



HØRINGSUTTALELSE

fra

Tønsberg kommune

om

SAMHANDLINGSREFORMEN

forslag til ny

- *lov om kommunale helse- og omsorgstjenester*
- *folkehelselov*

Høring hovedpunkter i Samhandlingsreformen – høringsgrunnlag:

- ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester
- ny folkehelselov
- nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015)

Innhold

Ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester	3
Harmonisering av den kommunale helse og sosiallovgivning	3
1. Generelt om lovforslaget og konsekvenser	3
2. Sammenslåing av kommunehelsetjeneste- og sosialtjenesteloven	3
3. Begreper i ny lov:	4
4. Kommunale helse- og omsorgslovs virkeområde	4
5. Forholdet til annen lovgivning:	4
6. Prosessuelle rettigheter kap 21	5
7. Klageordning kap 26	5
8. Tilsyn kap 27	6
Kommunens ansvarsområder helse- og omsorgstjenester	7
1. Tjenesteplikter	7
2. Kommunens ansvarsområder	7
3. Oppholdsprinsippet som hovedregel? Kap 28	7
4. Forholdet til spesialisthelsetjenesten	7
Fremtidens kommunerolle - høringsnotatet kap 12, 13, 31, 32	8
1. Samhandlingsreformen	8
2. Økonomiske insitamenter	8
3. Samarbeid med spesialisthelsetjenesten – lovpålagt samarbeid – høringsnotat kap 25	9
4. Samarbeid mellom kommuner – høringsnotat kap 24	10
Krav til forsvarlighet, pasientsikkerhet og kvalitet	10
§ 4-1. Forsvarlighet	10
§ 4-2. Pasientsikkerhet og kvalitet	11
§1-3. Definisjoner, pkt. e):	11
Lokalpolitisk behandling av kvalitetskrav.	11
Utvidelse av helsepersonellovens virkeområde	12
§ 2-1. Forholdet til helsepersonelloven	12
Journal og informasjonssystemer	12
Behov for opplæring i nytt regelverk	13
§ 5-4. Politiattest	13
EPJ og elektronisk samhandling.	13
§ 4-1. Forsvarlighet, annet ledd:	13
Plikt til elektronisk dokumentasjon og forsendelse av helseopplysninger	14
Behov for felles, nasjonal og standardisert samhandlingsarkitektur	14
Sertifisering	14
Høringsforslagets betydning for kommunens behov for kompetanse	14
Individuell plan	15
Koordineringsansvar	16
Forholdet til annen lovgivning på området barn og unge	17
Helsefremmende og forebyggende arbeid rettet mot barn og unge	17
Kommunelege-, allmennlege- og fastlege-tjenesten	18
Styrking av kommunenes styringsmuligheter - fastlegeordningen	19
Fastlegens bidrag i helsefremmende og forebyggende arbeid?	19
Ny folkehelselov	20
Kommunens ansvar - kapittel 2 (side 180)	20
§ 4 Kommunens ansvar for folkehelsearbeidet	20
§ 5 Oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer	21
§ 6 Mål og tiltak	21
Spørsmål til grensesnitt mellom lovverkene	22
Miljørettet helsevern - kapittel 3	22

Ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester

Harmonisering av den kommunale helse og sosiallovgivning

(høringsnotatet kap 4, 5 og 6)

1. Generelt om lovforslaget og konsekvenser

Høringssvar:

Tønsberg kommunen er positiv til at det blir en harmonisering av kommunens ansvar og plikter på helse og sosialområdet. Dette vil gi en mer enhetlig praksis i kommunens tjenestetildeling, samt bli et enklere regelverk å forholde seg til. Kommunen stiller seg også positiv til at pasienters og brukeres rettigheter er samlet i en lov som gir en rettssikkerhetsgaranti for enkeltpersoner.

Tønsberg kommunen kan i utgangspunktet stille seg positiv til de endringer som er foreslått i Samhandlingsreformen og lovregulert i de to nye lovforslagene. Det er likevel svært viktig at de nye pliktene og oppgavene som legges til kommunen verken påfører kommunen store økonomiske kostnader eller problemer med å skaffe kompetent arbeidskraft, uten at det samtidig blir tilført tilstrekkelige ressurser til kommunen..

Selv om forslagene legger opp til en gradvis overføring av oppgavene til kommunen må det understreke at det er av vesentlig betydning at denne overgangsfasen er lang nok til at kommunen får mulighet til å etablere og organisere et kvalitetsmessig godt nok tjenestetilbud på alle nivå.

Tønsberg kommune forutsetter at både de økonomiske rammer og de administrative verktøy som er nødvendig for endringene i oppgavefordelingen mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten er på plass før endringene i verksettes.

2. Sammenslåing av kommunehelsetjeneste- og sosialtjenesteloven

- Lovens formål er et felles verdigrunnlag for den kommunale helse- og omsorgstjenesten, tilby helhetlig og integrerte tjenester, og å bidra til å fremme samhandling mellom den kommunale helse- og omsorgstjenesten, spesialisthelsetjenesten og tannhelsetjenesten.*
- Lovutkastet § 1-1 er en kombinasjon av sosialtjenesteloven § 1-1 og spesialisthelsetjenesteloven § 1-1.*
- Pasienter og brukeres rettigheter etter lovutkastet vil ha sine rettigheter regulert i pasientrettighetsloven (se høringsnotatet kap 20 og 21).*

Høringssvar:

Tønsberg kommune ser positivt på at det blir en felles rettslig standard for å angi hva pasienter og brukere har rett til av tjenester. Dette vil gjøre det enklere for kommunen å tildele tjenester til personer som har krav på både helse- og omsorgstjenester, det vil også være mulig å benytte saksbehandlere på tvers av "fagområdene".

Ved at brukeres og pasienters rettigheter reguleres i egen lov – pasientrettighetsloven – blir det lettere å fastslå når en person har krav på hjelp. Det må likevel uttrykkes en viss bekymring for at sosialtjenesteområdet kommer noe i skyggen for helseområdet ved å organisere brukeres rettigheter i pasientrettighetsloven. Det er

to omfattende og selvstendige fagområder som skal forenes. Kommunen foreslår at departementet vurderer å endre navn på pasientrettighetsloven slik at den ikke oppfattes som en ren helserettighetslov.

Kommunens "sørge for" ansvar når det gjelder sosiale/omsorgstjenester og som har betydning for enkeltpersoners sosiale forhold, kunne etter Tønsberg kommunes syn vært synliggjort bedre i lovteksten.

3. Begreper i ny lov:

- a) Omsorgstjenester = samlebetegnelse for tjenester som i dag er regulert i sosialtjenesteloven (stjl kap 4, 4A, 6)
- b) Pasient (lovutkastet § 1-3 a)) = tilsvarer pasientrettighetsloven § 1-3 a)
- c) Bruker (lovutkastet §1-3 b)) = person som anmoder om eller mottar tjenester som ikke er å anse som helsehjelp etter pasientrettighetsloven § 1-3 c)
- d) Helsehjelp (lovutkastet § 1-3 c)) = pasientrettighetsloven § 1-3 c) = helsepersonell § 3
- e) Kvalitet se lovutkastet § 1-3 e)

4. Kommunale helse- og omsorgslovs virkeområde

- a) = helse- og omsorgstjenester som tilbys eller ytes av kommunen eller private med avtale med kommunen når ikke annet følger av de enkelte bestemmelser i loven (lovutkastet § 1-2)
- b) Pliktlov for tjenester som ytes av kommunen

5. Forholdet til annen lovgivning:

- a) Helsepersonelloven
 - i) kap 8 helsepersonelloven skal gjelde for alt personell som yter helse- og omsorgstjenester etter lovutkastet (§ 2-1). Det innebærer også tjenester som støttekontakt og hjemmehjelp, men ikke personer som mottar omsorgslønn (§ 3-7)
- b) Helseregisterloven kap7.3 jfr s. 482 flg
 - i) sosialtjenester har tidligere bare vært regulert av personopplysningsloven – forslaget innebærer at helseregisterloven skal gjelder for helse- og omsorgstjenester. Helseregisterloven har en utvidete taushets- og "snoking" bestemmelser. I tillegg har den bestemmelser om sammenstilling og tilgang til opplysninger om pasienter i lokale, regionale og sentrale helseregistre. Lovutkastet foreslår at bestemmelser for behandling av personopplysninger skal være likt for helse og omsorgstjenestetilbud.
 - ii) departementet uttrykker usikkerhet i forhold til de administrative/økonomiske kostnader – mener dette avhenger av hvordan kommunen har organisert journalsystemene i dag, om de er elektronisk og tilknyttet Norsk helsenett SF.

