



Helse- og omsorgsdepartementet  
Postboks 8011 Dep.

0030 OSLO

**Deres ref.:**

**Vår ref.:**  
MROYNEB1  
S16/5197

**Arkivnr:**  
G00 &13  
L84537/16

**Dato:**  
30.09.2016

Ved henvendelse vennligst oppgi referanse S16/5197

## **Høringssvar - Oppfølging av forslag i Primærhelsetjenestemeldingen og Oppgavemeldingen mv**

Det vises til høringsnotat «Oppfølging av Primærhelsetjenestemeldingen og Oppgavemeldingen mv.» datert 6. juni 2016. Flere av lovendringene er knyttet til Oppgavemeldingen. Røyken, Hurum og Asker har fattet vedtak om å søke om kommunesammenslåing i 2020, og kommunene har samarbeidet og er koordinert i avgitte høringssvar. Høringssvaret er politisk vedtatt i formannskapet.

I det følgende avgis kommentarer knyttet til de ulike forlagene som er omtalt i Helse- og omsorgsdepartementets høringsnotat.

### **Kapittel 3 Oppfølging av primærhelsetjenestemeldingen**

#### **3.2 Lovfesting av kompetansekrav i den kommunale helse- og omsorgstjenesten**

Kommunene må gjøres i stand til å oppfylle samhandlingsreformens intensjoner om koordinerte og helhetlige pasientforløp. I Primærhelsetjenestemeldingen beskrives en plan for å lykkes med dette og det pekes på tre satsningsområder der økt kompetanse er ett av dem. Asker kommune stiller seg bak og ser behovet for økt kompetanse og tilstrekkelig personell for å møte komplekse utfordringer.

Det sies også at kommunene bør ha sammensatt, høyere og bredere kompetanse. Helsetjenestene må i større grad utvikles ut fra pasientens behov enn ut fra diagnoser og profesjoner. Dette er helt i tråd med vår kommunes dreining mot medborgerskap i tjenesteutviklingen.

Etter departementets vurdering er rett kompetanse i den kommunale helse- og omsorgstjenesten så grunnleggende for å yte nødvendige og forsvarlige tjenester, at visse kompetansekrav bør fremgå direkte i lov. Det er ingen tvil om de foreslåtte profesjonenes nødvendighet i den kommunale helsetjenesten, det fremgår også av gjeldene lov.

Videre beskrives det at ut over den kjernekompetanse som lovfestes må kommunen selv vurdere hva slags personell som er nødvendig å ansette for å kunne oppfylle ansvaret om et forsvarlig og nødvendig tilbud av helse- og

omsorgstjenester. Etter kommunens mening harmonerer dette dårlig med det som samtidig beskrives i notatet, hvor ikke foreslått lovfestet kompetanse fremheves som avgjørende og særlig viktig for å klare oppgavene som skal løses. Å lovfeste visse profesjoner foran andre som også er helt nødvendige for kommunen skal kunne oppfylle sitt ansvar for et forsvarlig og nødvendig tilbud av helse- og omsorgstjenester, er ikke tjenlig i utvikling av helse- og omsorgstjenesten. For å få frem viktigheten av tverrfaglig arbeid på tvers av profesjoner og faggrupper ville det være mer tjenlig å sidestille disse og heller tydeliggjør tjenestene og pasienten/brukerens plass i tjenestene. Dette i tråd med dreining mot medborgerskap for å klare å utføre fremtidige oppgaver som kommunen skal løse.

Det er vanskelig å se at lovfesting vil gi forskjell i kvalitet, da forsvarlighetskravet er «skranken», før og nå. Paragraf § 3-1 som beskriver sørge for- ansvaret gir kommunen stor frihet til å organisere eget tjenestetilbud. Her kan kommunen være nytenkende eller tradisjonell så lenge det oppfyller kravet om forsvarlighet. I departementets forslag er et utvalg av yrkesgrupper som er med i kompetansekravet, uten at de i seg selv ivaretar tverrfaglighet. Forslaget er videre formulert slik at det ikke gjør noen forskjell for kvaliteten som leveres til kommunens innbyggere. Til det er den for lite spesifikk på hvor denne tilgangen skal sikres (i hvilke situasjoner, vurderinger, aktiviteter) og i hvilket omfang kompetansen skal være tilknyttet.

