



Adresseinformasjon fylles inn ved ekspedering. Se mottakerliste nedenfor.

Vår referanse: 14/00996-19
Arkivkode: 065 G
Saksbehandler: Anne Gamme
Deres referanse:
Dato: 05.10.2016

Høring - Oppfølging av forslag til Primærhelsemeldingen og oppgavemeldingen mv

KS viser til høringsbrev sendt ut 06.06 2016. og har følgende innspill til forslagene:

Generelt til høringen

De to viktigste punktene i høringsforslaget er etter KS mening overføring av tannhelsetjenesten og pilotering av distriktpsykiatriske sentre (DPS). KS hovedstyre vedtok i hovedstyremøte 16. september 2016 at: «KS forutsetter at ansvaret for tannhelsetjenesten i sin helhet blir lagt til folkevalgte regioner.»

KS hovedstyre har tidligere vedtatt at kommunene kan overta ansvaret for DPS. KS støtter dermed et forsøk med overføring av driftsansvar, selv om det må påpekes at rammebetingelsene for forsøket er utfordrende for begge parter.

Kommunene peker på det problematiske i at en vesentlig del av høringsperioden forekommer i sommerferien, noe som vanskeliggjør en grundig behandling av en omfattende sak. De økonomiske og administrative konsekvensene er hver for seg tilsynelatende små, men til sammen vil forslagene medføre endringer som ikke er synliggjort, og flere av forslagene er etter KS mening for lite konsekvensutredet. Prinsipielt finner KS grunn til å påpeke at innretningen på loven bør begrenses til å henvende seg til kommunen som sådan.

Regjeringen ber særlig om høringsinstansenes syn på følgende saker:

1. *Krav om at kommunen må ha knyttet til seg lege, sykepleier, fysioterapeut, helsesøster og jordmor. Det tas sikte på at lovendringen skal tre i kraft 1. januar 2018.*
2. *Krav om at kommunen må ha psykolog, ergoterapeut og tannlege knyttet til seg. Disse lovendringene skal etter planen tre i kraft først fra 1. januar 2020.*
3. *Lovfesting av at kommunen skal ha veiledningsplikt overfor spesialisthelsetjenesten på tilsvarende måte som spesialisthelsetjenesten har overfor kommunene.*
4. *Tydeliggjøring av kommunens ansvar for pasient-, bruker- og pårørendeopplæring.*
5. *Tydeliggjøring av helse- og omsorgstjenestens ansvar for å forebygge, avdekke og avverge vold og seksuelle overgrep.*
6. *Etablering av en forsøksordning hvor kommuner kan få ansvar for å drifte distriktpsykiatriske sentre (DPS).*

7. Lovendringer som er nødvendige for å overføre ansvaret for tannhelsetjenester fra fylkeskommunene til kommunene. Kommunens ansvar foreslås regulert i helse- og omsorgstjenesteloven, mens pasientens rettigheter foreslås regulert i pasient- og brukerrettighetsloven.
8. Tydeliggjøring av kontaktlegeordningen for alle helseinstitusjoner som omfattes av spesialisthelsetjenesteloven.
9. Tydeliggjøring av kommunens plikter når det gjelder psykososial beredskap og oppfølging.

Under følger KS vurdering av enkeltforslagene:

1. Krav om at kommunen må ha knyttet til seg lege, sykepleier, fysioterapeut, helsesøster og jordmor. Det tas sikte på at lovendringen skal tre i kraft 1. januar 2018.
2. Krav om at kommunen må ha psykolog, ergoterapeut og tannlege knyttet til seg. Disse lovendringene skal etter planen tre i kraft først fra 1. januar 2020.

For profesjonene psykolog og tannlege vil dette kravet knyttes opp mot det utvidede sørge for ansvar som omtales i samme høringsnotat. For de andre profesjonene vil det i stor grad følge av gjeldende rett. Data fra KS PAI-register og kommunenes hjemmesider viser at kommunene ivaretar dette ansvaret på ulike måter. De minste kommunene, sikrer i dag nødvendig kompetanse gjennom avtaler med andre kommuner, private eller spesialisthelsetjenesten.

For innbyggerne vil det være viktig at tjenestene er tilgjengelige når de trenger dem, og at tjenestene er helhetlige og koordinerte. Hvordan tjenestene er organisert med tanke på helsetjenestenivåer eller profesjoner, vil da være av underordnet betydning.