Høringssvar:

Fremtidens løsninger ligger i elektronisk behandling av personopplysninger og fra kommunens side vil det gi en rettssikkerhetsgaranti overfor våre brukere at helseregisterloven også skal gjelde for sosialtjenester.

- c) Pasientskadeloven
 - i) institusjoner hvor formålet med oppholdet ikke primært er å motta helsehjelp vil fortsatt være unntatt (kap 7.4)
- d) Forvaltningsloven
 - i) Forvaltningslovens regler om enkeltvedtak kap IV og V skal fremdeles ikke gjelde for helsehjelp. Nytt i forslaget er at de andre bestemmelsene om veiledning, informasjon osv skal gjelde for alle typer saker, lovutkast § 2-3 jfr forslag til endre pasientrettighetsl § 2-7
 - ii) Forvaltningsloven skal bare gjelde for tildeling av tjenester i hjemmet og plass i institusjon for et tidsrom på over to uker skal forvaltningslovens regler om enkeltvedtak (kap IV og V).

Dette er nytt fra dagens regler i kommunehelsetjenesteloven § 2-1. Departementet etterspør spesielt tilbakemeldinger om dette forslaget. De ser risikoen for at dette kan være et insentiv til å innvilge vedtak under 2 uker. ?¹

Høringssvar:

Tønsberg kommune er enig i departementets vurdering av når reglene i forvaltningsloven skal komme til anvendelse ved tildeling og avslag på hjelp etter pasientrettighetsloven. Det er viktig spesielt for avslag på søknad om hjelp i hjemmet eller institusjon at det gis en mulighet til klage gjennom et vedtak. Dette vil også bedre sikre en forsvarlig utredning og saksbehandling.

Når det gjelder unntaket for enkeltvedtak som skal dekke akutte eller kortvarige behov under to uker kan dette være hensiktsmessig i de tilfeller hvor det ikke er tid til å gjøre mer omfattende saksbehandling og grundige vurderinger. Ulempen med en lemping av kravet til enkeltvedtak er at det kan medføre en del usikkerhet i forhold til om kravene til riktig saksbehandling er oppfylt.

6. Prosessuelle rettigheter kap 21

- a) Rett til medvirkning og informasjon. Mottakere av sosialtjenester (omsorgstjenester) vil få like rettigheter til pasienter ved at pasientrettighetsloven kap 3 blir endret.
- b) Rett til samtykke. Harmonisering brukere / pasienter i pasientrettighetsloven kap 4.

Høringssvar:

Reglene for samtykke er i seg selv vanskelige å håndtere og en harmonisering for alle rettighetshavere er svært positivt. Dette er også et viktig prinsipp som må framstå som en hovedregel for både pasienter og brukere.

- c) Rett til individuell plan (se kap 22) og pasientrettighetsloven
- d) Rett til fastlege. Flyttes fra kommunehelsetjenesteloven til pasientrettighetsloven ny § 2-1c. Kommunens plikter i ordningen er i lovforslaget § 3-2.
- e) Rett til journalinnsyn. Brukere vil få tilsvarende rettigheter etter pasientrettighetsloven kap 5
- f) Barns partsrettigheter under saksbehandlingen. Pasientrettighetsloven ny § 6-5. Part over 12 år, alltid part i rusmiddelmisbruksaker etter ny lov kap 10.

7. Klageordning kap 26

- a) Dagens klageordninger er regulert i sosialtjenesteloven, kommunehelsetjenesteloven og pasientrettighetsloven. Rettsbildet er komplisert og uoversiktlig, både når det gjelder klageinstans, hva det kan klages over og hvilken kompetanse klageinstansen har.
- b) HOD foreslår å samle reglene om klage i pasientrettighetsloven kap 7.
- c) Klagerregelen i pasientrettighetsloven endres – klagen skal sendes vedtaksorgan.

Høringssvar:

Denne endringen støttes av Tønsberg kommune. En enhetlig praksis gjør klageretten mer oversiktlig og enklere å håndtere. Det er viktig at vedtaksorganet raskt blir kjent med at det foreligger klager på et forhold og dette skjer enklest ved at den vanlig klagebehandlingen etter forvaltningsloven følges.

- d) Hvem skal være klageinstans – Fylkesmannen eller Helsetilsynet.
 - i) HOD har ikke tatt stilling ennå om Fylkesmannen eller Helsetilsynet skal være klageinstans, og ber om uttalelser om dette, jfr kap 26.5.8. Mellom linjene kan en lese at HOD heller mot fylkesmannen. ?
 - ii) HOD mener at det skal være samme klageinstans etter den nye loven uansett hva klagen gjelder – pasienter/brukere.

¹ Departementet spør spesielt om høringsinnspill

- iii) HOD mener at det bør være samme klageinstans for klager etter ny lov og spesialisthelsetjenesten.

Høringssvar:

Det kan lett oppstå misforståelser og usikkerhet mht forskjellen mellom Helsetilsynet og Fylkesmannen, hvilken avgjørelsesmyndighet og kompetanse de har, og hvordan de er organisert i forhold til hverandre. Saksbehandlere hos Fylkesmannen må i spesielle situasjoner forklare hvilken rolle de har i den enkelte sak.

Tønsberg kommune har tiltro til Fylkesmannens kompetanse på både helse- og sosialområdet og mener at det vil bli mer oversiktlig og enklere for underinstanser hvis klagebehandlingen blir lagt til Fylkesmannen. Det vil være en lettere tilgjengelig organisering overfor publikum, og det vil sannsynligvis være med på å gjøre praksisen mer enhetlig mellom sosial- og helseområdet. Hvis Helsetilsynet blir valgt som klageinstans er det stor risiko for at det sosialfaglige området blir svekket.

- iv) Ordning med 2 klageinstanser etter kommunehelsetjenesteloven foreslås opphevet (kommunalt klageorgan – Fylkesmannen).

Høringssvar:

Kommunen tilslutter seg forslaget om å endre klageordningen for helsetjenester til et tilsvarende system som andre sektorlover. Dette skaper enhetlighet og er lettere å praktisere for kommunen.

- e) Klageinstansens kompetanse – det frie skjønn kap 26.5.9
 - i) Forslaget i pasientrettighetsloven § 7-6 innebærer at klageinstansen får en utvidet adgang til å fatte nytt vedtak i forhold til dagens regler i sosialtjeneste-loven.
 - ii) Forslaget i pasientrettighetsloven § 7-6 innebærer en innskrenket adgang i forhold til klager på helsehjelp/tjenester i forhold til i dag hvor forvaltningsloven § 34 gjelder.
 - iii) Det foreslås en presisering av hva klageinstansen kan vektlegge i § 7-6 første ledd andre setning siste punkt.
 - iv) Klageinstansen kan etter forslaget ikke lenger treffe nytt vedtak. De kan bare oppheve kommunens vedtak og sende det tilbake til fornyet behandling.