Asker kommune erfarer selv at bred og sammensatt kompetanse er avgjørende i utvikling av helse- og omsorgstjenesten, og en tydeliggjøring av kompetansekrav vil kunne få en utilsiktet effekt i forhold til ansettelser, som i praksis medfører at ulike faggrupper vil bli verdsatt forskjellig uavhengig av kompetansebehovet i kommunen. Dette bryter klart med tidligere føringer der man har søkt seg vekk fra profesjonsfokus til fokus på kvalitet på tjenesten. Når departementet i sitt forslag velger å lovfeste noen utvalgte faggrupper (alle helsefaglige) mens andre ikke lovfestes (bl.a. rus- og sosialfaglig) er det grunn til å forvente et sterkere B-preg på ikke-lovfestet utdanningsbakgrunn.

Forslaget er ikke i tråd med prinsippet om lokalt selvstyre, og innebærer et brudd med kommunens frihet til selv å finne hensiktsmessige løsninger for å ivareta sitt ansvar for å levere forsvarlige tjenester. Det kan i tillegg vanskelig oppfattes som sammenfallende med Oppgavemeldingen, med positivt ønske om å gi kommunene mer frihet. Da det videre er vanskelig å se at lovfesting av kompetansekrav vil gi større kvalitet i tjenestene, samt ikke vurderes hensiktsmessig i en ønsket utvikling av helsetjenesten, som i større grad utvikles ut fra pasientens behov enn ut fra diagnoser og profesjoner, vil ikke Asker kommune støtte departementets forslag.

### **3.3 Lovfesting av den kommunale helse- og omsorgstjenestens veiledningsplikt overfor spesialisthelsetjenesten**

Asker kommune støtter departementets forslag om å ta inn bestemmelse om kommunal helse- og omsorgstjenestes veiledningsplikt overfor spesialisthelsetjenesten i helse- og omsorgstjenesteloven. Likelydende lovverk underbygger at spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten er likeverdige parter i samhandlingen.

### **3.4 Krav til ledelse i den kommunale helse- og omsorgstjenesten**

Departementets helhetlige vurderinger som legges til grunn for forslaget om å ikke lovfeste ytterligere krav til ledelse i den kommunale helse- og omsorgstjenesten støttes. Eksisterende og varslede krav stiller indirekte krav til ledelse uten at det kommer i konflikt med innretningen på kommunens sørge for-ansvar og rett til selv å finne hensiktsmessig organisering for å ivareta dette ansvaret. Det fremstår uklart hvilken effekt en detaljert skjerping av krav til ledelse eventuelt ville få.

### **3.5 Tydeliggjøring av ansvaret for pasient-, bruker- og pårørendeopplæring i den kommunale helse- og omsorgstjenesten**

Asker kommune støtter forslaget om å endre helse- og omsorgslovens formålsparagraf til også å omfatte det å «sikre nødvendig opplæring av pasient, bruker og pårørende». Kommunen arbeider målrettet med utvikling av aktiv bruker- og pårønderolle. Medborgerskap og samskaping hvor kommunen er et lokalt fellesskap der innbyggerne involveres aktivt som ressurs og samarbeidspartner ligger til grunn for all tjenesteutvikling, og i denne utviklingen, med fokus på en aktiv og fremtidsrettet bruker- og pårønderolle, er opplæring et viktig element.

Asker kommune vil imidlertid påpeke uenighet i departementets påstand om «dette er en tydeliggjøring av allerede gjeldende rett og endringen vil derfor ikke innebære vesentlige administrative eller økonomiske konsekvenser for kommunene». I høringsnotatet vises det til departementets høringsnotat om styrket pårørendestøtte i form av en ny pliktbestemmelse hvor opplæring inngår. Asker kommune avga høring, og her understreket Asker kommune behovet for avklaringer i forhold til hvor omfattende plikten vedr. opplæring skal være i henhold til forvaltningslovens regler om bl.a. enkeltvedtak. Dette har betydning for hvor stort administrativt og økonomisk omfang lovforslaget vil medføre. Dersom departementet anser at alle deler av kommunens helse- og omsorgstjeneste skal være underlagt forvaltningslovens regler om enkeltvedtak må kommunen opprette egne stillinger for å ivareta denne koordineringen og saksbehandlingen.

