

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 OSLO

Deres ref.:
Vår ref.: 16/16066-13
Saksbehandler: Hilde Skagestad
Dato: 30.09.2016

Helse- og omsorgsdepartementet - Høring - Oppfølging av forslag i Primærhelsetjenestemeldingen og Oppgavemeldingen med videre - høringsinnspill fra Helsedirektoratet

Helsedirektoratet viser til Helse- og omsorgsdepartementets høringsnotat – oppfølging av Primærhelsetjenestemeldingen og Oppgavemeldingen mv. av 6. juni 2016.

Høringsnotat inneholder forslag til lovendringer blant annet i forbindelse med oppfølging av forslag i Primærhelsetjenestemeldingen og Oppgavemeldingen.

Det foreslås blant annet å lovfeste kompetansekrav i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Helsedirektoratet hadde ønsket en full evaluering av helse- og omsorgstjenesteloven som et utgangspunkt før innføring av lovfestede kompetansekrav. Under den gitte forutsetningen om at profesjonsnøytralitetsprinsippet i loven likevel brytes, støtter Helsedirektoratet de foreslåtte kompetansekravene.

Videre foreslås det lovendringer som er nødvendige i forbindelse med overføring av tannhelsetjenesteansvaret fra fylkeskommunene til kommunene og forsøk med overføring av driftsansvar for distriktpsikiatriske sentre (DPS) til kommuner.

Helsedirektoratet støtter de foreslåtte endringene. For øvrig vises det til nærmere detaljer i vårt vedlagte innspill.

I høringsnotatet foreslås også endringer i helse- og omsorgstjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven og tannhelsetjenesteloven for å tydeliggjøre tjenestenes ansvar for å forebygge, avdekke og avverge vold og seksuelle overgrep. I tillegg foreslås det lovendringer for å tydeliggjøre kontaktlegeordningen samt kommunens plikt til psykososial beredskap og oppfølging.

Helsedirektoratet

Avdeling allmennhelsetjenester
Hilde Skagestad, tlf.: 24163832

Postboks 7000 St. Olavs plass, 0130 Oslo • Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo • Tlf.: 810 20 050
Faks: 24 16 30 01 • Org.nr.: 983 544 622 • postmottak@helsedir.no • www.helsedirektoratet.no

Helsedirektoratet støtter disse endringene.

Vennlig hilsen

Svein Lie e.f.
divisjonsdirektør

Rolf J. Windspoll
avdelingsdirektør

Dokumentet er godkjent elektronisk

Vedlegg: 1

Innspill fra Helsedirektoratet til høringsnotat – Oppfølging av Primærhelsetjenestemeldingen og Oppgavemeldingen

https://www.regjeringen.no/contentassets/4b969cc159384aca86776fc9404aa32f/hoeringsnotat_kj_6_6_16.pdf

Lovfesting av kompetansekrav i den kommunale helse- og omsorgstjenesten

Helse- og omsorgsdepartementet foreslår i punkt. 3.2 i sitt høringsnotat av 6. juni 2016 – oppfølging av Primærhelsetjenestemeldingen og Oppgavemeldingen å lovfeste krav om at kommunen skal ha lege, sykepleier, fysioterapeut, helsesøster og jordmor knyttet til seg fra 1. januar 2018. Fra 1. januar 2020 foreslås det at kommunen også skal ha psykolog, ergoterapeut og tannlege knyttet til seg. Lovfesting av de sistnevnte tre gruppene henger sammen med kommunereformen.

I gjeldende helse- og omsorgstjenestelov 24. juni 2011 nr. 30 er kommunens plikter utformet overordnet og profesjonsnøytralt. Profesjonsnøytralitetsprinsippet ble valgt for å gi kommunene et tydelig og helhetlig ansvar, og stor frihet til å organisere og tilpasse tilbudet i samsvar med lokale behov.

I forarbeidene til gjeldende helse- og omsorgstjenestelov ble det likevel fremhevet at forslaget innebar en videreføring av gjeldende rett. I tillegg viste departementet til andre virkemidler, lovfesting av forsvarlighetskravet og lovfesting av bestemmelser om pasientsikkerhet, bestemmelse om kommunens ansvar for å sikre tilstrekkelig fagkompetanse i de ulike helse- og omsorgstjenestene, hjemmel til i forskrift å gi nærmere bestemmelser om kommunens plikt til å sikre tilstrekkelig fagkompetanse i tjenesten samt til at Helsedirektoratet etter nytt lovforslag kunne gi nasjonale faglige retningslinjer, veiledere og kvalitetsindikatorer. Endelig viste departementet til at det i lovforslaget § 3-2 andre ledd ble foreslått at Kongen i statsråd kunne gi nærmere bestemmelser om krav til innhold i tjenestene etter bestemmelsen. I tillegg foreslo departementet at denne forskriftshjemmelen ble utvidet til også å gjelde bestemmelser om kompetansekrav for ulike typer tjenester.

Helsedirektoratet hadde i utgangspunktet og på denne bakgrunn først imøtesett en evaluering av helse- og omsorgstjenesteloven, slik det ble varslet i proposisjonen.

En overordnet måte å regulere kommunens plikter er dynamisk og anvendbar i forhold til helse- og omsorgsfaglig utvikling, og understøtter nye måter å organisere tjenestetilbudet på.

Bakgrunn/eksempler:

Høringsnotatets innledning om forslaget i Primærhelsemeldingen vektlegger tydelig behovet for å sikre tilstrekkelig breddekompetanse. Herunder at kravet til sosialfaglig tilnærming, som tidligere lå i

sosialtjenesteloven, må ivaretas. Det sies at «*ergoterapeuter, sosionomer, vernepleiere og annen sosialfaglig eller spesialpedagogisk kompetanse*» er avgjørende for at kommunene skal kunne ta et større ansvar særlig innen habilitering og rehabilitering. Brudd i forløp ved overgang fra sykehus til kommune skyldes ofte mangel på nødvendig kompetanse i kommunene.

For å sikre den faglige kvaliteten på tjenestetilbudet til mennesker med utviklingshemming og i arbeidet med saker etter helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9, noe som er et viktig politisk satsingsområde, vurderer Helsedirektoratet for eksempel at viktigheten av vernepleiekompetanse burde vært løftet frem. Vernepleiere besitter en særlig viktig kompetanse når det gjelder vurderinger knyttet til helsefaglige forhold, dagliglivets ferdigheter og habiliteringsarbeid hos mennesker med utviklingshemming, herunder erfaring og kompetanse mht. å håndtere «annerledeshet», utrede sosiale vansker og iverksette tiltak. Når det gjelder forebygging av tvang og makt og oppfølging av vedtak etter helse- og omsorgstjenestens kapittel 9, er vernepleierne en særlig viktig gruppe både som utfører av og ansvarlig for vedtakene i kommunen, og for faglig veiledning og oppfølging av personalgruppen. De er også viktige samarbeidspartnere for spesialisthelsetjenesten i deres arbeid med å gi bistand til kommunen i saker etter kapittel 9.

I lovforarbeidene Prp. 91L (2010 – 2011, s 182), er det vektlagt at den sosialfaglige tilnærmingen skal ivaretas. Her sies det: «*Kommunale habiliterings- og rehabiliteringstjenester skal ikke bare være av medisinsk art, men også dekke sosiale og psykososiale behov. Det er av sentral betydning at kommunene også opprettholder den sosialfaglige tilnærmingen for å sikre en helhetlig oppfølging av mennesker med psykiske lidelser, rusmiddelavhengighet, varig nedsatt funksjonsevne og mennesker som må omstille seg i forhold til bolig, arbeid og sosial deltakelse som følge av sykdom eller skade. Dette er understreket av flere høringsinstanser*».

Den sosialfaglige kompetansen er helt nødvendig for å sørge for forsvarlige og helhetlige tjenester til en lang rekke pasient- og brukergrupper i kommunen, herunder personer med psykiske problemer og/eller rusmiddelproblemer. Styrking av teambaserte og tverrfaglige tjenester er en faglig og politisk målsetning. Psykososial beredskap og oppfølging skal lovfestes. Begge deler forutsetter at den sosialfaglige kompetanse bevares og videreutvikles i kommunene.

Yrkesgruppene som er foreslått lovfestet i høringsnotatet er utelukkende autorisert helsepersonell. Sosialpersonell er overhodet ikke medtatt i listen over foreslåtte lovpålagte yrkesgrupper til tross for at loven også har som formål å fremme sosial trygghet, bedre levekårene for vanskeligstilte, og forebygge sosiale problemer.

I St.meld. 45(2012-2013) Frihet og likeverd sies følgende om vernepleierkompetanse: «*Helsetilbudet til personer med utviklingshemming er svært mangelfullt. Vernepleierkompetanse er viktig i tjenestene til mennesker med utviklingshemming. Det er stor mangel på vernepleiere i disse tjenestene i dag og vi frykter at en lovfesting av andre profesjoner i kommunen vil forverre denne situasjonen. Vernepleierens helse- og sosialfaglige kompetanse er helt unik. Kombinasjon av miljøterapi og helsefag gjør vernepleierne spesielt godt egnet til å jobbe med personer med kognitiv svikt, og derfor er denne kompetansen er viktig i habiliteringsarbeidet.*»

For pasienter i yrkesaktiv alder og som har behov for rehabilitering med arbeid som mål, er også den sosialfaglige kompetansen sentral. Det foreligger i dag et solid kunnskapsgrunnlag for å slå fast at det er helsefremmende å være i arbeid selv om man har helseutfordringer. Det krever for mange tett oppfølging av personell med bredt spekter av kompetanse.