Høringssvar:

Kommunen er enig i at det er viktig å beholde den kommunale styringsretten ved at det legges opp til en høy terskel for klageorganets vurdering av det frie skjønn. Når det gjelder forslaget om at klageinstansen bare kan oppheve vedtaket og sende saken tilbake til ny behandling i kommunen uten å fatte nytt vedtak har dette flere sider. Departementet nevner selv tidsaspektet for en endelig avgjørelse. I tillegg vil det medføre merarbeid for kommunen ved at saken sannsynligvis må utredes ytterligere før vedtak fattes på ny. Fra kommunens side er det også et ønske at klageinstansen gjennom klagebehandlingen gir en form for instruksjon på hvordan tilsvarende saker skal løses, noe denne ordningen ikke gir mulighet til på samme måte.

8. Tilsyn kap 27

- a) Regional tilsynsinstans er av HOD ikke valgt. Bør det være samme som klageinstans. Ber om uttalelser om dette.
- b) Se over om klageinstans Fylkesmannen – Helsetilsynet.

Høringssvar:

Kommunen mener at tilsynsmyndighet og klageinstans bør være Fylkesmannen. Dersom sosial/omsorgsområdet skal være likeverdig helseområdet er det lettest å oppnå dette gjennom å gi oppgaven til Fylkesmannen som allerede har ansvaret for mange fagområder. Kommunen har det inntrykk at Fylkesmannen er en attraktiv arbeidsplass for personer med nødvendig faglig kompetanse og antar at organisatoriske og styringsmessige problemstillinger lar seg løse.

Kommunens ansvarsområder helse- og omsorgstjenester

(høringsnotatet kap 10, 11, 12)

1. Tjenesteplikter

- a) Lovforslaget angir rammene for det kommunale ansvaret for helse- og omsorgstjenesten, uten i detalj å angi hvilke tjenester kommunen skal utføre – ny lov § 3-1.

2. Kommunens ansvarsområder

- a) Kommunens "sørge for ansvar" og plikt til å yte/ tilby helse- og omsorgstjenester – ny lov kap 3
- b) Kommunens ansvarsområder blir beskrevet i høringsnotatet kap 10 og 11. Alle bør se på sine respektive fagområder for å se om det er spesielle områder som bør kommenteres.

3. Oppholdsprinsippet som hovedregel? Kap 28

- a) Oppholdsprinsippet som hovedregel, ny lov § 3-1. Unntaket i sosialtjenesteloven § 10-1 annet ledd om økonomisk ansvar for oppholdskommunen før inntak i institusjon videreføres ikke. Forskriftshjemmel for evt å kunne videreføre dette. Da vil evt øk/adm konsekvenser utredes.

Høringssvar:

Det er viktig at det fortsatt vil være mulig å kreve refusjon fra opprinnelig oppholdskommune. Dette kan ellers påføre kommuner med sentrale institusjoner mye økonomisk belastning og skape problemstillinger som tidligere ikke har vært noe tema mellom kommuner. Sentrale kommuner vil kunne bli urimelig belastet av denne endringen.

4. Forholdet til spesialisthelsetjenesten

- a) HOD etterspør forslag/innspill til hvordan hindre uønskede problemer med "gråsoner" mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten – ny lov § 3-1 ?

Høringssvar:

Gråsoner oppstår gjerne når partene fraskriver seg ansvaret for en problemstilling/pasient enten fordi det er vanskelige behandlingsproblematikk eller økonomisk belastende. De ansvarlige i kommunen for disse pasientgrupper vil gjennom aktivt samarbeid, likeverdighet i forhold til spesialisthelsetjenesten og gode økonomiske betingelser kunne eliminere de fleste gråsoner.

- b) Utskrivningsklare pasienter – grensetilfelle – se kap 32
 - i. Forslag om finansielt ansvar for utskrivningsklare pasienter fra dag 1 mot etter 10 døgn i dag
 - ii. Foreslått forskriftshjemmel i ny lov § 11-4 tredje ledd hvor ordningens omfang og innhold, kriterier for når en pasient er utskrivningsklar, betalingssatser m.m. fastsettes, se høringsnotat kap 31.5.3.

- iii. Midler skal bli overført fra de regionale helseforetakene. Midlene skal enten fordeles etter nøklene i kommunenes inntektssystem eller som øremerket tilskudd etter hvilke kommuner som har utskrivningsklare pasienter på sykehus. ?
- iv. Forutsetning for ordningen er at kommunen får tilgang til relevant data om pasienter – Norsk pasientregister. Les også om kommunal medfinansiering – kap 30

Høringssvar:

Dette er et løpende "konflikt" tema mellom helseforetaket og kommunen mht å sørge for tjenester raskt nok etter at pasienten er meldt utskrivningsklar. Opplevelsen i kommunen er at det ofte ikke er god nok tid til å utrede pasienten for å finne riktig nivå på tjenester, og at sykehusenes vurdering ofte må legges til grunn av tidshensyn. Det er helst ved melding av behov for sykehjemsplass at problemet oppstår fordi det ikke er ledige korttidsplasser ved bo- og behandlingssentrene. I mange tilfeller viser det seg også at sykehuset vurdering av at pasienten bør på institusjon er en feilvurdering.

Ved at kommunen skal få overført deler av helseforetakets tilskudd vil dette kunne skape et ytterligere press i forhold til kommunens behov for å utrede saken før riktig tjenestenivå fastsettes. På en annen side vil det økonomiske tilskuddet kunne gi kommunen mulighet til å organisere tjenesten annerledes slik at det blir lettere å ta imot utskrivningsklare pasienter med en gang ved f.eks å ha faste overføringsplasser eller noe lignende.

Umiddelbart synes selve forslaget om kommunalt finansieringsansvar som svært innviklet og administrativt tidkrevende.

Fremtidens kommunerolle - høringsnotatet kap 12, 13, 31, 32

1. Samhandlingsreformen

- a) Lovforslaget og forslag til Nasjon helse- og omsorgsplan utgjør Samhandlingsreformen sammen med ny folkehelselov og må ses i sammenheng – les bystyresak

2. Økonomiske insitamenter

- a) Benyttes for å få kommunen til å planlegge – ta ansvaret for større pasientgrupper

Høringssvar:

Kommunen er i utgangspunktet positiv til forslagene om å ta større ansvar for tjenester spesialisthelsetjenesten har i dag. Den kommunale medfinansieringsmodellen er som det fremgår av høringsnotat, uferdig. Kommunen forutsetter likevel at den ikke blir påført ytterligere kostnader uten at det stilles tilsvarende økonomiske midler til disposisjon. Uten dette vil ikke den økonomiske medfinansieringen ha noen insitamentvirkning.

Under ovennevnte forutsetning er kommunen positiv til ytterligere samarbeid med helseforetaket om pasientgrupper, og kommunen ser fram til at partene skal få en mer likeverdig rolle.

b) Øyeblikkelig hjelp – kap 13

- i) HOD ber om kommentarer til om det er nødvendig å lovfeste i ny lov § 3-5 en plikt for kommunene til å sørge for tilbud om døgnopphold til pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp. ?

Høringssvar:

I mange tilfeller vil det skape tydelighet ved en lovfesting av plikten til å sørge for døgnopphold til pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp. Det vil også kunne forenkle samarbeidet med spesialisthelsetjenesten fordi det ellers vil oppstå nye muligheter til "gråsoner".

- ii) HOD vil også vite om lovfestingen skal suppleres med en mulighet for kommunene til å oppfylle plikten ved å inngå avtale med helseforetak – se kap 13.4.2 ?

Høringssvar:

Det er viktig med suppleringen av den kommunale plikten til øyeblikkelig hjelp med en mulighet for kommunen til å støtte seg til helseforetaket for å få utført oppgavene. Det vil gi mulighet til mer fleksibel organisering av den øyeblikkelige hjelpen på en måte som vil være til beste for pasientene og økonomisk mest gunstig.

- iii) HOD ber om høringsinstansenes syn på økonomisk og administrative konsekvenser av en eventuell lovgivning om kommunal plikt til å sørge døgnopphold ved øyeblikkelig hjelp – se kap 13.5. ?

