesteloven § 10 -1 annet ledd, men gjør oppmerksom på adgangen til å forskriftsregulere refusjon, jf. punkt 28 i høringsnotatet. Etter Oslo kommunes vurdering er det viktig at eksisterende ordning videreføres i form av forskrift, slik at det fortsatt blir anledning til å henvise søker til bostedskommune eller søke refusjon fra bostedskommunen. For eksempel har Oslo mange tilreisende med påbegynnende eller langtkomne rusproblemer og erfarer at spesielt mange unge kommer til Oslo for å oppsøke et misbrukermiljø. Oslo samarbeider derfor i dag med hjemkommunen for å få disse til å reise til hjem og motta hjelp der. Det er også mange spesialisthelsetjenestestrukturer som geografisk ligger i Oslo, med nedslagsfelt for alle kommunene i Helse Sør-Øst. Oslo kommune vil få sine utgifter uforholdsmessig økt hvis ikke mulighet for hjemsendelse og refusjon fortsatt sikres gjennom forskrift.

Egenbetaling/vederlag

Departementet finner det mest hensiktsmessig å foreslå en generell hjemmel for egenandeler i loven, kombinert med egen forskriftshjemmel for nærmere utfylling av regelverket. Departementet har igangsatt et arbeid med sikte på å forenkle regelverket. I denne sammenheng bør også forholdet til vederlagsordningen vurderes.

I Oslo benytter for eksempel Rusmiddeletaten en ordning med egenbetaling (satsene fastsettes av Bystyret) for kost og losji i de fleste av sine institusjoner i stedet for vederlag. En egenbetalingsordning der bruker innbetaler sin egenbetaling er en mer aktiv og normaliserende ordning enn en vederlagsordning hvor en passivt blir trukket.

Det er viktig at lovens generelle bestemmelse også favner en slik ordning inntil forskriftene blir utarbeidet, og at det tas hensyn til dette ved forskriftsarbeidet.

13. Kommunal medfinansiering av innleggelse/behandling i sykehus

En av hovedutfordringene for samhandling i helse- og omsorgstjenestene i dag er at de to nivåene har svært ulike vilkår for sin aktivitet.

I sykehusene har det de senere årene vært en varierende grad av aktivitetsbasert finansiering som i første rekke belønner behandlingsaktiviteter. I takt med at liggetid reduseres og større andel av behandlingsoppgavene løses poliklinisk, reduseres sengetallet i sykehus. Dette er en ønsket utvikling, men har samtidig som effekt at kostnadene per sengedøgn blir svært høye. Dette forsterker tendensen til at alt annet enn livsnødvendig behandling skal skje utenfor sengepostene. Sykehuset har definisjonsmakt til å bestemme hvem som får bli eller forblir pasient i sykehuset, og har sterke incitamenter til å "tømme sengen" og klargjøre for en ny pasient.

Den kommunale pleie- og omsorgstjenesten får stadig flere pasienter med ulike behov for oppfølging etter ulike sykehusprosedyrer, men mangler aktivitetsbasert finansiering. De kommunale tjenestene er rammefinansiert, og incitamentet er først og fremst knyttet til å holde kostnadene under kontroll. Muligheten for å klare det er først og fremst å begrense antallet brukere og omfanget av tjenester som skal tilbys. En del av tjenesten må således hele tiden forsøke å begrense sin innsats til det de økonomiske rammene kan dekke, mens andre deler av systemet (fastleger og sykehus) har incitamenter til å øke egen inntektsgivende aktivitet, for deretter å overlate oppfølging og omsorg for pasientene til de kommunale omsorgstjenestene.

Oslo kommune merker seg at departementet har en forsiktig tilnærming til spørsmålet om medfinansiering. Den omtales som "et insentiv for kommunene til å vurdere hvordan egen innsats kan påvirke forbruket av spesialisthelsetjenester, og motivere kommuner og helseforetak til å samarbeide". Etter Oslo kommunes vurdering bør hovedmålet på sikt for medfinansiering være å gi et reelt skift i maktforholdene mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten ved at kommunen får en klar rolle som bestiller av tjenester til egne innbyggere. Dette kan begrenses til en bestemt del av helsetjenesten, men innenfor området der kommunen har et finansieringsansvar må dette være tilstrekkelig til at det er mulighet å påvirke spesialisthelsetjenestens aktivitetsnivå. Erfaringer fra Danmark tilsier at den foreslåtte andelen av medfinansiering på 20 % er for liten til å ha slik innvirkning.