Ut fra høringsnotatets beskrivelse av hvor viktig kompetansen til vernepleiere og sosionomer er, kan det for eksempel være vanskelig å forstå bakgrunnen for at denne kompetansen ikke sikres ved lovfesting på linje med leger, sykepleiere, fysioterapeuter, ergoterapeuter og psykologer. Dette er

personell som yter tjenester til særdeles sårbare grupper som «mennesker med psykisk utviklingshemming og nedsatt funksjonsevne, med rusproblemer og psykiske lidelser, og familier som har barn med funksjonsnedsettelse».

Oppsummering:

Når en slik evaluering av hvordan ny helse- og omsorgstjenestelov med profesjonsnøytralitet sammenholdt med en rekke andre virkemidler i ny lov som skulle kompensere for dette ikke har funnet sted, finner Helsedirektoratet å måtte ta utgangspunkt i det som i høringen fremholder som gjeldende rett på dette punktet.

Dersom prinsippet om profesjonsnøytralitet likevel skal fravikes i det omfang som nå er foreslått støtter Helsedirektoratet forslaget om at det i lov om helse- og omsorgstjenesten i denne omgang tas inn en ikke uttømmende liste over hvilken kjernekompetanse enhver kommune må ha; først lege, sykepleier, fysioterapeut, jordmor, helsesøster og fra 1.1.2020 også psykolog, ergoterapeut og tannlege.

Helsedirektoratet er enige med departementet i at tannlege bør lovfestes som en del av kjernekompetansen som kommunen må ha knyttet til seg. Når kommunene skal overta ansvaret for tannhelsetjenester i den offentlige tannhelsetjenesten vil det være viktig med tannhelsefaglig kompetanse i kommunen, og det bør vurderes om det bør forskriftsfestes at leder for kommunens tannhelsetjeneste må være tannlege eller inneha tannlegefaglig kompetanse.

Helsedirektoratet ønsker å påpeke at tannpleieren også har en viktig rolle, og vil kunne bidra positivt i helsefremmende og forebyggende arbeid i kommunen. Helsedirektoratet støtter likevel departementets vurdering om at det ikke er nødvendig å lovfeste tannpleier som en del av kommunens kjernekompetanse dersom tannlege lovfestes.

Ellers bør sykehjemsforskriften og forskrift om lovbestemt sykepleietjeneste gjennomgås, og forholdet til dem avklares. Disse forskriftene, som stiller krav til faglig ledelse av bestemte tjenestetilbud, har i dag en noe uklar status. Dette vil bli forsterket med de foreslåtte lovendringene.

Særlig om økonomiske og administrative konsekvenser av å lovfeste krav om psykolog

Psykologer kan bidra til å styrke den tverrfaglige og helhetlige kompetansen i kommunen. Psykologers kompetanse kan benyttes i individ- og systemrettet arbeid, både innenfor helsefremmende og forebyggende arbeid, behandling og oppfølging. Helsedirektoratet har siden 2008 forvaltet tilskuddsordningen for økt rekruttering av psykologer i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Gjennom tilskuddsordningen er det opparbeidet bred kunnskap og erfaring med rekrutteringen, herunder suksesskriterier og utfordringer. Mange av kommunene som mottar tilskudd oppgir stor grad av tilfredshet med å ha fått tilført psykologkompetanse og at sammen med øvrig kompetanse, har dette bidratt til økt tverrfaglighet og bedre kvalitet i tjenestetilbudet.

Det har vært en markant økning i antall psykologstillinger de siste fire årene¹. Samtidig er det fortsatt mange kommuner som oppgir at de ikke har psykologkompetanse². Lovfesting kan være et av flere virkemidler for å sikre en utjevning av til dels store geografiske variasjoner i kompetanse og kvalitet i tjenestetilbudet og kan bidra til en generell utvikling av det kommunale arbeidet innen feltene.

¹ Pr april 2016 er det gitt tilskudd til 365 psykologstillinger fordelt på 248 kommuner/bydeler

² SINTEF, Ose og Kaspersen (2015): Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid 2015: Årsverk, kompetanse og innhold i tjenestene. Rapport IS-24/8.

Helsedirektoratet angir noen problemstillinger knyttet til lovkravet:

- Det er i hovedsak små kommuner og kommuner i distriktene/med avstand til universitetene som ikke søker om å rekruttere psykolog, eller som har mottatt tilskudd og har store utfordringer med å få kvalifiserte søkere, ofte etter gjentatte forsøk over tid. I slike tilfeller vurderes det som usikkert om lovfesting i seg selv eller som eneste virkemiddel er tilstrekkelig til at kommuner kan oppfylle lovkravet.
- Rekrutteringen av psykologer ser i flere kommuner ut til ikke å komme i tillegg til eksisterende kapasitet og kompetanse, men istedenfor. Det korresponderer med SINTEF's IS-24/8- rapportering på kommunalt psykisk helsearbeid og rusarbeid, som viser økning i antall psykologer, særlig inn mot barn og unge, mens kapasiteten i sin helhet for denne brukergruppen går ned. Ved eventuell innføring av lovkrav bør utviklingen monitoreres, jf. departementets presisering av at opplisting av kjernekompetanse ikke vil være uttømmende for hva slags kompetanse eller hvilke fagprofesjoner den enkelte kommune må sørge for å ha, for å kunne utøve det kommunale ansvaret på en forsvarlig måte.
- En økende andel norske studenter tar psykologutdanning i utlandet (nær 1000 pr. 2016). Utenlandsstudentene må søke individuelt om å få jobbe på lisens, som er en godkjenning til å praktisere som psykolog under veiledning. Det er Helsedirektoratet som vurderer om hver enkelt søker har en utdanning som gjør ham eller henne skikket til å ha praksis i Norge. Etter gjeldende retningslinjer kan slik veiledet praksis kun skje i spesialisthelsetjenesten og ikke i kommunen. Dermed har ikke kommunene tilfang på en stor andel psykologer.
- Spesialiseringene for psykologer godkjenner i varierende grad praksis i kommunen
- Et spørsmål er i hvilken grad er psykologutdanningen i Norge innrettet med tanke på fremtidens kompetansebehov og utfordringsbilde, herunder kommunen som en relevant og viktig arbeidsplass for psykologer etter utdanningen. Det er variasjon i innholdet i studiet mellom de ulike universitetene.

Lovfesting av den kommunale helse- og omsorgstjenestens veiledningsplikt overfor spesialisthelsetjenesten

I punkt 3.3. foreslår departementet lovfesting av at den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal ha en veiledningsplikt overfor spesialisthelsetjenesten. Forslaget tilsvarende den veiledningsplikten som i dag gjelder for spesialisthelsetjenesten overfor de kommunale helse- og omsorgstjenestene, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 6-3.

Helsedirektoratet støtter forslaget om å gjøre veiledningsplikten gjensidig. Det er positivt at den kommunale helse- og omsorgstjenesten på lik linje med spesialisthelsetjenesten får lovfestet veiledningsplikten overfor spesialisthelsetjenesten. Det bør være en gjensidig veiledningsplikt mellom de ulike tjenestenivåene. Det synliggjør komplementariteten i kunnskap og kompetanse mellom nivåene. Primærhelsemeldingens oppfordring om å utvikle ordninger for felles kurs og opplæring er viktig for å øke den generelle kompetansen og har i tillegg positiv effekt på samarbeid.

Presiseringen om at veiledningsplikten kun omfatter veiledning som er nødvendig for at spesialisthelsetjenesten skal kunne løse oppgaver pålagt i lov eller forskrift, er viktig.

I høringsnotatet presiseres det at veiledningsplikten skal avgrenses til «helsemessige forhold».

Helsedirektoratet er i utgangspunktet enig i dette, men minner om at dette ut i fra sunn fornuft i den enkelte situasjon ikke behøver å bety utelukkning av andre opplysninger som er nødvendig for å ivareta pasientens behov. Dette gjelder mellom begge nivåene.

Eksempler: Opplysninger om sosiale forhold er viktig for å sikre forsvarlig oppfølging ved inn- og utskrivning fra spesialisthelsetjenesten. God sosialfaglig oppfølging er et ansvar for begge tjenestenivåer i behandling og oppfølging av pasient/bruker, og bør derfor være en integrert del av veiledningsplikten som skal gjelde mellom tjenestene. Helhetlig og gjensidig veiledningsplikt vil bidra til å tydeliggjøre viktigheten av det sosialfaglige arbeidet og tydeliggjøre omsorgstjenestene som sådan. Det vil også kunne bidra positivt til å skape likeverdige parter og gjensidig læring og kollegastøtte.

Den kommunale oppfølgingen av en del pasienter eksempelvis innen habiliteringstjenestene, psykisk helse og rus kan ha betydelig innslag av spesialpedagogisk samt sosial og psykososial tilnærming. Oppfølgingen kan være innrettet mot å skape trygghet samt som adferdsmodifiserende tiltak. Dette er områder som kan oppleves å være i grenseland i forhold til om det regnes som helsehjelp, spesialpedagogiske eller psykososiale tiltak. Desto viktigere er det at det også i forbindelse med sykehusopphold sikres kontinuitet i oppfølgingen og at ikke eksempelvis adferdsproblematikk kommer i veien for å kunne gi nødvendig helsehjelp.