Opplæring er en oppgave som utføres av alle de kommunale tjenestene herunder fastleger, helsestasjon, tildelingskontor, tjenesteyter som for eksempel sykehjem, hjemmesykepleie, rustjeneste og psykisk helse. Det blir gjort mye godt arbeid, men det er vanskelig å synliggjøre dette arbeidet og løfte fram opplæring og mestringsarbeid som en enhetlig oppgave. Når departementet nå kommer med en tydeliggjøring av dette ansvaret i lovsform vil dette kreve at kommunene også må få tydeliggjort og løftet fram dette arbeidet. Det ser kommunene er utfordrende å klare uten vesentlige administrative og økonomiske ressurser, noe Asker kommune også påpekte i høringssvaret om styrket pårørendestøtte. Innføringen av kommunenes ansvar for mestring og opplæring har kommet inn gradvis og delvis som en følge av samhandlingsreformen. Det er i økende grad fra sentrale helsemyndigheter blitt tydeliggjort som et innsatsområde kommunene skal prioritere, men uten at det følger midler med til dette.

### **3.6 Tydeliggjøring av helse- og omsorgstjenestens ansvar for å forebygge, avdekke og avverge vold og seksuelle overgrep**

Asker kommune støtter departementets forslag om endringer i helse- og omsorgstjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven og tannhelsetjenesteloven for å tydeliggjøre tjenestenes ansvar.

Det kan imidlertid sees noe uklart hva som blir *faktisk* innhold i kommunes ansvar. Bestemmelsen bidrar til økt ansvarliggjøring av kommunes ledelse, men det er uklart hvordan dette skal kunne måles, sjekkes og kvalitetssikres. Bestemmelsen må sees opp mot dagens bestemmelser som omhandler opplysnings- og eller meldeplikt, spesielt for at kommunens ansvar ikke er fragmentert over flere bestemmelser i ulikt lovverk.

Utover behovet for å foreta tydeliggjøring i lovverk er det viktig å bemerke at rettslige virkemidler ikke kan stå alene. Skal man oppnå hensikten med forslaget er kombinasjon med andre virkemidler sentralt.

## **Kapittel 4. Etablering av forsøksordning hvor større kommuner kan få ansvar for å drifte distriktpsikiatriske sentre (DPS)**

### ***Formål med forsøksordningen***

Asker kommune mener intensjonene med forsøksordningen er gode. Det er stadig mindre forskjell på tjenestene som ytes av DPS og kommunale tjenester, og disse tjenestene ytes til pasienten der pasienten bor og virker. Dels er dette et resultat av at kommunenes ansvar for tjenester til innbyggerne har blitt utvidet, men også ved utviklingen i sykehusstrukturen med DPS. DPS-ene har blitt desentralisert og sykehusfunksjonene sentralisert. Spesialiserte funksjoner innen utredning flyttes i mange helseforetak til sykehuset, DPS-ene bygger ned døgnkapasitet og vektlegger poliklinikk og ambulant virksomhet.

I store kommuner som eksempelvis Asker, bygges det ut tjenester som i stor grad «matcher» DPS, både i utforming og kvalitet. I noen tilfeller ser vi at de to tjenestenivåene dublerer sitt tilbud. I andre situasjoner opplever pasienter og brukere at de faller mellom "stolene". Det er fremdeles relativt få eksempler på at kommune og DPS jobber målrettet sammen om tilbudet til brukere ("skulder ved skulder"), samarbeidet har i flere tilfeller mer preg av "stafett" eller parallelljobbing. Asker kommune ser klart at tjenester som i dag leveres av DPS og kommunale tjenester vil kunne bli mere koordinerte med tjenester organisert i samme virksomhet, og videre sikre bedre samhandling og mer effektiv ressursutnyttelse.

DPS er utviklet som et desentralisert spesialisthelsetjenestetilbud, som skal ha nærhet til der pasienten bor, og sikre lav terskel for tidlig innsats. Det er derfor utfordrende at mange DPS har en avslagsprosent i nærheten av 30 prosent. Dette tilsvarer en tredjedel avslag av fastlegenes henvisninger, noe som er ikke god utnyttelse av fastlegens ressurser og ikke minst dårlig pasientbehandling. En innstramning av direktoratets prioriteringsveileder har ikke hjulpet på dette.