Kommunal medfinansiering foreslås som et virkemiddel for å gi kommunene større handlingsrom økonomisk ved at pengene i første omgang tildeles til kommunen – som så kan velge å etablere tjenester i egen regi eller betale en andel av kostnadene for sykehustjenester.

En kommunal medfinansiering på 20 % kan kun gi tilsiktet effekt dersom følgende to forutsetninger oppfylles:

1. Kommunen er fem ganger så effektiv som sykehuset – ellers kan vi ikke gi alternative tilbud for de ressursene som stilles til rådighet
2. Sykehuset reduserer sin aktivitet tilsvarende den aktiviteten som etableres i kommunen – hvis ikke må vi fortsatt dekke 20 % medfinansiering for samme aktivitetsvolum

En kommunal medfinansiering på 20 % – uavhengig av hvilke avgrensinger man velger for målgrupper, diagnoser eller annet, vil derfor sannsynligvis føre til et av to resultater: enten en endring i pengestrøm uten realitetsendring, eller at kommunens oppgaver og kostnader øker.

Oslo kommune er positiv til at man søker å utjevne ulikevekten mellom spesialisthelsetjenesten og de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Første forutsetning for et vellykket forsøk med medfinansiering, slik Oslo kommune ser det, er at medfinansieringsandelen økes til 100%, hvilket vil si at kommunen gis et sørge-for/bestilleransvar, og alle ressursene knyttet til et tjenesteområde som i dag besørges av spesialisthelsetjenesten. Da må kommunen ha ansvaret for å organisere et tjenestetilbud som hindrer unødvendige sykehusinnleggelser og samtidig ha ansvaret for at pasientene får oppfylt sine rettigheter til adekvat og faglig forsvarlig behandling.

Departementet har i høringsnotatet lagt hovedfokus på to modeller hvorav den ene er en aldersbasert modell for somatiske pasienter over 80 år. Det er Oslo kommunes vurdering at det verken er etisk, politisk eller faglig grunnlag for å innføre ulike finansieringsordninger for offentlige helsetjenester avhengig av pasientens alder. Det at statistikk på befolkningsnivå viser forskjeller i sykdomsbildet og helsetjenestebruk mellom personer under og over en vilkårlig aldersgrense betyr ikke at det er forskjell mellom de enkelte pasienters helsetjenestebehov.

Den andre modellen omtales i ulike formuleringer forskjellige steder i høringsdokumentene og det synes uklart om modellen som foreslås gjelder (alle) medisinske innleggelser/ behandlinger eller om den er tenkt avgrenset etter diagnose. Etter Oslo kommunens vurdering er imidlertid avgrensing av en medfinansieringsordning etter diagnose ikke tilrådelig. Pasienter kan ofte ha flere eller uklare diagnoser og behandles samtidig eller konsekutivt for forskjellige tilstander. Erfaringer med diagnosesetting innen DRG-ordningen viser noen av problemstillingene som kan oppstå når diagnose knyttes til finansiering. Kommunal medfinansiering basert på diagnose vil gi spesialisthelsetjenesten et økonomisk incentiv til å sette en diagnose kommunen har "medansvar" for. Ordningen vurderes dessuten å være komplisert å administrere og å kunne oppfattes av pasienter som en oppdeling i "A- og B-diagnoser". Med bakgrunn i dette er det Oslo kommunes vurdering at formuleringen i forslaget § 11-3 må endres.

Oslo kommune slutter seg til departementets vurderinger om at rehabilitering kan være et egnet område for kommunal medfinansiering. Etter Oslo kommunes vurdering er dette et område som ville egne seg for et prøveprosjekt der kommunen overtar bestilleransvaret.

Ca. 60 % av sykehusinnleggelsene skjer etter henvisning fra spesialisthelsetjenesten selv. Ca 20 % er øyeblikkelig hjelp innleggelser. Kun ca 20 % av sykehusets innlagte pasienter henvises fra primærhelsetjenesten. En forventning om at kommunen i større grad skal innta en rolle som "gatekeeper" må derfor korrespondere med en sterkere grad av definisjonsmakt i kommunene. Denne kan være av faglig og/eller økonomisk karakter. Målet må være å hindre unødvendige innleggelser.