Krav til ledelse i den kommunale helse- og omsorgstjenesten

I punkt 3.4. diskuterer departementet behovet for å tydeliggjøre krav til ledelse i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Forslaget må sees i sammenheng med Helse- og omsorgsdepartementets forslag til ny forskrift om styringssystem i helse- og omsorgstjenesten. Forskriften er foreslått å skulle erstatte forskrift 20. desember 2002 nr. 1731 om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten og inneholder direkte og indirekte krav til ledelse i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Etter en helhetsvurdering har departementet kommet til at det på det nåværende tidspunkt ikke er formålstjenlig også å foreslå lovendringer for ytterligere å tydeliggjøre krav til ledelse i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Helsedirektoratet har ingen kommentarer til at det på det nåværende tidspunkt ikke er formålstjenlig å foreslå lovendringer for ytterligere å tydeliggjøre krav til ledelse i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Til orientering har Helsedirektoratet fått i oppdrag å utarbeide en veileder til den nye forskriften, her vil innholdet i kravene til ledelse bli viktig.

Tydeliggjøring av ansvaret for pasient-, bruker – og pårørendeopplæring i den kommunale helse- og omsorgstjenesten

I punkt 3.5 foreslår departementet lovendringer for å tydeliggjøre ansvaret for pasient-, bruker- og pårørendeopplæring i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Det uttales at forslaget må sees i sammenheng med Helse- og omsorgsdepartementets høringsnotat av 1. oktober 2015 om styrket pårørendestøtte i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Departementet foreslo her å oppheve helse- og omsorgstjenesteloven § 3-6, og erstatte denne med en ny pliktbestemmelse som samler og tydeliggjør kommunens ansvar overfor de som har et særlig tyngende omsorgsarbeid. Kommunene pålegges å tilby nødvendig pårørendestøtte i form av avlastning, informasjon, opplæring og veiledning, og omsorgsstønad.

Departementet legger til grunn at kommunene allerede i dag har en plikt til å sørge for nødvendig pasient- og brukeropplæring, som følge av andre plikter kommunen har og som forutsetter slik opplæring. Videre viser departementet til den tidligere høringsaken om styrket pårørendestøtte. Ut fra dette vurderer departementet at det ikke er nødvendig å presisere kommunens plikt til å sørge for opplæring i en eksplisitt lovbestemmelse om dette. Departementet foreslår derfor å tydeliggjøre lovens formålsbestemmelse § 1-1 nr. 5 slik at "opplæring" fremgår som et sentralt og selvstendig formål med loven.

Helsedirektoratet gir sin tilslutning til fremstillingen om at opplæring må finnes i ulike former – alt fra individuell opplæring knyttet til konsultasjoner hos lege eller annet personell eller som gruppetilbud. I Helsedirektoratets veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator er læring og mestring beskrevet i et eget kapittel og som også inkluderer pårørende, familieperspektiv og likemannsarbeid. Her gir vi følgende eksempler

- *«Individuell opplæring av pasienter og pårørende knyttet til medisinsk behandling*
- *Gruppetilbud utformet for definerte målgrupper*
- *Støtte til endring av levevaner som for eksempel i frisklivssentraler*
- *Likemannsarbeid*
- *Starthjelp – et mestringstilbud for familier»*

I høringsnotatet pekes det på at det også i dag gis slike tilbud i mange kommuner, men at det må settes tydeligere i system. Helsedirektoratet anbefaler i ovenfornevnte veileder at feltet bør knyttes tettere til habiliterings- og rehabiliteringstjenesten. Dette kan bidra både til et styrket faglig tyngdepunkt og økt synlighet. Læring og mestring vil alltid være et element i rehabilitering og habilitering. Helsedirektoratet mener det ikke bør gis føringer om etablering av egne sentre i kommunene slik de har valgt å gjøre det i helseforetak.

Det bør vurderes om *plasseringen* av plikten i loven er hensiktsmessig. Etter Helsedirektoratets vurdering er det muligens å strekke fortolkningen litt langt ved å si at nødvendig opplæring er et av *formålene med loven*. Lovens formålsbestemmelse uttrykker i dag først og fremst et felles verdigrunnlag for den kommunale helse- og omsorgstjenesten, jf. blant annet merknadene til bestemmelsen i Prop.91L(2010-2011), og lister som sådan ikke opp konkrete oppgaver. Helsedirektoratet vurderer derfor at å endre formålsbestemmelsen slik som foreslått vil forvirre mer enn det klargjør. Vi vil advare mot å utvanne formålsbestemmelsens verdipreg og betydning som generell tolkningsfaktor ved å innta henvisning til konkrete oppgaver. Det er ikke lovteknisk heldig å ta en pliktbestemmelse inn i en formålsbestemmelse og det kan også diskuteres hvorvidt det vil bidra til en ønsket tydeliggjøring av kommunens plikt. Det bør derfor vurderes annen plassering av pliktbestemmelsen.

Et alternativ dersom man ønsker å lovfeste kommunens plikt til opplæring kan være å ta dette inn i § 3-2 første ledd nytt pkt. 6, slik:

«6. Opplæring av pasienter, brukere og pårørende»

Nåværende nr. 6 blir da nr. 7, og henvisninger i annet lovverk (f.eks. pasient- og brukerrettighetsloven) må endres. De må imidlertid endres uansett, når første ledd nr. 6 bokstav d (avlastningstiltak) oppheves og innlemmes i ny § 3-6. Disse endringene kan da gjøres samtidig.

Alternativt kan det eventuelt vurderes å lage en ny bestemmelse i kapittel 5 eller i kapittel 8.

For øvrig påpeker Helsedir behov for en teknisk endring/omformulering på side 44-45 der frisklivssentralene er omtalt:

Kommunenes frisklivssentraler (251 kommuner har slike) er i økende grad bemannet med fagkompetanse på å ivareta brukere med kroniske sykdommer som trenger råd og veiledning i å leve med sin sykdom og mestre livet på en god måte.

Antall kommuner med FLS bør oppdateres og vi mener det vil være enklere og mer korrekt i fht. kompetansen i frisklivssentralene å skrive:

Kommunenes frisklivssentraler (258 kommuner har slike) er i økende grad bemannet med fagkompetanse på å ivareta brukere med kroniske sykdommer som trenger råd og veiledning i endring av levevaner og mestring av helseutfordringer.

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

Helse- og omsorgstjenestens ansvar for å forebygge, avdekke og avverge vold og seksuelle overgrep drøftes i punkt. 3.6. Departementet foreslår endringer i helse- og omsorgstjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven og tannhelsetjenesteloven for å tydeliggjøre tjenestenes ansvar.

Helsedirektoratet er enig i at det er behov for presisere ansvaret for å forebygge, avdekke og avverge vold og seksuelle overgrep gjennom lovregulering. Vold og overgrep har store konsekvenser for den enkelte og store samfunnsøkonomiske kostnader.

Helsedirektoratet støtter forslaget, men ber departementet vurdere følgende endringer i ny § 3-3a (uthevet i fet skrift):

*§ 3-3 a Kommunens ansvar for å forebygge, avdekke, avverge **og følge opp** vold og seksuelle overgrep. Kommunen skal ha særlig oppmerksomhet rettet mot at pasienter og brukere kan være utsatt for, eller kan stå i fare for å bli utsatt for, vold eller seksuelle overgrep. Kommunen skal legge til rette for at helse- og omsorgstjenesten blir i stand til å forebygge, avdekke, avverge **og følge opp** vold og seksuelle overgrep.*

Helsedirektoratets begrunnelse for dette er behovet for å styrke ivaretagelsen av personer utsatt for vold og overgrep. En utfordring er å sikre nødvendig oppfølging når forhold er avdekket. Vold og overgrep er et område hvor det fremdeles gjenstår et stort arbeid før den enkelte mottar adekvat og helhetlig oppfølging. En presisering i loven bør derfor skje i en bestemmelse som omhandler avdekking. Å unnlate å nevne oppfølging kan medføre at oppfølgingsperspektivet forsvinner.

Etablering av forsøksordning hvor større kommuner kan få ansvar for å drifte distriktpsikiatriske sentre (DPS)

Departementet redegjør i kapittel 4 for etablering av en forsøksordning hvor kommuner kan få ansvar for å drifte distriktpsikiatriske sentre (DPS). Forslaget om en slik forsøksordning ble fremmet i Oppgavemeldingen. I dag har de regionale helseforetakene (RHF) i all hovedsak både et sørge for-ansvar og et driftsansvar for landets DPSer. Den beskrevne forsøksordningen innebærer at RHF fortsatt skal ha et sørge for-ansvar for DPS-tjenesten, samtidig som det åpnes for at RHFene kan inngå avtale med utvalgte kommuner om driftsansvar for tjenesten. Kommunalt driftsansvar innebærer at kommunen eller kommunene innenfor RHFets sørge for-ansvar får rådgighet over personell og ressurser, og at kommunen(e) i større grad får anledning til å se DPS-tjenestene i sammenheng med øvrig kommunalt helse- og omsorgstjenestetilbud. Forsøket foreslås gjennomført med hjemmel i lov 26. juni 1992 nr. 87 om forsøk i offentlig forvaltning (forsøksloven).

Stortinget har ved behandlingen av to meldinger sluttet seg til forsøket. Helsedirektoratet vektlegger også dette som grunnlag for vår uttalelse. Det har fremkommet innvendinger mot forsøket. I det videre arbeidet med forsøket er det derfor viktig at faglige argumenter for forsøket kommer tydelig

fram. Det vises her blant annet til Helsedirektoratets rapport til Helse- og omsorgsdepartementet av 30.6.15, kapittel 6.

Forsøket vil baseres på at ressursene (personell, økonomi) til det aktuelle DPSet og til det psykiske helsearbeidet i de deltakende kommunene sees samlet. Disse ressursene vil være grunnlaget for en ny organisatorisk enhet som utfører en felles tjeneste som omfatter både tjenestene fra DPSet og fra de aktuelle kommunene, og at det dermed vil være et sømløst tilbud som ytes til den enkelte bruker.