Med dagens oppgavedeling kan det være utfordrende for kommunene å bygge opp tilstrekkelig med kompetanse og sikre store nok fagmiljøer til å tiltrekke seg og holde på spesialisert kompetanse. En overtagelse av driften av DPS vil kunne føre til en bedre tilgjengelighet til kompetansemiljø og dermed en økning av kompetanse også innen den primærhelsetjenestedelen av psykisk helse. På den

andre siden vil større avstand mellom fagmiljø på DPS og sykehusene kunne føre til en lavere kompetanse på DPSene og større avstand til tyngre fag- og forskningsmiljøer.

Det vurderes som vanskelig å anslå hvor stor "nettoeffekt» en slik forsøksordning vil ha i de ulike DPS distrikter, og dette vil antagelig være svært forskjellig for ulike kommuner/DPS. Det vil avhenge av hvor godt samarbeid og samhandling det er pr i dag og hva som ellers ville kommet ut av den utviklingen som er på gang, med igangsatte prosjekter og tiltak. I mange kommuner har det de senere år utviklet seg et godt samarbeid med DPS. Asker kommune har et tett samarbeid med Asker DPS og sammen har tjenestene ambisjoner om å effektivisere dette samarbeidet. Det er igangsatt tiltak og prosjekter som kommunen enda ikke har sett full effekt av, og Asker kommune er i en større omstilling som mer målrettet vil dra veksler på DPS. Kommunen vil med utvidet lavterskeltilbud også supplere DPS i oppstart av behandling, og gjennom det nå en større andel av befolkningen.

Asker kommune vurderer intensjonene med dette forsøket som gode, og i tråd med en ønsket utvikling i hvordan psykisk helsehjelp ytes og virker overfor innbyggere med behov for bistand. Store kommuner bør kunne levere mer av det nødvendige helsetilbudet til innbyggere med psykisk helse og rusutfordringer. Kommunalt DPS eller tilsvarende kompetansemiljø bør inngå i et slikt helsetilbud.

### ***Delt ansvar: sørge for- ansvar og drift***

Det foreslås en delt ansvarsmodell hvor regionale helseforetak (RHF) har sørge for-ansvaret for DPS tjenester og kommunen overtar driften av tjenesten på RHFets vegne.

Driftsansvar uten helhetlig ansvar vil føre til omfattende rapporteringskrav fra den som har sørge for-ansvaret – RHFene. Dette vil bidra til å gjøre overføring av oppgaven mindre effektivt enn forutsetningene. Det vil være utfordrende å ha ansvar for kvaliteten, men ikke for rammene/kravene som vil ligge i RHFenes sørge for- ansvar og spesialisthelsetjenestens fagmiljø. Når RHF'et sitter med det overordnede ansvaret for kvaliteten vil dette bidra til ulikeverd i forhold som definisjonsmakt, styre prioriteringer, samt kommunen må tilpasse seg helseforetakets systemer og prioriteringer.

I en slik konstellasjon vil kommunen bli en underleverandør til helseforetaket. Det er svært uheldig og bryter klart med intensjonene i samhandlingsreformen. Intensjonen med reformen er å gjøre befolkningen mindre avhengige av sykehuset. Et av forbildene til samhandlingsreformen var Finnlands organisering av spesialisthelsetjenesten. Der er det kommunene som har "sørge for"-ansvaret og som finansierer sykehuset. Forsøksordningen trekker i feil retning når den gjør kommunen til en drifter av spesialisthelsetjeneste.

### ***Organiseringsfrihet***

Det vil fortsatt være to deler/nivåer i tjenesten: primærhelsetjenester og spesialisttjenester men nå med deler samorganisert i kommunene. Kommunen skal stå fritt i å kunne organisere tilbudet i sammenheng med kommunale tjenester innenfor de rammer som lovverk og avtale setter. Det påpekes at endring i organisering må skje i dialog med RHF og fagmiljøet i RHF vil være styrende for hvilke tjenester oppfattes som spesialist tjeneste. RHF skal godkjenne endringer i organisering. Slik sett har ikke kommunen stor organisatorisk frihet.