Kommunen ser at en kommunal plikt til å sørge for døgnopphold vil gi store økonomiske utfordringer for kommunen. Det er vanskelig uttale seg mer spesifikt om dette så lenge departementet ikke har presisert innholdet i den kommunale medfinansieringen.

En overføring av plikten vil også gi kommunen store utfordringer administrativt og i forhold til medisinfaglig kompetanse. Siden pasientgruppen ikke er endelig bestemt er det vanskelig å gi gode kommentarer til dette. Det som er klart er at det vil medføre de samme kostnader og behov som dagens lokalsykehus.

3. Samarbeid med spesialisthelsetjenesten – lovpålagt samarbeid – høringsnotat kap 25

- a) Lovpålagte samarbeidsavtaler. HOD foreslår nytt lovpålegg om samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak – se ny lov kap 6.
- b) Samarbeidsavtalene skal tre i kraft 01.01.2012
- c) Ny lov § 6-2 angir hva innholdet i avtalene skal være
- d) Avtalene skal medvirke til bedre samhandling og likeverdige parter
- e) Kommunal medfinansiering
- i) Medfinansieringsmodellen er ikke ferdig – kommer på høring med forskrift
- ii) Medfinansiering betyr at kommunen får overført midler fra HF's rammer. Hvis kommunen ikke tar over ansvaret for pasienter må de betale kostnadene spesialisthelsetjenesten får ved å behandle disse pasientene
- iii) forslag til pasientgrupper kommunen skal overta ansvaret for:
1. aldersbasert modell for somatiske pasienter over 80 år (rehabilitering på sykehus inkludert)
 2. medisinske innleggelser/behandlinger
 3. psykisk helsevern og rusbehandling basert på kurdøgn/opphold i private rehab.inst. vurderes

- iv) HOD foreslår forskriftshjemmel til utforming av kommunal medfinansieringsansvar for pasientbehandling i spesialisthelsetjenesten herunder kriterier for hvilke pasientgrupper og behandlingsformer som skal være omfattet

Høringssvar:

Kommunen stiller seg i utgangspunktet positiv til samarbeid med spesialisthelsetjenesten og ser at det allerede er nedsatt grupper som skal jobbe med forslag til standardavtaler. Det ligger likevel mye usikkerhet i dette når det ikke er tatt stilling til hvilke pasientgrupper eller behandlingsformer som skal bli kommunalt ansvar.

Kommunen avventer høring av forskriften for ytterligere uttalelser til den.

4. Samarbeid mellom kommuner – høringsnotat kap 24

- a) Ny samarbeidsmodell – samkommunemodell
 - i) utvider kommunens mulighet til å overføre også prinsipielle saker til et nytt interkommunalt forvaltningsorgan
 - ii) høringsnotat ble sendt ut i april 2010 – endringen vil komme i kommuneloven
 - iii) plikt til samarbeid blir ikke utvidet – se ny lov § 6-7

Høringssvar:

Med det utvidete samarbeidet som Samhandlingsreformen legger opp til er det fornuftig med en ny samarbeidsmodell gjennom Samkommunemodellen, som ikke har de begrensninger som bl. a. vertskommunemodellen har mht prinsipielle saker.

Krav til forsvarlighet, pasientsikkerhet og kvalitet

(Høringsnotatet kap 19)

I høringsforslaget tydeliggjøres kommunens virksomhetsansvar ift forsvarlighetsplikt ift kommunens helse- og omsorgstjenester og denne foreslås regulert og lovfestes på samme måte som for spesialisthelsetjenesten.

§ 4-1. Forsvarlighet

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 gis et verdig tjenestetilbud og
- c) helse- og omsorgstjenesten og personell som utfører tjenesten blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter.

Høringssvar:

Kommunen anser presisering av forsvarlighetskravet som en naturlig del av kommunens forpliktelse til tjenesteytingen. Kommunen anser det som viktig å ha et forsvarlighetskrav på system og virksomhetsnivå og ikke bare på individnivå gjennom helsepersonelloven § 4.

Ad § 4-1b) – Dette er et forslag om en lovfestet rett til et verdig tjenestetilbud i kommunehelsetjenesten og kommunen ser dette som en naturlig videreføring ift kravet til kvalitet i tjenesten i forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene.

§ 4-2. Pasientsikkerhet og kvalitet

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

Det legges inn et forslag om å lovregulere en plikt til systematisk pasientsikkerhetsarbeid. Dette er et prosesskrav og stiller dermed ikke krav om et bestemt resultat.

Pasientsikkerhet er til nå bl.a. lovregulert gjennom formålsbestemmelsen i § 1-1 i helsepersonelloven og § 4, og plikt til systematisk internkontroll jf forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten.

Høringen foreslår at pasientsikkerhetsarbeid blir en del av styre- og ledermøter med fokus på et systematisk kvalitetsforbedringsarbeid ift uønskede hendelser, læring, forbedring, forebygging og involvering av pasient/ pårørende i pasientsikkerhetsarbeidet.

Som følge av dette foreslås det en revidering av denne internkontrollforskriften med hensyn på pasientsikkerhet og kvalitetsforbedringskrav. I tillegg foreslås en navneendring til – forskrift om styringssystem for helse- og omsorgstjenester – for tydeligere å få frem formålet med forskriften og hva den regulerer.

HOD ber om høringsinstansenes synspunkter på den foreslåtte endringen. Et særskilt spørsmål er hvem (hvilket nivå) som skal være pliktssubjektet for kravet til systematisk kvalitetsforbedringsarbeid.

Høringssvar:

Kommunen anser en lovregulering av pasientsikkerhetsarbeidet som et viktig styringsmål i et kvalitetsforbedringsarbeid og ser frem til en nødvendig endring av internkontrollforskriften. Pliktssubjektet bør legges til virksomhetsnivå som en kvalitetssikring av ledelses- og oppfølgingsansvaret.

§1-3. Definisjoner, pkt. e):

Kvalitet: i hvilken grad helsetjenestens 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”.

HOD ber om høringsinstansenes synspunkter på den foreslåtte definisjonen.

Høringssvar:

KS i Buskerud, Telemark, Vestfold har i sitt forslag til høringsuttalelse uttalt at denne definisjonen er for lite konkret og operasjonell og foreslår formuleringer som er hentet fra ISO 9000:2000 sin definisjon:

Tjenestene skal være

- virkningsfulle*
- trygge og sikre*
- involvere brukere og gir dem innflytelse*
- samordnet og preget av kontinuitet*
- utnytte ressursene på en god måte*
- tilgjengelige og rettferdig fordelt*

Tønsberg kommune støtter forslaget fra KS til definisjon av kvalitet.

Lokalpolitisk behandling av kvalitetskrav.

Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten (mai 1997) – har som intensjon å gi en helhetlig tilnærming til oppgavene og brukerne. Den gir kommunene et verktøy til å stille krav til kvalitet på kommunale tjenester og tydeliggjøre for brukerne hvilke forventninger de skal ha til tjenesten.

Stortinget anmodet desember 2007:

”Stortinget ber Regjeringen endre kvalitetsforskriften slik at lokalpolitisk behandling av kvalitetskravene til omsorgstjenestens sikres”.

HOD ønsker å forankre ansvaret for kvalitativt godt tjenestetilbud hos kommunens øverste ledelse og foreslår en forskriftshjemmel i tilknytning til kvalitet med krav om lokalpolitisk behandling av kvalitetskrav.

Høringssvar:

Kommunen støtter forslaget om en forankring av kvalitetskravene på politisk nivå i kommunen. Kommunen anser videre at det er viktig at et slikt krav gis et tydelig formål i en forskriftshjemmel.

Utvidelse av helsepersonellovens virkeområde (høringsnotatet kap 7, 8, 37)

§ 2-1. Forholdet til helsepersonelloven

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

Forslaget til ny lov om kommunale helse- og omsorgs tjenester definerer alt personell som vil yte tjenester etter den nye loven, som helsepersonell.