Oslo kommune v/Legevakten driver i dag en observasjonspost for inntil 24 timers opphold. Driften er forankret i avtale mellom Oslo kommune, Oslo universitetssykehus og Helsedepartementet. Kommunen organiserer driften av posten og mottar et fast beløp som dekker denne. Oslo universitetssykehus sørger for medisinsk legespesialist. Oslo universitetssykehus står også for innkreving av DRG for pasientene som innlegges på posten. DRG-inntektene dekker nær 97 % av driftskostnadene ved posten, som omfattet ca. 7250 innleggelser i 2010. Ved utskrivning ble 77 % av pasientene utskrevet til hjemmet, og 23 % ble innlagt i sykehus etter en avklaring av situasjonen.

Observasjonsposten ved Legevakten i Oslo er et eksempel på at kommunen er i stand til å inneha en faglig forsvarlig "gatekeeperfunksjon" og avlaste for unødvendige sykehusinnleggelser, og at aktivitetsbasert finansiering kan virke også på det kommunale området. Oslo kommune vil derfor anbefale at grader av aktivitetsbasert finansiering vurderes også for kommunale tjenester, særskilt knyttet til ansvar for de akutttilbud som kommunen forventes å utvikle med utgangspunkt i pasientrettighetsloven, og hvor beslutninger for en 14-dagersperiode skal kunne fattes i klinisk virksomhet og utenfor den ordinære pleie- og omsorgsforvaltningen.

14. Kommunalt finansieringsansvar for utskrivningsklare pasienter

Kommunene har allerede i dag et økonomisk ansvar for utskrivningsklare pasienter, og Oslo kommune har avtaler med helseforetakene om hvordan utskrivningen skal håndteres. Oslo kommune ser positivt på at det foreslås å gi kommunene økonomiske midler til å håndtere de utgiftene som et slikt betalingsansvar vil kunne gi. Det er imidlertid så vidt mange uavklarte problemstillinger knyttet til "de utskrivningsklare" at Oslo kommune vil gå imot forslaget slik det er formulert og presentert i dag.

Det er fortsatt utydelig hvilke oppgaver kommunen forventes å ta ansvar for i stedet for eller etter sykehusopphold. Betalingsansvar fra første døgn for utskrivningsklare pasienter og etablering av døgnkontinuerlige akutttilbud er de konkrete områdene som er beskrevet. Før dette innføres er det viktig å sikre seg tilstrekkelig klarhet i og kontroll over utskrivning av ferdigbehandlede pasienter med fullt betalingsansvar for kommunene fra første døgn. Reelle døgnpriser er vesentlig høyere enn i dagens oppgjørsordning. Mangel på symmetri mellom nedtrapping i stat og opptrapping i kommune, vil kunne føre til opphoping av ferdigbehandlede pasienter i sykehus med omfattende betalingsansvar for kommunene.

Det er vanskelig å trekke en grense mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Det vil imidlertid alltid være spesialisthelsetjenesten som definerer hvor grensen går. Vanskeligheten ligger hovedsaklig i at en pasient regnes som kommunens ansvar når spesialisthelsetjenesten har erklært at de har ferdigbehandlet pasienten eller ikke har mer å tilby. Som det uttrykkes innledningsvis i kap. 31 "At en pasient er definert som utskrivningsklar fra sykehus innebærer at pasienten er ferdigbehandlet i spesialisthelsetjenesten". Oslo kommune er kritisk til den forutsetning som ligger i denne definisjonen.

Det er nødvendig med en klarere grenseoppgang både når det gjelder dagens ansvar, og hvilke fremtidige endringer som skal gjøres i dette ansvaret. Grenseoppgangen må få en klar rettslig forankret avklaring før kommunene kan gis et finansieringsansvar for utskrivningsklare pasienter slik det foreslås i høringsnotat. Oslo kommune avventer det forskriftsutkast som er lovet på området.

15. Elektronisk samhandling – helseregisterloven

Departementet foreslår at krav om dokumentasjonsplikt som er nedfelt i helsepersonelloven skal gjelde for alt personale i tjenesten, ikke bare helsepersonell. I tillegg til det foreslår departementet at det skal innføres et krav om at all dokumentasjon og kommunikasjon av helseopplysninger skal skje elektronisk. Dokumentasjonsplikten og kravet om elektronisk dokumentasjon og kommunikasjon vil også gjelde private som etter avtale med kommunen yter tjenester etter ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. Det innebærer at personopplysninger for alle tjenestene etter den nye loven skal reguleres av helseregisterloven.