## **Evaluering**

Evaluering av forsøket er helt nødvendig og bør planlegges i forkant med tydelige effektmål.

## **Forholdet til ansatte**

For å få til riktig styring av ressursene anses det som avgjørende at den som har ansvar for driften også har styringsrett overfor ansatte. Kommunene bør i en forsøksordning derfor overta arbeidsgivers ansvar. I verste fall vil motvillige ansatte i spesialisthelsetjenesten kunne motarbeide overføringsprosess, som kan medføre lavere kompetanse i DPS tjenestene, og det vil da kunne bli en utfordring i en prøveperiode å opprettholde spesialistkompetansenivået i DPS under kommunale drift.

## **Kommunalt samarbeid**

Det forutsettes at der hvor flere kommuner utgjør opptaksområde til et DPS vil disse måtte samarbeide om et slikt forsøksprosjekt. Det er selvsagt viktig at alle involverte kommuner i et forsøk tilslutter seg prosjektet. Det ligger en utfordring med hensyn til likeverdige tjenester at forsøket skal gjennomføres i store kommuner mens mindre kommuner skal fortsette dagens organisering.

## **Finansieringsordninger**

Modellen som foreslås i høringen tar sikte på at inntektene (både basisbevilgning, takster og pasientbetaling) skal tilfalle RHF som etter forhandlinger med kommunene lokalt skal overføre midler til drift. Kommunene skal være i dialog med RHF ved endring i organisering. Dette gir kommunene mindre fleksibilitet og kontroll over økonomiske forhold. Asker kommune mener det er utfordrende at forsøksmodellen legger opp til at kommunene ikke får overta finansieringsansvaret og at løsningen trolig blir at det økonomiske oppgjøret skal avtales lokalt.

## **Andre forhold**

DPSene har varierende kompleksitet i sine oppgaver fra omsorgsoppgaver (med robust spesialist støtte) på en del døgnenheter til spesialiserte utredningsenheter som tidlig innsatts psykose (TIPS) og nevropsykologisk utredning. Høyspesialiserte miljøer vil trenge nærhet til øvrig spesialistnivå for å opprettholde sin kompetanse, mens deler av DPSene kan i så henseende i større grad overtas av kommunene – for eksempel enkelte døgnenheter og deler av poliklinisk og ambulerende virksomhet. Dette har høringsnotatet ikke utredet tilstrekkelig.

Primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten har ulike tilnærminger til faget og har utviklet nokså ulike kulturer. Det er vesentlig at en forsøksordning varer over lang nok tid til at kulturen i DPS og øvrige kommunale tjenester får nok tid til å samkjøres.

## **Konklusjon**

Asker kommune ser at tjenester som i dag leveres av DPS og kommunene vil kunne bli mere koordinerte med organisering i samme virksomhet, og videre sikre bedre samhandling og mer effektiv ressursutnyttelse. Store kommuner bør kunne levere mer av det nødvendige helsetilbudet også til innbyggere med psykisk helse og rusutfordringer, og kommunalt DPS eller tilsvarende kompetansemiljø bør inngå i et slikt helsetilbud for å gi et mest mulig helhetlig tilbud til brukerne. Det vil være i tråd med en ønsket utvikling i hvordan psykisk helsehjelp ytes og virker overfor innbyggere med behov for bistand.

Innen området psykisk helse og rus har høringskommunene fokus på videreutvikling av et differensiert tjenestetilbud, mer robust kompetansemiljø i primærhelsetjenestedelen, samt tett og god samhandling med spesialisthelsetjenesten. Dette kan også oppnås med større fokus på de gode prosessene som allerede er iverksatt med hensyn til kompetanseoverføring og samhandling. Det vil fortsatt være behov for fokus på samhandling med sykehusene.

Når det gjelder foreslått forsøksmodell ser Asker kommune de gode intensjonene med forsøksordningen, men samtidig en rekke utfordringer med foreslått modell for gjennomføring. Asker kommune støtter en utvikling i retning av kommunalt DPS, men en forsøksordning der sørge for - ansvaret forblir i helseforetaket og driftsansvaret overføres til kommunen medfører mange utfordringer, stor risiko og derav stor usikkerhet for å lykkes med et slikt forsøk. Kommunen vil derfor vurdere det som utfordrende å delta i en forsøksordning med beskrevet og foreslått rammeverk.