Lovforslaget medfører at det personell som yter tjenester etter dagens lov om sosiale tjenester, vil få en utvidelse og klargjøring av plikter i forhold til den enkelte tjenestemottaker og i utøvelsen av tjenesten.

Dette gjelder bestemmelser om krav til forsvarlighet, regler om taushetsplikt og regler om opplysningsrett- og plikt. Vi har sett nærmere på dokumentasjonsplikten.

Journal og informasjonssystemer

Utvidelsen av helsepersonellovens virkeområde vil medføre en utvidelse av kommunens ansattes selvstendige plikt til å føre journal. Dagens sosialtjenestelov har ingen bestemmelser om dokumentasjon av utførte tjenester. Personell som derfor tidligere ikke har hatt en selvstendig plikt til å føre journal vil få dette jf det nye lovforslaget.

Helsepersonellovens kapittel 8. Dokumentasjonsplikt, er bestemmelsen som her kommer til anvendelse.

§ 39. Plikt til å føre journal.: "Den som yter helsehjelp, skal nedtegne eller registrere opplysninger som nevnt i § 40 i en journal for den enkelte pasient".

Med tjenester menes de tjenester og oppgaver som fremgår av lovforslaget § 3-2. Den eneste tjenesten som foreslås unntas for journalføringsplikten er omsorgslønn, da helsepersonelloven ikke skal komme til anvendelse overfor personer som mottar omsorgslønn.

Dokumentasjonsplikten gjelder for alle virksomheter som yter tjenester etter lovforslaget. Det medfører en dokumentasjonsplikt også for de som yter tjenester etter avtale med kommunen som for eksempel private leverandører.

HOD anser i sitt høringsforslag at utvidelsen av Helsepersonell lovens virkeområde med derigjennom journalføringsplikt for andre personellgrupper – ikke vil medføre administrative og økonomiske kostnader.

Høringssvar:

Tønsberg kommune mener at en utvidelse av helsepersonell lovens virkeområde vil medføre administrative og økonomiske kostnader. Dette begrunnes med:

- økte kostnader i forbindelse med
 - o opplæring i kommunens journalsystem
 - o opplæring i dokumentasjon

- o veiledning
- o økt tidsbruk til dokumentasjon
- behov for nye journalsystemer for nye personellgrupper som får journalføringsplikt
- økte kostnader ift datautstyr da større del av personellgruppen får en journalføringsplikt
- administrative kostnader ift tilgangsstyring

Behov for opplæring i nytt regelverk

Utvidelsen av helsepersonellovens virkeområde vil medføre et behov for opplæring, veiledning og informasjon av personell ift taushetsplikt, forsvarlighetskrav, krav til yrkesutøvelse og plikt til å gi informasjon/ opplysningsrett .

HOD sier i sitt høringsforslag at det vil sørge for å få utarbeidet informasjonsmateriell om lovreformen, herunder vurdere utarbeiding av særskilt opplæringsmateriale.

Høringssvar:

Kommunen anser det som en viktig del i det å lykkes med lovreformen at det finnes et godt tilgjengelig informasjonsmateriell og veiledning.

§ 5-4. Politiattest

Kommunen skal ved tilbud om stilling eller oppdrag kreve politiattest fra personell som skal yte tjenester til barn eller personer med utviklingshemming. Kravet gjelder også ved inngåelse av avtaler med private tjenesteytere, jf. § 3-2 annet ledd.

Høringssvar:

Tønsberg kommune mener at kravet om politiattest bør også omhandle tjenester overfor personer med kognitiv svikt, da denne gruppen pasienter/ brukere anses å være særlig sårbar og utsatt. Dette er også en gruppe brukere/pasienter som vil øke i antall fremover, og vil gi en utfordring ift personell.

EPJ og elektronisk samhandling.

(høringsnotatet kap 32, 19)

§ 4-1. Forsvarlighet, annet ledd:

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.

Kommunen og virksomheter som har avtaler med kommunen om å yte helse- og omsorgstjenester foreslås en plikt til til forsvarlige journal- og informasjonssystemer – som igjen er en utdyping av forsvarlighetskravet til tjenesteytingen.

Ny forpliktelse til å ta i bruk nasjonale standarder og funksjonskrav sees i sammenheng med Samhandlingsreformen, Helsenett m.m. og dermed også en forpliktelse ift dialog med spesialisthelsetjenesten og andre samarbeidende kommuner mht journal og informasjonssystemenes utvikling.

Plikt til elektronisk dokumentasjon og forsendelse av helseopplysninger

Helseregisterloven § 6 – nytt 4 ledd:

Kongen kan i forskrift fastsette at behandlingsrettede helseregistre skal føres elektronisk. Kongen kan i forskrift fastsette at utlevering av helseopplysninger fra behandlingsrettede helseregistre skal skje elektronisk.

HOD ber om høringsinstansenes synspunkter om når krav til elektronisk dokumentasjon og kommunikasjon vil kunne innføres for ulike brukergrupper og innen hvilke områder.

Høringssvar:

Tønsberg kommune har innen helse, omsorg og sosial flere elektroniske journalsystemer. Kommunen er i en oppstartsfase i forhold til Meldingsløftet og planlegger å være delvis operativ innen noen områder av elektronisk samhandling i løpet av 2011. Dette gjelder for hjemmetjenester, institusjonstjenester og fastlegene.

Behov for felles, nasjonal og standardisert samhandlingsarkitektur

Helsedirektoratets handlingsprogram nasjonalt meldingsløft og samhandlingsreformen krever en standardisert samhandlingsarkitektur for å kunne kommunisere mellom ulike IKT-systemer og aktører i sektoren – jmf Forslag til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester.

HOD foreslår ingen lovendring i dette høringsnotatet da det er et behov for nærmere utredning. Departementet vil ta initiativ til å foreslå forskriftsfestning av sentrale funksjonskrav og standarder til IKT-systemet benyttet ved behandling av helseopplysninger

Sertifisering

HOD fremlegger i høringsnotatet et behov for en obligatorisk sertifiseringsordning og derigjennom en utvidelse av KITHs test- og godkjenningsordning.

Forskriftskrav om sertifisering vil forplikte helseforetak, kommuner og andre offentlige/ private virksomheter i tjeneste å etterspørre og kreve at leverandørene leverer systemer som tilfredsstiller sertifiseringskravene.

HOD ber høringsinstansene omsærskilt å kommentere følgende:

- a) På hvilke områder vil det være mest hensiktsmessig å kreve sertifisering av funksjonskrav og standarder
- b) Hvor lang frist bør det normalt settes fra slike forskrifters vedtakelse til de trår i kraft
- c) Behovet for overgangsordninger

HOD ber også om høringsinstansenes synspunkter på om sertifisering bør nevnes uttrykkelig som en del av den ikke-uttømmende opplistingen av formål i helseregisterlovens § 16 fjerde ledd.

Høringssvar:

Som tidligere nevnt er Tønsberg kommune med i et prosjekt ift Meldingsløftet – hvor vi i løpet av 2011 vil være operative for noen av våre tjenester. Kommunen anser derfor at en mulig gjennomførbar frist i forhold til ikrafttredelse av en forskrift vil være januar 2013. Det vil for noen områder evt være et behov for overgangsordninger.

Høringsforslagets betydning for kommunens behov for kompetanse

Høringssvar:

Samhandlingsreformen – utforming av tjeneste med døgnopphold og øyeblikkelig hjelp. Dette vil kreve økt kompetanse hos sykepleiere og leger og økt bemanning av begge grupper.

Forebyggende helsehjelp – oversikt og analyse. Kompetanse, personell.

Økt fokus i tjenestene vil også kreve tjenestetid som avsettes til dette.

Medfinansiering – analyse og kompetanse

Kan slå skjevt ut når det bare gjelder enkelte lidelser hos personer over 80 år.