Oslo kommune slutter seg i utgangspunktet til disse forslagene, da vi tror det vil være vanskelig å tilby et samordnet og helhetlig helse- og omsorgstjenestetilbud dersom de ulike handlinger som tilbudet krever er underlagt forskjellige regler for behandling av personopplysninger

Departementet foreslår også å pålegge enkelte funksjonskrav og bruk av standarder. Vi støtter også dette forslaget, og det er Oslo kommunes vurdering at det bør stilles funksjonskrav og krav til standard på selve arkitekturen, meldingsbærerene, adressering, signering og til den enkelte meldingstype.

Helseregisterloven har som utgangspunkt at samhandling mellom ulike rettssubjekter skal skje via elektronisk meldingsutveksling, ikke ved bruk av et felles journalsystem. Dette gir kommunen store utfordringer. Elektronisk meldingsutveksling mellom kommunen og de private pleie- og omsorgsleverandørene som kommunen har avtale med, vil ikke kunne ivareta informasjonsbehovet på en tilfredsstillende måte. Til det er behovet for å dele informasjon for stor og for vanskelig å forutsi. I Oslo kommune leveres ca 1/4 av helse- og omsorgstjenestene av private og ideelle leverandører, og andelen er økende. Mange mottar tjenester både fra kommunen og private, og noen mottar sågar samme tjeneste fra både kommunale og private (hjemmesykepleie fra private på dagen og fra kommunen på natten). Med lovendringene, hvor alle tjenesteytere etter helse- og omsorgsloven skal ha en dokumentasjonsplikt vil problemet få en ny dimensjon.

Skulle elektronisk meldingsutveksling gi partene sikker tilgang til den informasjonen som er nødvendig, måtte meldingsrutinene automatiseres. En slik løsning ville ikke bidra til å bedre informasjonssikkerheten, men den ville gi en rekke nye utfordringer. Den ville blant annet skape ny overskuddsinformasjon fordi opplysningene ville være tilgjengelige for de private tjenesteyterne også etter at de hadde sluttet å yte tjenester til brukeren og den ville skape uoverskuelige problemer knyttet til brukere som bytter tjenesteleverandør underveis.

De interne kommunikasjonsutfordringene i pleie og omsorgstjenestene i Oslo er løst ved at både kommunale, private og ideelle tjenesteytere er pålagt å dokumentere i kommunens felles pleie- og omsorgssystem. Oslo kommune har jobbet systematisk med innføring av et slikt system i mange år, for å sikre et samordnet og helhetlig helse- og omsorgstilbud til kommunens befolkning. Personvernet er ivaretatt gjennom tilgangsstyring. Det gis kun tilgang til de pasienter/bukere som tjenesteyter har ansvar for, og til de opplysninger som vedkommende faglig sett har behov for.

Helseregisterlovens regelverk er komplisert og vanskelig tilgjengelig. Oslo kommune har derfor tidligere gjort flere forsøk på å ta opp spørsmålene med helsemyndighetene. Senest kan vi vise til brev til Datatilsynet i 2006, og videre til Helsedirektoratet i 2007. Kommunen har reist spørsmål om hvorvidt og på hvilke vilkår et felles dokumentasjonssystem for pleie og omsorgstjenesten vil kunne operere i tråd med loven og lovens intensjoner. Kommunen har i oktober 2010 mottatt signaler om at det ikke er mulig med et felles system, men vi har fortsatt ikke fått et svar i saken.

I kommuner med stort innslag av privat tjenesteyting er de interne kommunikasjonsutfordringene mellom kommunen og de leverandørene kommunene har inngått avtale med, vel så store som de eksterne kommunikasjonsutfordringene med sykehus og fastleger. Flere typer kommunale tjenester ytes parallelt, og av ulike tjenesteleverandører. Uten nødvendig samordning internt blir det vanskelig å oppnå bedre samordning eksternt. Oslo kommune har vanskelig for å se at det er mulig å løse disse utfordringene innenfor de rammer som helseregisterloven setter i dag. Utvidelse av dokumentasjonsplikten til nye personellgrupper og pålegg om elektronisk dokumentasjon og kommunikasjon, vil bidra til å forsterke problemene. Det skapes de samme problemene på kommunalt nivå som det brukes store

ressurser på å løse på nasjonalt nivå. Det er derfor behov for avklaringer av både faktisk og rettslig art før den foreslåtte lovendringen kan tre i kraft. Oslo kommune kan ikke se at disse problemstillingene er berørt i tilstrekkelig grad i høringsnotatet.