KS mener at kommunene selv må avgjøre hvordan de løser organisering av sin helsefaglige kompetanse. Profesjonsnøytralitet bør fortsatt være det bærende prinsipp i helse- og omsorgstjenesteloven, og KS mener at endringen prinsipielt er uheldig fordi en opprømsing av profesjoner i loven vil medføre stadig nye diskusjoner om flere profesjoner bør nevnes inn. Det viktigste er at lovverket gir kommunene tilstrekkelig frihet til å organisere og tilpasse tilbudet og tjenestene i samsvar med lokale forhold og behov.

Det må legges langt mer vekt på å utdanne/videreutdanne personell som er tilpasset fremtidige kommunale oppgaver og utfordringer. KS mener at en forsterket legetjeneste i kommunene ikke alene kan oppnås gjennom presisering i lov og avtaleverk, men primært må skje gjennom andre konkrete tiltak. Det bør derfor utvikles tiltak for rekruttering av flere allmennleger/fastleger og oppretting av rekrutteringsstillinger på fastlønn.

Tilgang til psykolog er en ny oppgave for kommunen. Det er mangelfull tilgang på psykologer i dag, og det vil være avgjørende at psykologer benyttes til samfunnsrettet og i mindre grad klinisk arbeid i kommunesektoren.

3. Lovfesting av at kommunen skal ha veiledningsplikt overfor spesialisthelsetjenesten på tilsvarende måte som spesialisthelsetjenesten har overfor kommunene.

Kommunesektoren er generelt positiv til denne plikten og det pekes på at dette vil kunne gi bedre kunnskap om kommunens helse og omsorgstjenester i spesialisthelsetjenesten.

4. *Tydeliggjøring av kommunens ansvar for pasient-, bruker- og pårørendeopplæring.*

Kommunene strever med å ansvarsplassere opplærings- og mestringsarbeidet. Det blir gjort mye godt arbeid både på legekantorene, helsestasjoner og i omsorgstjenesten. Det ligger også et ansvar for opplærings og mestringsarbeidet i spesialisthelsetjenesten. Grenseflatene er ikke tilstrekkelig oppgått og kommunene peker på at det har vært en betydelig oppgaveglidning på området. Når departementet nå kommer med en tydeliggjøring av dette ansvaret i lovs form vil dette kreve at kommunene også må få tydeliggjort og løftet fram dette arbeidet. Det vil ha vesentlige administrative og økonomiske konsekvenser. Kommunesektoren anerkjenner behovet for mer mestring og opplæringstilbud i kommunen, men det bør i så fall overføres som en oppgave og som det må følge midler med til.

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

Kommunene er positive til en tydeliggjøring, men peker på at forslaget, i likhet med forventningene ellers i høringsnotatet om at kommunene skal gjøre mere, vil medføre nye forpliktelser og ha en kostnadsside.

6. *Etablering av en forsøksordning hvor kommuner kan få ansvar for å drifte distriktpsikiatriske sentre (DPS).*

Generelt til innretningen av forsøket

KS støtter et forsøk med overføring av driftsansvar, selv om det må påpekes at rammebetingelsene for forsøket er utfordrende for begge parter. Et forsøk vil gi anledning til å se DPS-tjenestene i sammenheng med øvrig kommunalt helse- og omsorgstjenestetilbud. Men det er utfordrende at forsøksordningen innebærer at spesialisthelsetjenesten fortsatt skal ha «sørge-for-ansvaret» for de tjenestene kommune skal ha driftsansvar for. Det beste ville vært om kommunen hadde hatt sørge-for-ansvaret. KS vil også påpeke at kommunene ikke kan forpliktes til å følge nasjonale faglige retningslinjer og veiledere, kommunene skal følge alminnelig norsk rett, og ved strid kan sakene legges frem for nasjonal tvisteløsningsnemnd. Konstruksjonen i forsøket er grunnleggende problematisk med hensyn til ansvar og myndighet.

KS vil peke på at lengden på forsøket må presiseres, og det må klarlegges på forhånd hvordan oppgjøret mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten skal skje ved forsøkets slutt. Det enkleste vil være at tilskuddet til kommunen slutføres, men det kan tenkes at aktiviteten/kostnadene ved DPS et da vil være høyere enn dette, f.eks hvis kommunen har økt virksomheten med egne midler.