Ift medfinansieringsprinsippet vil kommunene ikke ha spesielt økonomisk insitamant til forebygging av lidelser som oppstår tidligere.

Økt elektronisk samhandling vil medføre behov for styrking av kommunens IKT-avdeling.

Individuell plan

kapitel 22, side 283 - 286

Ordningen med individuell plan (IP) reguleres av i dag av sosiallovgivningen, helselovgivningen og pasientrettighetsloven. Vilåårene for å få rett til IP er de samme i alle bestemmelsene. Behovet for å få plan utlås av at bruker har to eller flere helse- og/eller sosialtjenester – det vil si tjenester fra forskjellige tjenesteytere. I planarbeidet skal tjenestene sees i sammenheng.

Følgende punkter omtales i høringsdokumentet – de fleste er videreføring av dagens praksis. Punkter merket med spørsmålsteqn ber departementet spesielt om tilbakemelding på:

1. Kommunen (og spesialisthelsetjenesten) har *plikt* til å foreslå og utarbeide plan for personer med langvarige og sammensatte vansker
2. Kommunen har hovedansvaret for å utarbeide og koordinere planen dersom en person har behov fra både kommunen og spesialisthelsetjenesten ?
3. Spesialisthelsetjenesten kan ikke motsette seg medvirkning i arbeidet og helseforetaket har plikt til å delta der det også ytes tjenester fra spesialisthelsetjenesten (s. 284 andre avsnitt) ?
4. Koordinator for planen/planansvarlig oppnevnes, men står ikke alene om ansvar for koordinering og oppfølging. Arbeidet forankres på virksomhetsnivå
5. Koordinator kan velges uavhengig av forankring i lovverk (for eks Opplæringsloven)
6. Forståelse om omfang og varighet av tjenester for å få utløst rett til IP og koordinator (side 286 andre avsnitt) ?
7. Forslag til lov vil ikke medføre særlige administrative eller økonomiske konsekvenser

Høringssvar:

En presisering av spesialisthelsetjenesten sin plikt til å foreslå IP for brukere med langvarige og sammensatte vansker for IP er vesentlig, men det bør også presiseres at spesialisthelsetjenesten ikke har noen muligheter for å definere innhold, områder og omfang av kommunale tjenester. Dersom kommunen tillegges det formelle ansvaret for utarbeidelse av IP, er spesialisthelsetjenestens deltakelse avgjørende der disse yter tjenester – uavhengig av omfang. Dette bør nedfelles i samarbeidsavtaler og forankres på ledernivå i spesialisthelsetjenesten. På samme måte som kommunen pålegges krav om opplæring og veiledning for sine ansatte i arbeid med IP gjennom lovpålagt Koordinerende enhet, må det samme nedfelles i lovens forslag om Koordinerende enhet i spesialisthelsetjenesten.

Det bør også presiseres at samarbeid mellom nivåene er pålagt der kommunen har behov for dette. Gjennom forslag om at kommunen skal ha det formelle ansvar for IP og foreta en sentral behandling av søknader i Koordinerende enhet, mener Tønsberg kommune at søknader begrunnet i langvarige og sammensatte tjenester får en lik behandling. En forutsetning er at spesialisthelsetjenesten og kommunen samarbeider om kriterier og forståelse av langvarige og sammensatte tjenester.

Kommunen kjøper ofte private og ideelle institusjonsplasser til sine brukere/pasienter. Det bør fremkomme i lovverket at også disse har et ansvar i arbeid med individuell plan og i koordinering.

Tønsberg kommune mener det er en stor ulempe at barnehager og skoler ikke er lovpålagt ansvar for arbeid med IP. Barnehager og skoler har i mange tilfeller den beste kunnskap og kompetanse om barns behov og det beste kjennskapet til barn og foreldrenes livssituasjon. Det må på statlig nivå arbeides for at Barnehageloven og Opplæringsloven gir barnehager og skoler et selvstendig ansvar for å utarbeide og være koordinator i arbeidet med IP der dette er en hensiktsmessig løsning.

Koordineringsansvar

kapitel 23, side 290 - 292

Forskriftene i dagens helselovgivning pålegger kommuner og spesialisthelsetjenesten å ha koordinerende enhet (KE) for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet for å oppnå bedre samhandling på systemnivå og for oppfølging/kontakt med bruker.

Kommentarer ønskes ihht følgende forslag:

1. KE lovfestes som tiltak/tjeneste i kommunen (nå forskrift til re- og habilitering)
2. KE skal ha et systemansvar for arbeid med IP gjennom utvikle og kvalitetssikre rutiner for utarbeidelse av planen, i tillegg til nødvendig opplæring og veiledning av tverrfaglig personale
3. KE organiseres rundt tverrfaglig samarbeid for løsning av kompliserte saker mer enn et utvalg/enhet for å møte brukere
4. KE forankres i et overordnet ledernivå
5. KE bør sikres en styringsmyndighet på tvers av sektorer og virksomheter
6. Det må etableres faste og stabile samarbeidsrutiner og møteplasser med helseforetakenes primære nedslagsfelt
7. Forslag til lov vil ikke medføre store administrative eller økonomiske konsekvenser

Høringssvar:

Tønsberg kommune har erfart at Koordinerende enhet er en hensiktsmessig organisering av samarbeidet mellom virksomheter om kompliserte brukersaker og arbeid med individuell plan på systemnivå. I vår kommune er leder av Koordinerende enhet forankret hos rådmannen, noe som kvalitetssikrer forankring, myndighet og legitimitet inn i tjenester og virksomheter.

Det er avgjørende at Koordinerende enhet er en del av en tydelig tiltakskjede hvor avgjørelser er synlige og forankret. Dette mener vi er en større suksessfaktor enn at Koordinerende enhet skal være et organ for den enkelte bruker. Det vises i den forbindelse til Helsedirektoratets rapport fra januar 2010: Perspektiver på god praksis, hvor samarbeid og kommunikasjon på tvers av enheter er helt avgjørende for at koordinerende enhet skal fungere etter intensjonen, mer enn at det er synlig og tilgjengelig for brukere.

Kommunen er enig i at Koordinerende enhet lovfestes, men ønsker å presisere at det må være opp til den enkelte kommune å organisere arbeidet på den for den enkelte kommunes behov og struktur.

Det påløper kommunen kostnader til ledelse av Koordinerende enhet, dersom det organiseres som egen enhet med egen ledelse som i vår kommune. Det er uten tvil

også merutgifter i forbindelse med en arbeidsform som sikrer brukerne egen koordinator i arbeidet med individuell plan.

Forholdet til annen lovgivning på området barn og unge

Høringssvar:

For barn og unge framstår loven som helhetlig , med god implementering av kommunehelseloven og sosialtjenesteloven. Det er positivt at brukerrettighetene er styrket og lagt inn under pasientrettighetsloven.

Det er allikevel vesentlig at fokusering på tidlig innsats også presiserer ansvaret barnehager og skoler har for aktivt samarbeid med hjelpetjenestene. Barnehager og skoler må også fungere som selvstendige aktører gjennom å benytte evidensbaserte metoder til kartlegging og tiltak når de er bekymret for barns psykososiale utvikling.

Som følge av lovforslaget om å slå sammen kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven i felles tjenestelov, vil barneboliger være omfattet av den nye lovens bestemmelse om "heldøgns tjenester i eget hjem eller institusjon" jf lovforslagets § 3 – 2 mv.

Opphold hvor det primært ikke ytes helsehjelp, holdes fortsatt utenfor virkeområdet til pasientskadeloven. Der det voldes skade (side 68) i hht pasientskadeloven, vil det være sikret en like god erstatningsrettslig stilling som pasienter som mottar helsehjelp i mer klassiske helseinstitusjoner.

Departementet presiserer helsehjelp i hht helsepersonelloven til å mene "enhver handling som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende , rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål og som utføres av helsepersonell". Departementet presiserer at Helsepersonellovens bestemmelser – som skal anvendes av alt personell etter den nye loven – setter samme krav til aktsomhet og samarbeid med barneverntjenesten som sosialtjenesteloven (side 70).