16. Opphevelse av § 7-11 i sosialtjenesteloven

I høringsutkastets punkt 20.5.7 s. 268 forslår departementet å ikke videreføre sosialtjenesteloven § 7-11. Begrunnelsen som anføres er at det er gitt detaljerte bestemmer i lovforslagets kap. 9 om rettssikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor personer med psykisk utviklingshemming og at det er vedtatt regler i pasientrettighetsloven kap. 4A om helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen.

Lovreguleringen som departementet referer til omfatter ikke gruppen rusmiddelmissbrukere, og bestemmelsene anses for generelle til å fange opp relevante problemstillinger for denne gruppen. Oslo kommune har mange bo- og omsorgsinstitusjoner og er bekymret for bortfallet av denne paragrafen. Det føres tilsyn med institusjonene på forhold som reguleres av § 7-11 for å sikre at institusjonene driver sin praksis i tråd med lovens krav. Som departementet selv påpeker i høringsutkastet under punkt 21.2.3, s 271, krever ethvert inngrep overfor enkeltmennesket, at det foreligger et rettslig grunnlag. I følge høringsnotatet kan brukers samtykke være et slikt rettsgrunnlag, men regulering av forholdene i lov og forskrift sikrer en helhetlig praksis og vil dermed være en fordel både for kommunen og brukere. Det er viktig at det ikke sår tvil om kommunen har hjemmel til å videreføre dagens praksis, som vi anser som en forutsetning for drift av institusjoner for rusmiddelmissbrukere.

Oslo kommune finner det uheldig at sosialtjenesteloven § 7-11 ikke foreslås videreført. I institusjoner med rusfritt mandat vil det kunne være behov for ransaking etter illegale rusmidler. Det bør sikres en praksis hvor dette foregår forsvarlig, med klageadgang, protokollføring med mer, og som det kan føres tilsyn med. Høringsnotatet fremmer økte brukerrettigheter, men bortfall av § 7-11 vil svekke brukersikkerhet og rettigheter.

17. Politiattest

Etter gjeldende kommunehelsetjenestelov og sosialtjenestelov skal det innhentes politiattest fra helsepersonell og ansatte i sosialtjenesten som yter tjenester til barn eller utviklingshemmede. Departementet foreslår å utvide personellgruppen til også å gjelde private leverandører som gir tjenester til disse gruppene og oppdragstakere som for eksempel støttekontakter, avlastere og lignende. Oslo kommune støtter dette forslaget.

Oslo kommune foreslår i tillegg å utvide pasient-/brukergruppen til også å gjelde eldre med nedsatt funksjonsevne og/eller psykisk syke. Etter vår vurdering er dette svake grupper, og nyere kunnskap viser at disse gruppene også har behov for bedre beskyttelse mot overgrep og utnyttelse. Oslo kommune ber departementet vurdere om politiattesten også kan omfatte grov voldskriminalitet. Selv om en politiattest aldri vil gi en fullstendig trygghet mot overgrep kan et krav om politiattest ha en forebyggende effekt og hindre uønskede søkere.

Det er videre Oslo kommunes vurdering at eldre, psykisk syke og utviklingshemmede også har behov for beskyttelse mot andre former for kriminalitet, bl.a. vinningskriminalitet. Dette er svake grupper som trenger en særlig beskyttelse mot økende antall tyverier og bedragerier. Vi ber om at departementet vurderer om regelverket på dette området er godt nok, og om det er mulig å utvide området for politiattestene til også å omfatte enkelte former for grov vinningskriminalitet.

18. Forslag til ny folkehelselov

Det foreslås lovfestet at kommunen skal ha oversikt over helseutfordringene og at disse utfordringene skal danne grunnlag for strategier, mål og tiltak som forankres i planprosessene etter plan- og bygningsloven.