Etter at det enkelte forsøksområdet har fått godkjent forsøkssøknaden sin, bør det legges til rette for en god lokal prosess med sikte på bygging av en felles organisasjonskultur og utvikling av organisering (organisasjonskart mv.) for den nye enheten.

Et bredere faglig miljø muliggjør et godt kvalitetsarbeid med gjensidig kunnskapsoverføring og veiledning

Det vil være viktig at den nye enheten etablerer god kontakt med somatiske helsetjenester på begge nivåer, slik at komorbide tilstander blir møtt på en god måte. Gjennom samlede vurderinger vil den enkelte bruker få et bedre og mer helhetlig tilbud.

4.6.5.2 Tre potensielle arbeidsgivermodeller

Vi slutter oss til departementets vurdering av at modell tre vil være best egnet i forsøket. Modell tre innebærer at arbeidsgiverforholdet overføres fra helseforetaket til kommunen ved en virksomhetsoverdragelse. Det at kommunen har arbeidsgiveransvaret i forsøket vil bidra til å sikre god ivaretagelse av arbeidstakers rettigheter og plikter i forsøksperioden.

Videre vil ansattes lojalitet til forsøket og kommunens styringsrett som arbeidsgiver være viktige forutsetninger for å lykkes med en slik prøveordning. Vi er enige i departementets forslag om at det ikke vil være hensiktsmessig å flytte ansettes pensjonsrettigheter i forsøksperioden. Medlemskap i helseforetakenes pensjonsforsikring bør opprettholdes i forsøket, selv om arbeidsgiverforholdet overføres til kommunen.

4.6.6 Kommunalt samarbeid

De fleste DPSer har flere kommuner i sitt opptaksområde. Ved kommunal overtakelse av driftsansvaret for et DPS mener departementet at ansvaret som hovedregel må overtas for hele DPSETS opptaksområde, ved at samtlige kommuner deltar i forsøket. Det foreslås også at det i enkelte situasjoner kan være mulig å vurdere unntak fra denne hovedregelen etter en konkret vurdering av det enkelte forsøket. Helsedirektoratet støtter forslaget.

4.6.7 Regelverk om offentlig anskaffelser

I avsnittet drøfter departementet forholdet til regelverket om offentlige anskaffelser og legger til grunn at dette regelverket ikke får anvendelse for forsøket. Det er vist til Helsedirektoratets brev av 7. april 2016 der spørsmålet om kommunal egenregi står sentralt, jfr. s. 82 i høringsnotatet.

Vi er enige i departementets konklusjon om at anskaffelsesregelverket ikke kommer til anvendelse, men mener samtidig at begrunnelsen for dette viktige punktet bør utdypes. I en slik utdyping bør det pekes på at forsøket dreier seg om utprøving av hensiktsmessige former for oppgavefordeling og organisering innen offentlig forvaltning, jfr. omtalen av forsøksloven på s. 71-72, ikke anskaffelse av nærmere angitte tjenester. Dette understrekes av at dersom dette forsøket etter forsøksperioden skulle vise seg å være vellykket, er det ikke usannsynlig at det vil kunne medføre endringer i den lovfestede oppgavefordelingen mellom kommuner og helseforetak. Etter vår oppfatning er en slik forvaltningsutvikling i offentlig sektor noe annet enn denne sektorens anskaffelse av tjenester. Den videre framstillingen i avsnitt 4.6.7 bør vurderes ut fra dette.

Departementet bruker begrepene avtale og kontrakt om hverandre. Vi mener avtale er et mer dekkende begrep i denne sammenheng.

4.7.4 Prinsipper for å beregne overføring av midler

Helsedirektoratet slutter seg til de prinsippene som blir skissert i høringsnotatet. Disse prinsippene, jfr. også direktoratets rapport til HOD av 6.4.16, bør legges til grunn som statlige føringer for inngåelse av lokale avtaler.

Forlag til nytt avsnitt 4.7.5 Økonomiske konsekvenser

For at forsøket skal komme i gang på en positiv måte, bør det i tillegg settes av midler til felles kulturbygging og kompetanseutvikling.

Avslutningsvis

Helsedirektoratet ønsker å presisere at prøveordningen med kommunal drift av DPS medfører flere utfordringer som det er viktig å sikre forsvarlige ordninger for i det videre arbeidet. Det er sentrale faglige forutsetninger i spesialisthelsetjenesten som må ivaretas i prøveordningen. Det gjelder blant annet sikring av kvalitetskrav (inkludert kompetansekrav), styringslinjen for det medisinskfaglige ansvaret, vaksamarbeid mellom spesialister for å ivareta øyeblikkelig-hjelp-plikten, rekruttering og forskningssamarbeid. Som ledd i dette må avtaleinngåelsen sikre at de regionale helseforetakene (RHF) gis rammer som tydeliggjør sørge-for-ansvaret og at RHF får myndighet til å ivareta dette ansvaret. Det er særdeles viktig at prøveordningen ikke åpner for uklare ansvarlinjer ved at RHF har sørge-for-ansvaret og kommunen råderett over ressursene samt mulighet til å organisere DPSets tilbud i sammenheng med kommunale tjenester. Helsedirektoratet forutsetter at iverksettelse av prøveordningen ikke innebærer en risiko for at personer med psykisk helse- og rusmiddelproblemer får redusert sin tilgang til spesialisthelsetjenester.

Overføring av ansvaret for tannhelsetjenester fra fylkeskommunen til kommunen

I kapittel 5 foreslår departementet lovendringer som er nødvendige for å overføre ansvaret for tannhelsetjenesten fra fylkeskommunene til kommunene.

Generelle innspill/kommentarer

Helsedirektoratet støtter departementets høringsnotat om overføring av ansvaret for tannhelsetjenester fra fylkeskommunen til kommunen.

Når det gjelder valg av lovmodell er Helsedirektoratet enige i departementets vurdering. Det er positivt at ansvar for og rettigheter til tannhelsetjenester reguleres på samme måte som ansvar for og rettigheter til andre helse- og omsorgstjenester, både i kommunene og spesialisthelsetjenesten.

Helsedirektoratet vil fremheve forutsetningen i Oppgavemeldingen om at det må bli færre og større kommuner dersom kommunene skal være i stand til å utføre nye oppgaver, blant annet på tannhelsefeltet. Dersom kommunestrukturen forblir som den er i dag, vil det etter Helsedirektoratets mening ikke være hensiktsmessig at kommunene overtar ansvaret for tannhelsetjenester.

Helsedirektoratet ber også departementet vurdere hvorvidt det vil være hensiktsmessig å øremerke midler til tannhelsetjenester i kommunene i en periode etter at lovendringene trår i kraft for å sikre en god etablering av kommunens ansvar.

Departementet har bedt høringsinstansene «vurdere helheten av de valg som er gjort og om det er behov for ytterligere særregler for tannhelsetjenesten sett i lys av at den i hovedsak er privat

organisert og finansiert». Helseledelse vil påpeke at det i enkelte lovbestemmelser er foreslått å nevne tannhelsetjenester spesielt, av pedagogiske grunner, mens det andre steder er ment at tannhelsetjenester naturlig skal inngå i allerede eksisterende begreper. For eksempel er det foreslått å ta inn tannhelsetjenester i helse- og omsorgstjenesteloven § 1-2 (lovens virkeområde), mens det i pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3 (definisjoner) er ansett at tannhelsetjenester inngår i begrepet «den kommunale helse- og omsorgstjenesten». Helseledelse mener det kan være fare for at tannhelse kan tolkes ut av helsebegrepet, og ber derfor departementet vurdere i hvilke lovbestemmelser det vil være viktig å presisere tannhelsetjenester for å unngå slik problematikk.

5.2 Overføring av tannhelsetjenesten til kommunene

Det er i høringsnotatet foreslått at ansvaret for hele tannhelsetjenesten, herunder også spesialisttannhelsetjenesten, skal overføres til kommunene. I begrunnelsen for hvorfor dette er valgt som løsning, er det vist til oppgavemeldingen. Helseledelse mener at overføringen av ansvaret for spesialisttannhelsetjenester til kommunene ikke er godt nok utredet i oppgavemeldingen og gjennom høringsnotatet. Helseledelse mener det bør større faglige utredninger på plass før man kan konkludere med forankring av ansvaret for spesialisttannhelsetjenester.

Helseledelse ser mange positive effekter av å legge spesialistnivået i dagens tannhelsetjeneste, herunder ansvaret for de regionale odontologiske kompetansesentrene, til de regionale helseforetakene. Dette vil bidra til en harmonisering av spesialisttannhelsetjenester og andre spesialisthelsetjenester og vil kunne bidra til større og mer robuste forskningsmiljøer. Helseledelse drøfter gjerne denne problemstillingen nærmere med departementet.

Helseledelse vurderer videre at høringsnotatet er uklart vedrørende det organisatoriske ansvaret for sykehusodontologi etter en eventuell overføring av tannhelsetjenesteansvaret til kommunene. Helseledelse er av den oppfatning at en viktig premiss og forutsetning for en velfungerende nasjonal sykehusodontologitjeneste er at den på samme organisatoriske nivå som sykehuset for øvrig og de ansatte en del av sykehusstaben.

5.6 Formål og virkeområde

Helseledelse er enige i departementets vurderinger om at formålsbestemmelsen i helse- og omsorgstjenesteloven § 1-1 vil kunne omfatte et fremtidig ansvar for tannhelsetjenester uten behov for revidering.

I helse- og omsorgstjenesteloven § 1-2 om lovens virkeområde er det foreslått å presisere tannhelsetjenester av pedagogiske hensyn. Helseledelse støtter departementets vurdering om at det er nødvendig å presisere tannhelsetjenester i bestemmelsen.