## **Kapittel 5 Overføring av ansvaret for tannhelsetjenester fra fylkeskommunen til kommunen**

Asker kommune er positiv til et kommunalt ansvar for tannhelsetjenesten. Tannhelsetjenesten har grenseflater mot kommunale tjenesteområder, og det vil kunne gi god effekt å organisere og integrere dette sammen med kommunal helse- og omsorgstjeneste. Det kan bidra til en bedre sammenheng i tjenestene, de voksne som har rett til tannhelsehjelp er i stor grad pasienter/ brukere i kommunen. Barn og unge som tilbys forebyggende og behandlende tannhelsetjenester følges stort sett opp av kommunale tjenester for øvrig – både helsesøster og fastlege.

Kompetansen til ansatte i tannklinikene kan også være nyttig ute i tjenestene til opplæring av ansatte eller for å bistå pasienter/ brukere der de er. Når det gjelder ansvaret for spesialiserte tannhelsetjenester er det viktig at regionsklinikene opprettholdes og at det tilrettelegges for vertskommune/interkommunale avtaler rundt overføring av disse for å sikre nødvendig fagmiljø for spesialiserte tannhelsetjenester. Begrensninger i kommunens generelle sørge for- ansvar som er foreslått å også gjelde tannhelsetjenester til vokse bør tydeliggjøres ytterligere.

Alle forhold i samfunnet som fremmer god folkehelse fremmer også god tannhelse og omvendt. Ved å integrere allmenntannhelsetjenester i kommunen vil kommunen lettere kunne se utviklingstrekk i befolkningens tannhelse i sammenheng med andre helse- og sykdomsforhold og bruke det som grunnlag for det forebyggende arbeidet.

Når kommunene skal overta ansvaret må finansieringen være tilstrekkelig, herunder hensyntatt stordriftsfordelene som fylkeskommunen har i dag, slik at dagens tilbud ikke forringes og at tannhelsetjenesten kan organiseres effektivt for kommunene, i forhold til de øvrige tjenestene.

Det støttes at kommunene står fritt til å vurdere hvorvidt de personellressursene og den klinikkstrukturen som de får overført i forbindelse med virksomhetsoverdragelsen er tilstrekkelig for å ivareta ansvaret i henhold til krav

fastsatt i lov og forskrift.

Det må tilføres ekstra midler for å dekke kravet om at personer med rusavhengighet og innsatte i fengsler også skal få de samme rettighetene.

### **Kapittel 6 Tydeliggjøring av kontaktlegeordningen for alle helseinstitusjoner som omfattes av spesialisthelsetjenesteloven**

Asker kommune er enig i forslaget til endring i spesialisthelsetjenesteloven slik at det blir et krav til alle helseinstitusjoner i spesialisthelsetjenesten å oppnevne en kontaktlege for pasienter med omfattende og langvarig behov for sykehustjenester.

Overføring av ansvaret for å oppnevne en kontaktlege til pasienter med omfattende og langvarige behov for sykehustjenester, fra helseforetakene til hver enkelt institusjon, vil være en bevisstgjøring og tydeliggjøring som kan bidra til en bedre fungering av ordningen i henhold til intensjon, og medføre en bedre og mer effektiv oppfølging av den enkelte pasient.

### **Kapittel 7 Tydeliggjøring av kommunenes plikter når det gjelder psykososial beredskap og oppfølging**

Asker kommune støtter departementets vurdering om å tydeliggjøre kommunens ansvar for psykososial beredskap og oppfølging gjennom presisering av gjeldende rett.

Gjennom tydeliggjøringen og fravær av krav til kommunens valg av løsninger, underbygger departementet kommunens sørge for- ansvar og mulighet til selv å finne hensiktsmessige løsninger. Det anses som viktig at lovforslaget inneholder ordet "oppfølging". Det bidrar til å forplikte i ettertid av hendelser.

Aud Hansen  
Helse- og omsorgsdirektør

Marit Røyneberg  
rådgiver

*Dokumentet er elektronisk godkjent*