Det er i plan- og bygningsloven allerede fastlagt at planlegging etter loven skal fremme befolkningens helse og motvirke sosiale helseforskjeller. Bestemmelsene for regional planstrategi gir den regionale planmyndigheten i oppdrag å ta stilling til hvilke spørsmål som skal tas opp gjennom videre regional planlegging. Tilsvarende bestemmelser gjelder for kommunal planstrategi og kommuneplan.

Etter Oslo kommunes vurdering er det ikke formålstjenlig å innføre nye detaljerte bestemmelser i tillegg til det som allerede følger av plan- og bygningsloven. Oslo kommune gjennomfører planprosesser der helsespørsmål blir trukket inn i en bred sammenheng. Som kommune med fylkeskommunale oppgaver har Oslo kommune en særlig mulighet til å se helsemessige hensyn i bred sammenheng.

Formuleringen i § 4 tredje ledd hvor ”kommunen skal medvirke til at helsemessige hensyn blir ivarettatt av frivillige organisasjoner”, er uheldig. Kommunen skal være åpen for å involvere frivillige organisasjoner i folkehelsearbeidet, men helsemessige hensyn er ikke nødvendigvis en primæroppgave for frivillige organisasjoner.

Det vil styrke det miljørettete helsevernet at det i forskrift kan fastsettes et overtredelsesgebyr som beskrevet i § 17 i lovteksten til ny folkehelselov.

Krav til samarbeid, helseovervåkning og statistikk i lovforslaget vil ha betydelige økonomiske og administrative kostnader som det ikke er tatt høyde for i høringsnotatet. De økte kravene som stilles på folkehelseområdet medfører merkostnader for kommunene/fylkeskommunene både ressurs- og kompetansemessig. Vi kan ikke se at det er tatt høyde for det i lovforslaget.

19. Økonomiske og administrative konsekvenser

Det er etter Oslo kommunes vurdering et gjennomgående problem med lovforslagene at økonomiske og administrative konsekvenser bagatelliseres i høringsnotatene. Det gjelder både utkast til ny folkehelselov, den delen av lovforslaget som regulerer sammenslåing av kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven, men også det som mer direkte er knyttet til selve samhandlingsreformen. Som eksempel kan nevnes utvidelse av virkeområdet for både helsepersonelloven og pasientrettighetsloven. Rettsendringene får konsekvenser for plikter og ansvar for en stor gruppe privat personell. Det er Oslo kommunes vurdering at mange av de rettslige endringene krever mye arbeid for å sikre en vellykket implementering. Det foreslås imidlertid ingen midler for å gjennomføre nødvendige tiltak. Det samme gjelder de administrative konsekvenser av en ny, styrket kommunerolle.

Det skisseres en ordning for økt kommunalt ansvar og økt kommunal aktivitet både før, i stedet for og etter sykehusbehandling. Forventningen om at forebyggende innsats i kommunene vil redusere behandlingsbehov på kort sikt mener Oslo kommune er overdrevet. Effekten av forebyggende arbeid er vanskelig å dokumentere – og det må under alle omstendigheter forventes at effekten først vil vises etter mange år.

Det er fortsatt utydelig hvilke oppgaver kommunen forventes å ta ansvar for i stedet for eller etter sykehusopphold. Betalingsansvar fra første døgn for utskrivningsklare pasienter og

etablering av døgnkontinuerlige akuttilbud er de konkrete områdene som er beskrevet. Før dette innføres er det viktig å sikre seg tilstrekkelig klarhet i og kontroll over utskrivning av ferdigbehandlede pasienter med fullt betalingsansvar for kommunene fra første døgn. Oslo kommune vurderer det slik at overtakelse av utskrivningsklare pasienter innebærer en stor økonomisk risiko for kommunen. Denne er imidlertid vanskelig å beregne. Avhengig av hvilken andel av de totalt 150 000 UK-meldte liggedøgn som legges til grunn, og hvilken døgnssats som benyttes kan kommunen forvente økte overføringer i størrelsesorden 50-150 mill kroner.

Det vil være behov for ledig kapasitet i perioder for å fange opp svingninger i behov. Med utgangspunkt i 80 % belegg i gjennomsnitt vil behovet i Oslo kunne tilsvare et sted mellom 50 og 120 døgnplasser. Disse vil, avhengig av behov for ressursinnsats (personell) ha en driftskostnad i intervallet 40 - 120 mill kroner, eksklusiv kapitalkostnader. Dette forutsetter imidlertid at spesialisthelsetjenesten reduserer sin aktivitet tilsvarende det kommunen etablerer, og at terskler/tidspunkter for UK-meldinger ikke forskyves ytterligere.