5.7 Forholdet til andre lover

Helseledelse er positive til at tannhelsetjenestens forhold til forvaltningsloven presiseres gjennom pasient- og brukerrettighetsloven § 2-7, selv om dette allerede har vært gjeldende rett gjennom ulovfestede forvaltningsrettslige prinsipper.

5.8 Kommunens ansvar for tilgjengelige tannhelsetjenester til befolkningen

Om foreslåtte endringer i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1

Høringsnotatet foreslår at dagens bestemmelse i tannhelsetjenesteloven § 1-1 om at fylkeskommunen skal sørge for tannhelsetjenester «i rimelig grad er tilgjengelige for alle som bor eller midlertidig oppholder seg i fylket», tas inn i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 første ledd, som et nytt andre punktum.

Helseledelse er enige med departementet i at formuleringen «i rimelig grad» kan tas ut.

Slik Helsedirektoratet forstår bestemmelsen i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1, får kommunene et visst ansvar for å sørge for at også ikke-rettighetspasienter har et tannhelsetilbud i nærheten dersom det ikke finnes privatpraktiserende tannleger i kommunen eller nærområdet. Det er ønskelig at kommunens ansvar for dette omtales tydeligere i proposisjonen til endringene i helse- og omsorgstjenesteloven.

Helsedirektoratet ser at begrepet «nødvendige tannhelsetjenester» ikke er inkludert i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1. Vi er enige med departementet om at kommunens tilgjengelighetsansvar må påpekes særskilt, men Helsedirektoratet ønsker også at begrepet «nødvendige tannhelsetjenester» inngår i bestemmelsen. Dette kan eksempelvis gjøres på følgende måte:

Forslag til helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 første ledd (vår tilføyelse i kursiv):

«Kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. Kommunen skal sørge for at tannhelsetjenester, herunder spesialisttannhelsetjenester, er tilgjengelige for personer som oppholder seg i kommunen, *og at personer som inngår i gruppene som nevnt i § 3-2b tilbys nødvendig tannhelsetjenester.*»

Begrepet «nødvendige tannhelsetjenester» kan eventuelt tas inn i den foreslått nye § 3-2b første ledd (vår tilføyelse i kursiv):

«For å oppfylle ansvaret etter § 3-1 skal kommunen gi et regelmessig og oppsøkende tannhelsetilbud, *herunder nødvendige tannhelsetjenester* til:

1. Barn og ungdom til og med det året de fyller 20 år
2. Personer med psykisk utviklingshemming
3. Personer som mottar helsehjelp i institusjon, herunder helseinstitusjon i spesialisthelsetjenesten
4. Personer som mottar helsetjenester i hjemmet i form av sykepleie
5. Personer som på grunn av rusavhengighet mottar ett av følgende tilbud:
 - a. tjenester som nevnt i § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav b til d
 - b. legemiddelassistert rehabilitering
 - c. annen tverrfaglig spesialisert behandling for rusavhengighet
6. Innsatte i fengsler i kriminalomsorgen, jf. § 3-9.»

Det understrekes at dette forslaget vil være en speiling av forslaget til ny § 2-1f i pasient- og brukerrettighetsloven.

Om foreslåtte endringer i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd

Tannhelsetjenester, herunder til pasient- og brukergrupper som nevnt i § 3-2b er foreslått tatt inn som nytt punkt nr. 7 i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd.

Helsedirektoratet vil påpeke at tannhelsetjenester kan inngå i flere av punktene som allerede finnes i bestemmelsen, herunder punkt 1, helsefremmende og forebyggende tjenester og punkt 4, utredning, diagnostisering og behandling, herunder fastlegeordning.

Helsedirektoratet ønsker at departementet vurderer hvorvidt det vil være mer hensiktsmessig å inkludere tannhelsetjenester i de eksisterende punktene. Dette kan eksempelvis gjøres på følgende måte:

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

1. Helsefremmende og forebyggende tjenester, herunder:
 - a. helsetjeneste i skoler og
 - b. helsestasjonstjeneste

- c. *helsefremmende og forebyggende tannhelsetjenester, herunder til pasienter og brukergrupper som nevnt i § 3-2 b*
- 2. Svangerskaps- og barselomsorgstjenester
- 3. Hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner, herunder:
 - a. legevakt,
 - b. heldøgns medisinsk akuttberedskap og
 - c. medisinsk nødmeldetjeneste
- 4. Utredning, diagnostisering og behandling, herunder fastlegeordning og *tannhelsetjenester, herunder til pasient- og brukergrupper som nevnt i § 3-2 b.*
- 5. Sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering
- 6. Andre helse- og omsorgstjenester, herunder:
 - a. helsetjenester i hjemmet,
 - b. personlig assistanse, herunder praktisk bistand og opplæring og støttekontakt,
 - c. plass i institusjon, herunder sykehjem og
 - d. avlastningstiltak.
- ~~7. Tannhelsetjenester, herunder til pasient- og brukergrupper som nevnt i § 3-2 b.»~~

Helsedirektoratet er for øvrig enige i departementet i at bestemmelsen i tannhelsetjenesteloven § 1-3a kan innpasses i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 tredje ledd uten at det er behov for å foreta lovendringer.

5.9 Kommunens ansvar for tannhelsetjenester til bestemte grupper

Generelle kommentarer

Helsedirektoratet mener det er uheldig at de prioriterte gruppene ikke gjennomgås ytterligere. Høringsnotatet peker på at ansvarsoverførselen skal skje uten at noen mister rettighetene sine, og Helsedirektoratet forstår at det da er vanskelig å gjøre endringer i gruppestrukturene. Det er likevel viktig at gruppene gjennomgås, og Helsedirektoratet ser frem til at departementet starter en prosess for å gjøre dette.

Helsedirektoratet har følgende kommentarer til hver av de foreslåtte gruppene:

Gruppe 1: Barn og unge fra fødsel til og med det året de fyller 20 år:

Helsedirektoratet støtter departementets forslag om å slå sammen dagens gruppe A og gruppe D i ny gruppe 1. Det er positivt at det tydeliggjøres at det er det kalenderåret ungdommen fyller 20 år som er avgjørende.

Gruppe 2: Personer med psykisk utviklingshemming

Helsedirektoratet er positive til at gruppen knyttes til diagnosekoder og støtter departementets forslag.

Gruppe 3: Personer som mottar helsehjelp i institusjon, herunder helseinstitusjon i spesialisthelsetjenesten

Dagens gruppe C er foreslått delt i ny gruppe 3 og 4. Helsedirektoratet er positive til denne oppdelingen. Når det gjelder formuleringen av ny gruppe 3 har vi enkelte bemerkninger.

Ut fra formuleringen av gruppe 3 kan det se ut som at kommunen kun har ansvar for å yte tannhelsetjenester til personer som «mottar helsehjelp» i institusjon. Vi kan ikke se at det i høringsnotatet er gitt noen begrunnelse for hvorfor en har benyttet avgrensningskriteriet «mottar helsehjelp» i institusjon i stedet for «oppholder seg i helseinstitusjon i kommunen eller spesialisthelsetjenesten». Helsedirektoratet mener det fremstår som lite hensiktsmessig å operere med et avgrensningskriterium som etter ordlyden gjør det nødvendig å undersøke hva slags hjelp en

person mottar under oppholdet på institusjon. Avgrensningen bør etter Helsedirektoratets syn heller lyde «personer som oppholder seg i helseinstitusjon i kommunen eller spesialisthelsetjenesten».

Det er påpekt i høringsnotatet at institusjonsbegrepet er ment å omfatte institusjoner i spesialisthelsetjenesten og institusjoner som er omfattet av definisjonen i forskrift om helse- og omsorgsinstitusjon § 1, med unntak av bokstav e) Døgnplasser som kommunen oppretter for å sørge for tilbud om døgnopphold for øyeblikkelig hjelp. I praksis vil det kun være bokstav c) Aldershjem og d) Sykehjem som omfattes, da personer i institusjoner som nevnt i bokstav a) allerede omfattes av gruppe 1, og personer i institusjoner som nevnt i bokstav b) allerede omfattes av gruppe 5.

Det bør uansett vurderes om det bør vises til forskriften i lovteksten om gruppe 3. Etter Helsedirektoratets oppfatning vil gruppen da eksempelvis lyde «personer som oppholder seg i helseinstitusjon som nevnt i forskrift om helse- og omsorgsinstitusjon § 1 bokstav a til d eller i institusjon i spesialisthelsetjenesten».

Helsedirektoratet vil for øvrige påpeke at mye psykisk helsehjelp i dag foregår utenfor institusjoner, og at mange pasienter som ville hatt rettigheter til tannhelsetjenester når tannhelsetjenesteloven trådte i kraft ikke har tilsvarende rettigheter i dag, fordi organiseringen av behandlingen har endret seg. Helsedirektoratet vurderer at dette er svært uheldig, da mange personer med psykiske lidelser har stort behov for hjelp til å ivareta tannhelsen. Helsedirektoratet ser frem til at departementet skal vurdere kriteriene for rett til tannhelsetjenester nærmere, med det siktemål å bidra til en best mulig prioritering av de samlede offentlige tannhelsetjenesteressursene. Helsedirektoratet imøteser et eventuelt samarbeid med departementet på dette området.

Gruppe 4: Personer som mottar helsetjenester i hjemmet i form av sykepleie

Tannhelsetjenestelovens begrep «hjemmesykepleie» foreslås erstattet med et oppdatert begrep «helsetjenester i hjemmet i form av sykepleie».