Målsettingene med forsøket må blant annet være at gjennom bedre samhandling og helhetlig tilnærming får forsøket frem modeller som:

- styrker det forebyggende arbeidet
- reduserer ventetid på behandling
- øker tilgjengeligheten til tjenestene
- skaper er koordinerte, sammenhengende og forutsigbare behandlings- og oppfølgingsløp for mennesker med psykiske helseutfordringer og/eller rusavhengighet

Om virksomhetsoverdragelse

Det er uklart om det er mulig at en slik forsøksordning kan gjennomføres som en virksomhetsoverdragelse. En forsøksordning innebærer at kommunen kun for en tidsbegrenset periode ivaretar driften av DPS, fordi virksomheten overføres til ny arbeidsgiver på ubestemt tid. I tillegg viser HOD til at et DPS-område kan omfatte flere kommuner. Hver enkelt kommune må fastsette forskrift om å overta driftsansvaret for DPS-et, og deretter inngå avtale med en kommune om driftsansvaret. Dette medfører ytterligere spørsmål om hva som vil være en hensiktsmessig organisering av virksomheten i forsøksperioden. Departementet er tydelig på at piloten er et forsøk der kommunen kun får et driftsansvar mens RHF-et beholder sørge for ansvaret. Et DPS har som oftest flere kommuner som opptaksområde. Det er ikke ønskelig å splitte opptaksområdene, slik at en forutsetning for å delta, er at alle kommunene i et opptaksområde må være enige om å være med i piloten og de må bli enige om en samarbeidsmodell for dette samarbeidet. Dette må forskriftsfestet av den enkelte kommune. Ordningen som beskrives krever et omfattende avtaleverk og kan bli krevende for mange kommuner å gå inn i og få på plass. Her vil forholdet mellom vertskommunen og de øvrige kommunene være vesentlig. Hvorfor skal det være mer attraktivt for de øvrige kommunene at DPS-et driftes av en vertskommune fremfor RHF-et, også hvis dette vil bety at de øvrige kommunene vil dele på den økonomiske risikoen?

Økonomiske og administrative konsekvenser:

Prinsipielt mener KS at kommunene bør få hele ansvaret, i stedet for at det stykkes opp slik det gjøres i modellforsøket.

Til tross for innvendinger knyttet til virksomhetsoverdragelse vurderer KS modell 3 full virksomhetsoverdragelse som beste modell gitt pilotens utforming. Dette vil sikre kommunen bedre styring i forhold til de ansatte og større organisatorisk frihet i forhold til kommunens øvrige tjenester.

KS er også enig med departementet om at den beste modellen per i dag er at det økonomiske oppgjøret avtales lokalt. Dette fordi ordningen er et forsøk og at andre alternativer ikke vil være like treffsikre mht fordeling av midler til aktuelle kommuner. Spesielt fordi de ulike DPS-ene har utviklet et noe ulikt tilbud i de ulike opptaksområdene.

Administrativt fremstår også denne ordningen som mest oversiktlig og lettere å reversere ved forsøkets slutt.

KS ser imidlertid en utfordring i at de årlige rammene for driften skal prioriteres innenfor RHF-ets rammer og inntektsvekst. I utgangspunktet skal DPS-et ha samme inntektsutvikling som RHF-et, men vil RHF-et prioritere DPS-et på samme måte som ellers når det driftes av en kommune? Uansett påtar kommunen seg en økonomisk risiko ved forsøket. KS er enig i at helseforetakets kostnader til drift av det aktuelle DPS legges til grunn for beregning av overføring av midler til kommunene. KS forutsetter at dersom tjenestetilbudet skal endres vil det være RHF-et som har finansieringsansvaret for dette. Siden det er RHF-et som har sørge-for-ansvaret, vil det også være RHF-et som vil ha det avgjørende ord når det gjelder hvilket omfang av tjenester DPS-et skal tilby. Avtaler skal sikre samsvar mellom finansiering og oppgaver. Dersom kommunene har større ambisjoner enn RHF-et, vil dette måtte finansieres av kommunene. Grunnlaget for overføringen vil være det regionale helseforetakets kostnader for drift av det aktuelle DPS.