Oslosykehusenes uttalte målsettinger er imidlertid å redusere liggedøgn ytterligere – og erfaringer blant annet fra Trondheim, tilsier at det er dette som skjer. Til tross for stor ressursinnsats fra kommunens side blant annet i Øya helsehus, er antallet UK-meldte ikke redusert vesentlig. Den økonomiske risikoen for Oslo kommune vil altså være stor på driftssiden, og dessuten tilkommer det behov for investeringer til inntil 120 døgnplasser à 3 millioner per plass.

I lovutkastet vises det til at kommunene bør kunne overta om lag 10 % av heldøgntilbudet og 10 % av det polikliniske tilbudet på sykehusene. Dekning for dette foreslås ved å øke kommunens frie inntekter og gjennom at kommunen inngår avtale med sykehusene om å utføre oppgaver på vegne av begge parter. Det bør legges til grunn at kommune og stat vil kunne ha både felles og motstridende mål samtidig. Det bør derfor utformes finansieringsordninger som sikrer at kommunene ikke kommer tapende ut av denne reformen. Når det gjelder overtakelse av enkelte oppgaver er det sannsynlig at sykehusene vil bygge ned sine tilbud raskere enn kommunene klarer å bygge opp alternativer. Med dette menes både at sykehusene avviker tilbud raskere enn hva som følger av fremdriftsplaner og vedtatt ressursoverføring, og at det tar lengre tid for kommunene å bygge opp et tilbud som de i og for seg har fått finansiert. Dette tilsier at reformen bør innføres gradvis og ved at det først investeres i utvikling av tjenestetilbud i kommunene. Slike pukkelkostnader bør finansieres ved økte rammeoverføringer eller, om ønskelig, som øremerkede omstillingsmidler. Dette gjelder både forebyggende tiltak, tiltak som skal erstatte poliklinisk- og heldøgntiltak i sykehusene, og rehabiliteringstiltak.

Oslo kommune forstår lovforslaget slik at det vil være rom for at kommunen og helseforetakene/sykehusene selv kan bidra til å definere grenseoppgangen mellom tjenestenivåene på ulike områder, for eksempel gjennom felles planlegging av ulike pasientforløp – fra hjem til hjem – inkludert en midlertidig ”utskrivning” til spesialisthelsetjenesten. Det må bety at reformen skal gi rom for at det utvikles ulike modeller i ulike kommuner og i tilknytning til ulike sykehus. Oslo kommune mener at det er positivt, fordi man på denne måten kan tilpasse det samlede helsetjenestetilbudet til de ressurser og den kompetanse som finnes eller kan etableres i ulike deler av tjenesten. Oslo, som storby og landets hovedstad, har allerede utviklet grader av spesialisering av primærhelsetjenesten – og må forutsettes å kunne ta større ansvar enn små kommuner vil være i stand til på egen hånd. Det er derfor avgjørende viktig at også øvrige rammevilkår, og spesielt finansieringsmodeller, innrettes på en slik måte at like vilkår gjelder for finansiering av et tjenesteområde uavhengig av hvilket tjenestenivå som står for utførelsen.

Det er og vil alltid være gråsoner mellom kommunens ansvar og spesialisthelsetjenestens ansvar. Et rettslig vern for kommunen vil kunne redusere faren for en ikke-styrt eller uønsket og utilsiktet ansvars- og kostnadsoverveltning på kommunene, og bør vurderes.

I utkast til ny folkehelselov foreslås en konkretisering og innskjerping av det kommunale ansvaret for å skaffe seg oversikt over befolkningens helsetilstand og påvirkningsfaktorer for denne, og drive helseovervåkning. Oslo kommune forventer at det gjøres en ny vurdering av hvilke konsekvenser dette vil få for kommunenes behov for fagkompetanse og øvrige ressurser. Forutsetningen om at de nye oppgavene ikke vil medføre økonomiske og administrative konsekvenser er urealistisk.

Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester, den 25. JAN 2011


Anniken Hauglie

Vedlegg tilgjengelig på Internett:	Ingen
Vedlegg ikke tilgjengelig på Internett:	Ingen