Det er uklart hva som ligger i begrepet «sykepleie», og Helsedirektoratet kan heller ikke se at dette er definert nærmere i høringsnotatet. Det kan stilles spørsmål rundt grensene for hva som anses som «sykepleie» og ikke. Vil det for eksempel være sykepleie når en psykiatrisk sykepleier gir en støttesamtale, mens samme samtalen ikke er sykepleie hvis den utføres av en sosionom med tilleggsutdanning i tverrfaglig psykisk helsearbeid for voksne? Helsedirektoratet mener man her står i fare for å få vilkårlige forskjeller mellom kommunene, noe som er uheldig. Begrepet «sykepleie» er ikke et begrep i gjeldende helse- og omsorgstjenestelov, og er derfor ikke et begrep som kommunene nødvendigvis benytter i vedtakene sine lenger. Dette taler mot å introdusere begrepet for rett til tannhelsetjenester.

Personer med psykiske lidelser og/eller ruslidelser mottar fleksible tjenester, f.eks. utført av oppsøkende og flerfaglig team (ACT-team, FACT-team mv). Her fokuserer gjerne vedtaket på behovet for helhetlig og fleksibel hjelp, uten at begreper som hjemmesykepleie eller sykepleie nevnes. Innholdsmessig vil det være en stor del av pasient- og brukergruppen som like fullt mottar tjenester som innholdsmessig vil være å anse som sykepleie eller hjemmesykepleie. Allerede med dagens lovgivning opplever ACT-pasienter at rett til tannhelsehjelp ikke blir innfridd fordi kommunens vedtak ikke benytter begrepet «hjemmesykepleie», men i stedet bruker andre begreper, f.eks. booppfølging, psykiske helsetjenester, støttesamtaler, mv.

Departementet uttaler i høringsnotatet at de aller fleste som mottar helsetjenester i hjemmet mottar sykepleie, og at det kun er et lite antall personer som kun mottar andre helsetjenester i hjemmet enn sykepleie. Man må her legge til grunn at departementet sine anslag omfatter alle som innholdsmessig mottar tjenester som kvalifiserer til å kalles sykepleie, uavhengig av om kommunen har benyttet begrepet «hjemmesykepleie». Basert på disse anslagene bør departementet vurdere å stryke presiseringen i gruppe 4, da utvidelsen vil gi økte rettigheter kun for en liten gruppe. På den

måten kan man få en klar og tydelig regel som blir lett å praktisere, og som fullt ut samsvarer med det gjeldende begrepet «helsetjenester i hjemmet». En enklere regel vil være samfunnsmessig lønnsomt fordi anvendelsen av regelen skaper færre gråsoner, og derved færre klagesaker, tilsynssaker mv. Det vil også medføre at kommunen kan fortsette sin hensiktsmessige vedtakspraksis, og ikke må justere den til å bli en vurdering for/mot innvilgelse av sykepleie.

Helsedirektoratet vurderer at departementet bør vurdere å forenkle regelen. Slik den er utformet er den komplisert og samtidig ufullstendig. Det er stor risiko for at personer som etter formålet er ment å omfattes av retten til tannhelsehjelp, vil falle utenfor når bestemmelsen er så detaljert regulert. Utformingen kan således gi stor risiko for utilsiktede uheldige konsekvenser. Dette er svært uheldig når det rammer persongrupper som allerede er underforbrukere av helse- og omsorgstjenester og som har vanskelig for å orientere seg om og hevde sine rettigheter.

Helsedirektoratet vil også påpeke at det er utfordrende at retten til tannhelsetjenester for denne gruppen er en avledet rettighet, som kun gjør seg gjeldende for de som allerede mottar andre tjenester. Det er behov for å gjennomgå avgrensningene av gruppen nøye.

Gruppe 5: Personer som på grunn av sin rusavhengighet mottar...

Helsedirektoratet er glad for at departementet nå foreslår å lovfeste rusavhengiges rett til tannhelsehjelp, en rettighet som tidligere kun har vært regulert i rundskriv og budsjettvedtak. Helsedirektoratet ser frem til fremtidig samarbeid med departementet om å sikre rusavhengiges rett til tannbehandling også etter at vedkommende ikke lenger mottar behandling for sin rusavhengighet.

Personer med rusmiddelproblemer har generelt dårligere tannhelse enn den øvrige befolkningen, og har et stort behov for tannbehandling. Tannbehandlingen er viktig, ikke bare for å bli kvitt smerter og ubehag, men også for sosial omgang og for å oppnå verdighet.

I høringsnotatet er Helsedirektoratet bekymret for tannhelsetilbudet til de som i hovedsak benytter seg av lavterskel helsetiltak/skadereduserende tiltak uten krav til vedtak, eksempelvis feltpleie. Dette er ofte mennesker som har et spesielt omfattende rusmiddelmisbruk og behov for sammensatte og samtidige tjenester, men som i liten grad klarer å gjøre nytte av ordinære helsetjenester. Dette medfører at de i stor grad ikke mottar vedtaksfestede tjenester fra kommunen, til tross for at behovet er til stede. Med den foreslåtte løsningen, hvor retten til tannhelsetjenester forutsetter at andre rettigheter er tildelt (avledet rettighet), vil gruppen som benytter seg av lavterskel tilbud som ikke er uttrykt i et vedtak, falle utenfor opplistingen i § 3-2.

Helsedirektoratet hadde tidligere, f.o.m 2005, en tilskuddsordning rettet mot kommunene hvor det var mulig å søke midler til lavterskeltiltak inkludert tannhelsetjenester. Tilskuddsordningen vedvarte fram til den ble innlemmet i ordningen tilskudd til kommunalt rusarbeid i 2010. Det er uheldig at denne gruppen ikke ivaretas inn i lovreguleringen av hvem som har rett til tannbehandling i den offentlige tannhelsetjenesten. Dette vil innebære et dårligere tannhelsetilbud til denne gruppen enn det som har vært tilfelle tidligere.

Det påpekes også at rusavhengige kan omfattes av andre grupper enn gruppe 5, herunder gruppe 1 «barn og unge fra fødsel til og med det året de fyller 20 år» og gruppe 4 «personer som mottar helsetjenester i hjemmet i form av sykepleie». Det bør presiseres i proposisjonen at en særlig regulering av rusavhengiges rettigheter i gruppe 5 ikke betyr at rusavhengige som inngår i andre grupper ikke omfattes av kommunens ansvar.

Gruppe 6: Innsatte i fengsler i kriminalomsorgen, jf. § 3-9

Helsedirektoratet er glade for at departementet nå foreslår å lovfeste kommunens ansvar for å tilby tannhelsetjenester til innsatte i fengsler, et ansvar og en rettighet som tidligere har vært regulert gjennom rundskriv. Helsedirektoratet er også enige i behovet for å uttrykkelig fastsette dette i forslag til ny § 3-2 b.

Helsedirektoratet stiller spørsmål til om rundskriv IK-28/89 og retningslinjene som fremgår av dette fremdeles skal gjelde for tannhelsetjenester til innsatte i fengsler. Dette bør presiseres. Etter Helsedirektoratets oppfatning er rundskrivet utdatert på flere områder og det bør vurderes om hele rundskrivet bør erstattes med et nytt, eventuelt om presiseringer i reglene om tannhelsetjenester til innsatte i fengsler skal gis som forskrift.

Det bør videre presiseres hvorvidt § 3-2 b nr. 6 også omfatter tannhelsetjenester til de som oppholder seg i overgangsbolig. Målet med overgangsbolig er at innsatte skal ta i bruk ordinære tjenester utenfor fengsel, og Helsedirektoratet mener derfor at de i størst mulig grad bør overføres til ordinære tjenester. Samtidig er det viktig å ta hensyn til at enkelte innsatte ikke har det økonomiske grunnlaget for å få utført tannbehandling.

Det vises for øvrig til våre kommentarer til økonomiske og administrative konsekvenser i kapittel 5.9. Det er viktig at de finansielle sidene ved kommunens ansvar beskrives tydeligere. Etter dagens ordning mottar fylkeskommunene et øremerket tilskudd for å dekke utgiftene til tannhelsetjenester til innsatte i fengsler. Slik tilskuddet fungerer i dag, gjennomføres tannbehandling til det ikke er mer penger igjen, og etter dette gis det ikke mer behandling før neste budsjettperiode når det kommer mer midler. Vil denne finansieringsordningen bestå også etter overføringen av ansvaret til kommunene?

Andre grupper som kommunen har vedtatt å prioritere

Helsedirektoratet støtter departementets forslag om å videreføre hjemmelen i ny § 3-2 b andre ledd.

Tannhelsetjenester til voksne mot betaling

Helsedirektoratet støtter departementets forslag om å videreføre hjemmelen i ny § 3-2 b tredje ledd.

Prioriteringsbestemmelser

Helsedirektoratet er enige i at prioriteringsbestemmelsen i tannhelsetjenesteloven § 1-3 andre ledd tredje punktum, samt begrepene «prioriterte oppgaver» og «prioriterte grupper» ikke videreføres.

Økonomiske og administrative konsekvenser

Det vises i høringsnotatet til at departementet vil komme med en oppdatert forskrift om kommunens adgang til å kreve vederlag for tannhelsetjenester. Helsedirektoratet legger til grunn at det i forslaget til en slik forskrift redegjøres tydeligere om finansiering av tannhelsetjenester til pasienter som får rett på vederlagsfrie tannhelsetjenester, herunder til innsatte i fengsel og pasienter i legemiddelassistert rehabilitering (LAR).

5.10 Helsefremmende og forebyggende tannhelsearbeid

Helsedirektoratet støtter departementets forslag om endringer i folkehelseloven, og vi er enige i at det helsefremmende og forebyggende arbeidet i tannhelsetjenesten ivaretas i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-4, samt i den nye bestemmelsen § 3-2 b.