Helsefremmende og forebyggende arbeid rettet mot barn og unge

Kapitel 14 side 170 - 187

Det er kommunens ansvar å organisere helsestasjonsvirksomhet og helsetjenester i skole, og dekke utgifter til disse oppgavene. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal ha rutiner for samarbeid med fastlegene, med andre kommunale tjenester, med tannhelsetjenesten, med fylkeskommunen og med spesialisthelsetjenesten (side 118 – nest siste avsnitt). Kommunen skal sørge for å ha tilgang på nødvendig personell for de oppgavene som skal utføres, og ha en hensiktsmessig arbeidsfordeling mellom disse. Råd og veiledning, fysioterapitjeneste, jordmortjeneste (herunder svangerskaps- og barselomsorgstjenester), helsestasjons- og skolehelsetjeneste omtales nærmere s 122 – 123. Avlastningstiltak, praktisk bistand (herunder brukerstyrt personlig assistanse) og støttekontakt er nærmere beskrevet side 127.

Virksomhetene/tjenestene kan kommentere departementets kommentarer/forslag i punktene under:

1. Bare hvis det foreligger særlig tungtveiende nasjonale hensyn bør staten styre tjenestetilbudet i form av krav til hvordan tjenestene gis og organiseres. Detaljert styring kan hindre en optimal utnyttelse av ressursene i samsvar med lokale forhold (side 134)
2. Departementet foreslår allikevel å konkretisere kommunes ansvar for helsefremmende og forebyggende helse- og omsorgstjenester i §3 – 3 side 455, og det som er nevnt over for barn og unge
3. Helsetjenester i skolen og helsestasjonstjeneste nevnes eksplisitt i nytt lovforslag
4. Forebygging innenfor psykisk helse, rus og omsorgssvikt er lite omtalt som forebygging og lavterskeltiltak for barn og unge (side 151 og 152). Lovforslaget ber kommunen iverksette

forebyggende tiltak og tidlig intervensjon i henhold til anerkjent faglig standard. Se også utkast til Folkehelseoven side 25, 27

5. BPA videreføres, men lovfestes ikke som en individuell rett (side 158)
6. Helsepersonellovens regler om taushetsplikt skal gjelde for alt personell som tilbyr eller yter hjelp eller tjenester som omfattes av forslaget til lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (nå helselovgivning og sosiallovgivning)
7. Forslagene innebærer videreføring av gjeldende rett og vil derfor ikke innebære administrative eller økonomiske konsekvenser

Høringssvar:

Det samlede helsetilbudet innefor psykisk helse for barn og ungdom må styrkes og utvides gjennom for eksempel videreføring av statens ordning med økonomisk støtte til kommunepsykologer. Ordningen benyttes i vår kommune, og vi mener kompetansen ut over kommunale lavterskeltiltak, vil få betydning innenfor samhandlingsreformens oppgaver og i samarbeid med spesialisthelsetjenesten – både på individ og systemnivå.

Jordmortjenester i barselperioden er et godt forslag, men det vil medføre kostnader som kommunen ikke har da jordmortjenesten er øremerket tjenester i svangerskap/fødsel og eventuelt vil være avhengig av statlige refusjonsordninger også i barselperioden .

Likeledes vil det være hensiktsmessig med en omdisponering av fysioterapitjenesten - fra nå 90 %kurativt og 10 % behandlende – til 50% kurativt og 50% forebyggende.

Kommunen foreslår at ergoterapitjenesten lovfestes også for barn og unge. Tjenesten er et kostnadseffektivt og viktig tiltak og bør tilbys alle som har behov for tiltak og tilrettelegging innenfor ergoterapi.

Kommunelege-, allmennlege- og fastlege-tjenesten

kapittel 15 Kommunelegens rolle og 16 fastlegeordningen

Fastlegeordningen blir videreført, og departementet vil arbeide med forskriften på området.

Nasjonal helse og omsorgsplan løfter frem flere forhold som kort nevnes nedenfor:

I stortingsmeldingen om samhandlingsreformen trekkes blant annet frem at fastlegene ikke er godt nok integrert i kommunehelsetjenesten og at kommunene ønsker bedre muligheter for å styre fastlegene. Fastlegene driver ikke nok forebyggende og oppsøkende arbeid og de samhandler ikke nok med andre yrkesgrupper.

Det er også påpekt svakheter ved dagens finansieringsordning. Ordningen har en høy stikkprisandel (75 %), noe som trolig bidrar til god tilgjengelighet, men kan gi andre uheldige insentiver. I tillegg er kommunenes finansieringsandel lav (25 %) sett i forhold til ansvaret for tjenesten. Samtidig er det forståelse for den sentrale rollen fastlegene har i helsetjenesten for å sikre fastlegeforskriften, herunder vurdere å innføre nasjonale kvalitets- og funksjonskrav med tilhørende rapporteringskrav, for å understøtte at fastlegene tar et helhetlig ansvar for tjenestene til listepopulasjonen og sikrer et helhetlig pasientforløp.

Vurdere ressursbehovet i fastlegeordningen i forbindelse med utforming av fastlegeforskriften, etter gjennomgang av legevaksordningen og når det er klart hvilke oppgaver fastlegene skal ivareta fremover.

Utvikle et kvalitetssystem for primærhelsetjenesten, der allmennlegetjenesten er en integrert del. Tilpasse spesialistutdanningen i allmennmedisin til nye oppgaver og kompetansebehov.

Utrede endringer i finansieringsordningen for allmennlegetjenesten som understøtter målsettingene i samhandlingsreformen. Sikre helhetlige og koordinerte tjenester.

Styrking av kommunenes styringsmuligheter - fastlegeordningen

Kommunene er ansvarlig for fastlegeordningen og må ha virkemidler til å styre fastlegene.

I tillegg til de mulige endringene i fastlegeforskriften som er nevnt over, vurderer Regjeringen å foreslå at kommunene gis mulighet til å pålegge fastleger 7,5 timer med andre typer allmennlegearbeid ved fulltids praksis, i tråd med det som i dag er avtalt i sentral rammeavtale.

Forslagene til endringer i fastlegeforskriften innebærer en styrket regulering av fastlegeordningen i regelverket. Kommunene vil, gjennom de foreslåtte endringene i forskriften, gis økt mulighet til å sikre at prioriterte allmennlegeoppgaver ivaretas som del av listeansvaret.

Eventuelle forskriftsendringer kan nødvendigvis gjøre en gjennomgang av avtaleverket. Ved revisjonen av forskriften og gjennomgangen av avtaleverket kan det bli aktuelt å flytte også andre bestemmelser som i dag er fastsatt i avtaleverket over i forskriften for å sikre nødvendig styring.

Eventuelle forskriftsendringer, samt fremtidig overføring av oppgaver fra spesialisthelsetjenesten, vil også gjøre at reguleringen av lengden og sammensetningen av fastlegenes lister bør vurderes. Total arbeidsbyrde må legges til rette for kvalitet. Nye rapporteringskrav vil gjøre slik regulering mulig. I det videre arbeidet med lov og finansieringsordning vil departementet vurdere å gi kommunene større handlingsrom til å benytte økonomiske virkemidler overfor egne fastleger, bl.a. ved at per capita-tilskuddet kan variere avhengig av oppgaver, ansvar, resultatmåling og oppfølging fra legens side.

Fastlegens bidrag i helsefremmende og forebyggende arbeid?

Høringssvar:

Fastlegene må fortsatt ha en stor grad av autonomi. Allikevel er fastlegene en del av kommunehelsetjenesten og må bidra forebyggende og intervensjoner i forhold til de lokale utfordringer i kommunen og kommuneplaner. Dette kan gjøres ved aktivt fokus på de lokale utfordringer og innkalling av antatt risikopasienter.

Har fastlegen et populasjonsansvar? Og hvordan ivaretas det eventuelt?

- Allmennlegenes rolle i en "ny" primærhelsetjeneste:
- Fastlegenes ansvar sett i relasjon til de legeoppgaver som vil ligge i primærhelsetjenesten
- "Funksjonsfordeler" og "spesialisere" allmennlegene?
- Rolle i lokalmedisinske sentra
 - o Tverrfaglige team
 - o Lavterskeltilbud
- Task shifting – nye/utvidede roller for annet personell i pht (sykepl.)

Høringssvar:

Fastlegen har populasjonsansvar for sin liste. Både ift pasientens egen oppsøkning, men også aktiv rolle fra fastlegen til pasientene. Mange av de som ikke oppsøker fastlegen, men som er på dens liste, burde fanges opp tidligere. Hvordan dette kan gjøres samtidig som personvernet ivaretas, bør utredes videre. Tidligere erfaringer med screeninger som dyrt tiltak, bør kvalitetssikres forskningsmessig før evt innføring. Tiltak må være kunnskapsbaserte.

Ny folkehelselov

Fra innledningen i høringsnotatet

"En viktig begrunnelse for samhandlingsreformen er å styrke det forebyggende arbeidet og gi kommunene større ansvar. Loven vil gjelde for kommuner, fylkeskommuner, og den vil regulere statlige myndigheters understøttelse av folkehelsearbeidet regionalt og lokalt. Lover vil erstatte folkehelsebestemmelsene i kommunehelsetjenesteloven, inkludert miljørettet helsevern og lov om fylkeskommunenes oppgaver i folkehelsearbeidet."

Høringssvar:

Det grupperettede forebyggende og helsefremmende arbeide bør hjemles i folkehelseloven, mens det individuelt forebyggende og helsefremmende arbeide, også det systematiske bør hjemles i helse- og omsorgsloven. Kliniske tjenester som helsestasjon, skolehelsetjeneste, fastleger bør igjennom HO-loven tilpliktes å delta i det systematiske individuelt helsefremmende og forebyggende arbeide, og tilpliktes å kunne avgi helsestatistikk. Dette vil være ryddigst og tydeligst overfor de kliniske tjenester, inkl fastlegene.

Økt forpliktelse for alle kommunens sektorer til å fokusere på folkehelse og tidlig intervensjon vil generere gevinst som først og fremst høstes av spesialisthelsetjenesten. Det er ikke lagt opp til statlig finansiering av kommunens merarbeid i ft generelt folkehelsearbeide/folkehelsekoordinator, samfunnsmedisinsk arbeide, helsestatistikk, planverk og tiltak.

Kommunens ansvar - kapittel 2 (side 180)

§ 4 Kommunens ansvar for folkehelsearbeidet

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.

Fra høringsnotatet: side 44 og 45

Se side 44 kapittel 5.5.4 Organisatoriske utfordringer og finansiering og 5.5.5 Kompetanse og ressurser.

"Det er lite samsvar mellom de som sitter med de viktigste virkemidlene dvs. kommunene og hvem som høster gevinster ved forebygging...manglende grad av samhandling og sub-optimale intensivstrukturer samt uklar beskrivelse i lov fører også til at den spesialistkompetansen som spesialisthelsetjenesten besitter, og som er relevant i forhold til forebygging og folkehelsearbeid,- i liten grad tilflytter kommunen."

"Styrket regional kompetanse og samarbeid om ressursutnyttelse i folkehelsearbeid er en forutsetning for å kunne lykkes med det kommunale og lokale folkehelsearbeidet."

Kommentarer:

- Ansvar - tydelighet
- Kompetanse
- Ressurser – økonomi

§ 5 Oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer

Kommunen skal til en hver tid ha oversikt over helsetilstanden i befolkningen og de positive og negative faktorer som kan virke inn på denne. Opplysningene skal baseres på:

- a) Opplysninger som statlige myndigheter og fylkeskommunen gjør tilgjengelig etter § §§21 og 24,
- b) Kunnskap fra de kommunale helse -og omsorgstjenestene jf. helse og sosialloven §3-4 og
- c) Kunnskap om faktorer og utviklingstrekk i miljø og lokalsamfunn som kan ha innvirkning på folks 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 forskjeller.

Departementet vil gi forskrifter.

Høringssvar:

Mange utfordringer er felles for kommunene og nasjonen, som fx tobakksforebyggende arbeide, fedme mv, Det vil kreve store ressurser om hver kommune skal identifisere små ulikheter som er mellom kommunene. Det bør utarbeides nasjonale strategier der staten, fylkene og kommunene får definerte roller.

§ 6 Mål og tiltak

.....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 utfordringer kommunen står overfor§ 5.

Kommunen skal iverksette nødvendige tiltak for å møte kommunens helseutfordringer jf §5. ulykkesforebygging, begrense tobakk- og alkoholbruk, samt å fremme det gode fysiske og sosiale miljø- og samfunnsforhold.

Kommunen skal spre og yte opplysning gjennom informasjon, råd og veiledning

Synspunkter –

- Grenser for oppgaver
- Overvåkning og system –
- Økonomi

Høringssvar:

Statlige myndigheter må ha nasjonal oversikt og bidra til den lokale oversikt. Mange av de lokale utfordringene er nasjonale utfordringer. Ansvarer må ikke skyves over på kommunene alene.

Man er for øvrig enig i at det i all planlegging og vedtak skal vurdere ulike helsekonsekvenser på kort og lang sikt.

Spørsmål til grensesnitt mellom lovverkene.

Alternativer for plassering av grensesnitt mellom folkehelselov og helse og omsorgslov:

1. Er det slik at befolkningsrettet/grupperettet helsefremmende og forebyggende arbeid skal omfattes av folkehelseloven og alt individrettet arbeid av helse- og omsorgsloven?
2. Eller er det slik at individrettet helsefremmende og forebyggende arbeid også bør omfattes av ny folkehelselov?
3. Eller er det slik at noe av det individrettede helsefremmende og forebyggende arbeidet bør hjemles i folkehelseloven mens andre deler av det samme arbeidet hjemles i ny helse- og omsorgslov?

Høringssvar:

Individrettet arbeide hjemles i helseomsorgslov. Grupperettet i folkehelseloven.

Miljørettet helsevern - kapittel 3

Fra kommunehelsetjenesteloven:

§ 1-4. (Planlegging, informasjon og samordning)

Kommunens helsetjeneste skal til enhver tid ha oversikt over helsetilstanden i kommunen og de faktorer som kan virke inn på denne. Helsetjenesten skal foreslå helsefremmende og forebyggende tiltak i kommunen.

Helsetjenesten skal medvirke til at helsemessige hensyn blir ivaretatt av andre offentlige organer hvis virksomhet har betydning for helsetjenestens arbeid. Slik medvirkning skal skje blant annet gjennom råd og uttalelser og ved deltakelse i plan- og samarbeidsorganer som blir opprettet. Helsetjenesten skal av eget tiltak gi informasjon om de forhold som er nevnt i annet ledd, første punktum til de offentlige organer som har ansvar for iverksetting av tiltak som kan virke inn på helsen.

Høringssvar:

Tidligere paragraf 1.4 bør videreføres i ny lov.

Prinsippet er at en som har kunnskap om helsekonsekvenser være med på vurderingen.

På den annen side må alle virksomheter som del av kommunen ta helsemessige hensyn. Det nye lovforslaget medfører at hele kommunen har ansvar for helsemessige vurderinger, ikke bare helsetjenesten.

Det ligger i forvaltningsloven mht fullført saksbehandling at saken skal være godt nok belyst, og det skal også inkludere helsemessige vurderinger. Det bør imidlertid spesifiseres at det bør være relevant kompetanse som benyttes, som oftest samfunnsmedisinsk kompetanse gjennom kommuneoverlegen. I en del forhold vil folkehelsekoordinatorer også kunne bidra.