5.11 Forholdet til privat tannhelsevirksomhet

Helsedirektoratet er positive til at forskriftshjemmelen i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 fjerde ledd også gis anvendelse for tannhelsetjenester som utføres av private som ikke har avtale med kommunen.

5.12 Kommunens plikt til samhandling og samarbeid

Helsedirektoratet støtter departementets forslag til at helse- og omsorgstjenesteloven § 3-4 andre ledd videreføres uendret, og at tannhelsetjenesteloven § 6-3 ikke videreføres da den anses som overflødig.

5.13 Kommunens ansvar for akutt tannhelsehjelp

Det er foreslått at helse- og omsorgstjenesteloven § 3-5 første, andre og fjerde ledd gis anvendelse for tannhelsetjenester slik de står, uten behov for lovendringer.

Helsedirektoratet vil påpeke at kommunens ansvar for å sørge for tilgjengelige tannhelsetjenester etter forslag til nytt andre punktum i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 første ledd etter vår oppfatning også innebærer et sørge for-ansvar for akutt tannhelsehjelp etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-5. Vi ber departementet tydeliggjøre kommunens sørge for-ansvar på befolkningsnivå for akutt tannhelsehjelp. Har kommunene et ansvar for å sørge for tilgjengelig tilbud av akutt tannhelsehjelp for befolkningen?

Det vises for øvrig til våre kommentarer til tilsvarende rettighetsbestemmelse i den foreslåtte bestemmelsen i pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1f.

5.14 Pasient- og brukermedvirkning mv.

Helsedirektoratet støtter departementets forslag om at bestemmelsene om pasient- og brukerinnflytelse og samarbeid med brukerorganisasjoner bør få anvendelse på kommunens planlegging og utforming av tannhelsetilbudet.

5.15 Krav til forsvarlighet, pasientsikkerhet og kvalitet

Helsedirektoratet støtter departementets forslag om at bestemmelsene i helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 4 gis anvendelse når kommunen eller private med avtale med kommunen yter tannhelsetjenester.

5.16 Særlige plikter og oppgaver

Transport av behandlingspersonell

Helsedirektoratet vil påpeke at det i høringsnotatet fremstår noe uklart i hvilke tilfeller kommunalt ansatt tannhelsepersonell får dekket sine utgifter til transport. Får de kommunalt ansatte dekket utgifter til behandling av pasienter som ikke er omtalt i § 3-2b og heller ikke faller inn under innslagspunktene i forskrift om stønad til dekning av utgifter til tannbehandling? Kommunen har etter § 3-1 et sørge for-ansvar for tilgjengelige tannhelsetjenester, og i områder der et privat marked ikke eksisterer, vil den offentlige tannhelsetjenesten behandle pasienter som ikke inngår i § 3-2b mot betaling. Må disse pasientene da betale for tannlegens utgifter til transport?

Beredskapsarbeid

Helsedirektoratet støtter departementets forslag.

Plikt til bistand ved ulykker og andre akutte situasjoner

Helsedirektoratet støtter departementets forslag og er positive til at man øker bredden i personell som kan stilles til disposisjon i krisesituasjoner.

Politiarrest

Helsedirektoratet støtter departementets forslag.

Registrering av meldinger

Helsedirektoratet er positive til departementets forslag. En tydeliggjøring av kommunens plikt til å motta og registrere meldinger om privat tannhelsevirksomhet i helse- og omsorgstjenesteloven § 5-7 vil gi kommunene en god mulighet til å holde oversikt over tilgjengeligheten av tannhelsetjenester til befolkningen.

Meldingsplikt til kommuneadministrasjonen

Helsedirektoratet er positive til at helse- og omsorgstjenesteloven § 5-8 gis anvendelse på tannhelsetjenester. Også dette vil gi kommunen en god mulighet til å holde oversikt over tilgjengeligheten av tannhelsetjenester til befolkningen.

Opplysningsplikt til Statens helsetilsyn og Fylkesmannen

Helsedirektoratet støtter departementets forslag, men ønsker at det påpekes hvorvidt dette også gjelder private tjenesteytere med avtale med kommunen. Helsepersonelloven § 30 vil gjelde uavhengig av ansettelsesforhold og tilknytning til kommunen.

Journal- og informasjonssystemer

Helsedirektoratet støtter departementets forslag. Det bør tydeliggjøres i proposisjonen hvorvidt dette medfører en plikt for kommunene til å kjøpe inn journalsystemer til private tannleger med avtale med kommunen, og i hvilken grad dette bør reguleres gjennom kommunens avtale med den enkelte privatpraktiserende tannlegen.

5.17 Individuell plan, koordinator og koordinerende enhet

Helsedirektoratet er positive til at tannhelsetjenester nå inkluderes i kommunens plikt til å tilby individuell plan. Helsedirektoratet vil likevel påpeke at også pasienter som ikke inngår i forslag til ny § 3-2b kan ha behov for langvarige og koordinerte tjenester der tannhelsetjenester inngår som en sentral del. Etter Helsedirektoratets oppfatning bør det vurderes om kommunen bør ha et visst ansvar for at også disse pasientene får tannhelsetjenester inn i sin individuelle plan, selv om pasientene må betale for tannhelsehjelpen selv. Det vises i denne forbindelse til kommunens ansvar for tilgjengelige tannhelsetjenester til befolkningen i forslag til nytt andre punktum i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 første ledd.

5.18 Undervisning, praktisk opplæring, utdanning og forskning

Undervisning og praktisk opplæring

Helsedirektoratet støtter departementets forslag.

Videre- og etterutdanning

Helsedirektoratet støtter departementets forslag. Slik Helsedirektoratet forstår høringsnotatet, medfører helse- og omsorgstjenesteloven § 8-2 et medvirkningsansvar for kommunen for å sørge for videre- og etterutdanning også av private tannleger med avtale med kommunen.

Forskning

Helsedirektoratet vil påpeke viktigheten av at de regionale odontologiske kompetansesentrene fortsetter som forskningsinstitusjoner med forskningsressurser og forskningsoppgaver. Dersom ansvaret for kompetansesentrene også skal overføres til kommunene må det påses at dette ivaretas på en god måte, og at kommunene ikke bygger ned den forskningsaktiviteten som i dag skjer i kompetansesentrene.

Vi viser for øvrig til våre bemerkninger om overføringen av ansvaret for de regionale odontologiske kompetansesentrene til kommunene under punkt 5.2 om overføring av tannhelsetjenesten til kommunene.

5.19 Finansiering og egenbetaling

Kommunens ansvar for utgifter til tannhelsetjenester

Helsedirektoratet støtter i hovedsak departementets forslag.

Kommunens ansvar for finansiering av tannhelsetjenester til innsatte i fengsler

Når det gjelder finansiering av tannhelsetjenester til innsatte i fengsler, mener Helsedirektoratet at den praktiske gjennomføringen av fordelingen av tilskuddet til kommuner med fengsel kan bli svært utfordrende. Det finnes fengsel med høyt eller lavt sikkerhetsnivå og fengsel som har begge deler. Fengsel med høyt sikkerhetsnivå har flere langtidsdømte enn fengsel med lavt sikkerhetsnivå og således flere innsatte med rett til tannhelsetjenester. Disse innsatte vil på slutten av soningstiden overføres til fengsel med lavere sikkerhetsnivå, men fortsatt beholde sin rett til tannhelsehjelp. Dessuten vil innsatte i varetekt som forventes å sitte mer enn tre måneder, ha rett til vederlagsfrie tannhelsetjenester. En noenlunde rettferdig fordeling av tilskuddsmidlene krever at Helsedirektoratet får kunnskap om anslagsvis antall innsatte i de enkelte fengsel/kommuner med rett til tannhelsetjenester. Videre endrer kriminalomsorgen antall plasser i varetekt og sikkerhetsnivå etter behov. Siden tilskuddet tildeles på begynnelsen av året, anser Helsedirektoratet det ikke som mulig å få til en rettferdig fordeling av tilskuddet til tannhelsetjenester.

Det er ikke avklart i høringsnotatet om det skal foreslås å slå tilskuddet til tannhelsetjenester sammen med tilskuddet til kommunene som får tilskudd til helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsel. Et slikt forslag vil medføre endringer i nåværende fordelingsmodell for tilskudd til kommunene i tillegg til de utfordringer som er nevnt i avsnittet ovenfor. Alle disse forhold savnes omtalt i høringsnotatet.

Kommunens ansvar for å dekke behandlingsutgifter i andre EØS-land

Helsedirektoratet ønsker at det tydeliggjøres hvorvidt personer som omfattes av forslag til ny § 3-2b (eksempelvis barn) kan få behandling av privatpraktiserende tannlege i et annet EØS-land og få alle utgifter til behandling refundert. Slik praksis er i dag, og slik praksis vil være etter forslag til nytt andre punktum i helse- og omsorgstjenesteloven § 11-1 tredje ledd, må personer som omfattes av gruppene i tannhelsetjenesteloven § 1-3 behandles av en tannlege tilknyttet den offentlige tannhelsetjenesten for at behandlingen skal gis vederlagsfritt, og pasientene kan dermed ikke velge å gå til privatpraktiserende tannlege uten å måtte betale behandlingen selv. Helsedirektoratet ønsker at det klargjøres hvorvidt denne ulikheten er tilsiktet.

Vederlag for tannhelsetjenester

Helsedirektoratet støtter departementets forslag, men det forutsettes at forskrift om vederlag for tannhelsetjenester revideres, slik høringsnotatet legger opp til.

Helsedirektoratet vil også påpeke at ansvaret for kjeveortopedi overføres til kommunene. Man unngår da tredjepartsfinansiering ved at henvisende instans faller bort, og samme instans behandler og finansierer. Ved overføring av ansvaret for tannhelsetjenester fra fylkeskommunene til kommunene vil kommunene måtte gjennom anskaffelsesprosesser på flere andre spesialistområder, og det er unaturlig å utelate kjeveortopedi fra deres ansvarsområde. Dette høringsnotatet vil etter Helsedirektoratets mening være en god mulighet for å inkorporere kjeveortopedi i det offentlige tilbudet.

Pasienttransport til den kommunale tannhelsetjenesten

I oppgavemeldingens omtale av finansieringsansvaret for pasienttransport fremgår det at det tas sikte på ikrafttredelse av forenklinger og andre endringer i pasientreiseordningen i 2016. Ut fra dette er det forståelig at departementet ønsker å avvente beslutninger om endringer. Dersom overføring av ansvar for pasienttransport ved kommunale tjenester overføres fra helseforetak til kommunene, slik oppgavemeldingen foreslår, ser Helsedirektoratet ingen grunn til å lage en midlertidig ordning med ny lovregulering for at slik pasienttransport skal finansieres av kommunen.

Helsedirektoratet vil også påpeke at man bør sørge for at egenandeler i kommunenes egne forskrifter om dekning av reiseutgifter for pasienter ikke blir så høye at pasientreiser i praksis ikke dekkes.

Når det gjelder tannhelsetjenester til innsatte i fengsler, er slik pasienttransport ressurskrevende både personellmessig og økonomisk, sammenlignet med tannklinikk i fengsel. Det er tannklinikker bare i de største fengslene. I fengsel uten tannklinikk må pasienten fremstilles med to fengselsbetjenter til tannklinikk utenfor fengselet. Timeavtaler må avlyses når det ikke er to fengselsbetjenter disponibel til fremstillingen. Pasienttransport med kvalifisert ledsager dekkes i dag av pasientreiser.

Plikt til å utarbeide adskilte regnskaper mv. for tannhelsetjenester
Helsedirektoratet er enige med departementet i at reglene bør videreføres.

Særlig om finansiering av spesialisttannhelsetjenester
Det vises til Helsedirektoratets kommentarer til punkt 5.2 om overføring av ansvaret for spesialisttannhelsetjenester til kommunene.

5.20 Forskjellige bestemmelser

Taushetsplikt

Helsedirektoratet støtter departementets forslag.

Statlig tilsyn

Helsedirektoratet støtter departementets forslag om at gjeldende bestemmelser om tilsyn med tannhelsetjenesten harmoniseres med tilsynsbestemmelsene i helse- og omsorgstjenesteloven § 12-3.

Helsedirektoratet vil påpeke at det vil være viktig å sikre tannhelsefaglig kompetanse i fylkesmannsembetene, for å sikre at det helhetlige bildet over tannhelsetjenesten i fylket kan ivaretas når fylkestannlegene nå mister sin funksjon. Det er også viktig at kommunene har tannhelsefaglig kompetanse til å styre tannhelsetjenesten innad i kommunen. Det kan eventuelt vurderes om det bør innføres en «kommunetannlege» som kan ivareta noen av funksjonene fylkestannlegen har i dag.

5.21 Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven

Virkeområde og definisjoner

Helsedirektoratet støtter departementets forslag.

Rett til nødvendig tannhelsehjelp fra kommunen

Helsedirektoratet støtter departementets forslag om at rett til tannhelsehjelp reguleres i ny § 2-1f.

Det understrekes i høringsnotatet at begrepet «nødvendig tannhelsehjelp» også omfatter akutt tannhelsehjelp. Helsedirektoratet savner en tydeligere forklaring på hvorfor akutt tannhelsehjelp ikke kan inngå i den eksisterende bestemmelsen i pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1a.

Retten til nødvendig tannhelsehjelp i § 2-1f er begrenset til å gjelde personer som er omfattet av gruppene i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2b. Helsedirektoratet ønsker at departementet vurderer hvorvidt det er hensiktsmessig å ta inn i bestemmelsen at også øvrige deler av befolkningen har en rett til at tannhelsetjenester er tilgjengelige. Det vises i denne sammenheng til kommunens ansvar for å sørge for at tannhelsetjenester i rimelig grad er tilgjengelige, jf. forslag til nytt andre punktum i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 første ledd. Dette bør tydeliggjøres i proposisjonen.

Rett til individuell plan

Helsedirektoratet vil påpeke at også pasienter som ikke inngår i forslag til ny § 3-2b kan ha behov for langvarige og koordinerte tjenester der tannhelsetjenester inngår som en sentral del. Etter Helsedirektoratets oppfatning bør det vurderes om også disse pasientene har en rett til at

tannhelsetjenester inngår i individuell, selv om pasientene må betale for tannhelsehjelpen selv. Se for øvrige våre kommentarer til høringsnotatets punkt 5.17.

Barns rett til helsekontroll

Helsedirektoratet støtter departementets forslag. Vi er enige med departementet i at det er viktig at foreldrene også kan pålegges å medvirke til at barna møter opp med innkallinger til regelmessige tannhelseundersøkelser. Helsedirektoratet er imidlertid usikre på om denne plikten kan leses ut av pasient- og brukerrettighetsloven § 6-1 andre ledd. Vi foreslår derfor at det av pedagogiske grunner tydeliggjøres i bestemmelsen at «helsekontroll» også omfatter tannhelsekontroll.

Klage

Helsedirektoratet støtter departementets forslag.

Pasient og brukerombud

Helsedirektoratet støtter departementets forslag.

5.22 Gjennomføring av oppgaveoverføringen til kommunene

Helsedirektoratet støtter departementets forslag.

Se for øvrige våre kommentarer under punkt 5.2 om overføring av ansvaret for spesialisttannhelsetjenesten til kommunene.

Tydeliggjøring av spesialisthelsetjenestens plikt til å oppnevne kontaktlege

Departementet foreslår i kapittel 6 en lovendring for å tydeliggjøre at alle helseinstitusjoner som omfattes av spesialisthelsetjenesteloven, skal ha plikt til å oppnevne kontaktlege for pasienter som har alvorlig sykdom, skade eller lidelse, og som har behov for behandling eller oppfølging av spesialisthelsetjenesten av en viss varighet. Plikten til å oppnevne kontaktlege for disse pasientene er i dag pålagt helseforetaket.

Det foreslås at spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 c første ledd første punktum endres, slik at plikten til å oppnevne kontaktlege skal gjelde for alle helseinstitusjoner som omfattes av spesialisthelsetjenesteloven. Dette innebærer at både offentlige og private institusjoner som yter spesialisthelsetjenester skal omfattes. Private spesialister, herunder spesialister som har inngått avtale med helseforetak eller regionale helseforetak, vil ikke omfattes.

I høringsnotatet foreslås å erstatte «Helseforetak» med «Helseinstitusjon som omfattes av denne loven» i første ledd første punktum i spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 c. Dette gjøres for å tydeliggjøre at både private og offentlige helseinstitusjoner omfattes. Helsedirektoratet merker seg at det ikke foreslås øvrige endringer i bestemmelsen og ber departementet vurdere om det ikke også er nødvendig å erstatte «Helseforetak» i andre og tredje ledd med «Helseinstitusjon som omfattes av denne loven». Private institusjoner som yter spesialisthelsetjenester faller ikke inn under definisjonen av helseforetak, jf. definisjonen i helseforetaksloven § 2.

Helsedirektoratet ser at det kan være utfordrende dersom private spesialister, herunder spesialister som har inngått avtale med helseforetak eller regionale helseforetak, skal omfattes av kontaktlegeordningen. Det vil trolig heller ikke være så aktuelt fordi plikten til å oppnevne kontaktlege er begrenset til å gjelde behandling eller oppfølging fra spesialisthelsetjenesten av en viss varighet og hvor pasienten har en alvorlig sykdom, skade eller lidelse. Pasienter som blir henvist til private spesialister vil derfor trolig sjelden ha rett på kontaktlege. Helsedirektoratet savner imidlertid en nærmere begrunnelse for denne avgrensningen. Uansett er det viktig at pasienter som blir henvist til avtalespesialister får god informasjon om hva det innebærer å bli henvist til en avtalespesialist framfor til en privat eller offentlig helseinstitusjon. Pasienten må få informasjon hvor

det fremgår at de ved å bli henvist til avtalespesialist ikke vil få tildelt de rettighetene, f.eks. rett på kontaktlege dersom vilkårene er oppfylt, som man får ved en ordinær henvisning til spesialisthelsetjenesten.

Tydeliggjøring av kommunens plikt til psykososial beredskap og oppfølging

Departementet foreslår i kapittel 7 en lovendring i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nummer 3 for å tydeliggjøre kommunens plikter når det gjelder psykososial beredskap og oppfølging. Forslaget innebærer i all hovedsak presisering av gjeldende rett.

Det foreslås et det beskrives eksplisitt i loven at kommunen må ha beredskap for psykososial oppfølging. I realiteten eksisterer en slik forpliktelse allerede, men den er kanskje fortsatt ikke fullt ut erkjent av alle kommuner. Helsedirektoratet vurderer at det er positivt at dette gjøres helt eksplisitt. Vi støtter således forslaget om å lovfeste psykososial beredskap og oppfølging. Lovfesting er et nødvendig virkemiddel for å sikre likeverdig og god psykososial beredskap og oppfølging i alle kommuner.

For øvrig påpeker vi kun to inkurier i kapittel 7.3 s. 245;

- Strekpunkt 2 skal lyde: 91,7 % av kommunene har utarbeidet rutiner for når det psykososiale teamet skal aktiveres.
- Strekpunkt 6 skal lyde 44,4 % av kommunene mangler en avtale om fast avlønning for medlemmene i det psykososiale kriseteamet.