Målepunktet er siste kjente regnskapsår korrigerert for generell vekst, herunder kompensasjon for lønns- og prisvekst. Kommunen som drifter DPS-et bør bære de fulle kostnader ved å drive DPS-et. Det forutsetter at kommunen får inndekning også for eventuelle kapitalkostnader eller eventuelle husleiekostnader.

Årlig regulering av overføringen bør skje på grunnlag av den generelle prosentvise inntektsvekst for det regionale helseforetaket.

- 7. Lovendringer som er nødvendige for å overføre ansvaret for tannhelsetjenester fra fylkeskommunene til kommunene. Kommunens ansvar foreslås regulert i helse- og omsorgstjenesteloven, mens pasientens rettigheter foreslås regulert i pasient- og brukerrettighetsloven.*

Generelt til overføringen av ansvaret vil KS påpeke at dette ikke er en oppgave som kommunesektoren har bedt om. Selv om det er enkelte argumenter for å overføre tannhelsetjenesten til kommunene, er det derfor KS oppfatning at det vil være best for pasientene og samfunnet om Den offentlige tannhelsetjenesten fortsatt er organisert på et regionalt nivå.

KS vil peke på at flytting av oppgaver mellom forvaltningsnivåene skal følge det finansielle ansvarsprinsippet. Det innebærer at overføring av oppgaver til kommunene skal følges av tilsvarende overføring av økonomiske ressurser. Finansieringen vil fortsatt bestå av rammetilskudd fra staten, kommunens egne skatteinntekter og pasientenes betaling av vederlag/egenbetaling i form av mellomlegg. Den delen av det fylkeskommunale rammetilskuddet som i dag går til tannhelsetjenester vil bli trukket ut fra rammetilskuddet til fylkeskommunene og fordelt til kommunene etter nye kostnadsnøkler.

KS vil her peke på noen problemstillinger som ikke er tilstrekkelig vurdert i forslaget:

- Hovedinnvendingen mot forslaget er at det vil koste mer enn det som er angitt.
- Oppgaveoverføringen vil medføre overgangskostnader i forbindelse med forberedelse til og gjennomføring av virksomhetsoverdragelsen, herunder personaltiltak, systemkostnader mv.
- Hvis rus og fengselsinnsatte innlemmes i loven og dermed mister retten til refusjon vil ikke kommunen få refusjon og det i seg selv vil bli dyrere. Fylkeskommunene har i dag kostnadsoverslag på over 200.000 kr for enkelte ruspasienter.
- KS støtter oppholdsprinsippet, men volumet av pasienter innenfor tannhelsefeltet gjør det mer komplisert å beregne enn vanlig. Noen kommuner har en videregående skole og noen har en institusjon og det er vanskelig å finne gode kostnadsnøkler. Studenter er kanskje det store volumet. De aller yngste studentene har rettigheter – de andre har ikke. Virksomhetsoverdragelse også et poeng at kommunene pådrar seg gjeld som er knyttet til tannklinikken.
- Det er mange utfordringer knyttet til de regionale kompetansesentrene (ROK) som ikke er løst. Fylkeskommunene peker på at de bruker mer penger for å sikre behandling. Her er det etter KS mening behov for å sikre kostnadssiden ytterligere.

KS støtter lovfesting av rett til tannhelsetjenester for innsatte i fengsel.

Inklusjonskriterier i loven

Fylkeskommuner peker på at det kan være nødvendig å ha inklusjonskriterier for gruppene i nåværende tannhelsetjenestelovs § 1-3 som er tenkt flyttet til kommunehelsetjenestelovens § 3-2 b.

Gråsoner:

- Midlertidig opphold i landet (transittmottak, asylmottak, utlendinger i fengsel, utvekslingsopphold for skoleelever, ferierende)
- Midlertidig opphold i kommunen (på gjennomreise, tannturister?)
- Midlertidig tilknytning til sykepleie i hjemmet (kortvarig sykdom eller rehabilitering)
- Midlertidig tilknytning til en helseinstitusjon (somatiske sykehus, rehabilitering)
- Midlertidig tilknytning til et fengsel (utlendinger)

Dersom opphold i kommunen skal kunne utløse rett til tannhelsetjenester på alle områdene for nødvendig tannbehandling (og spesielt punkt 6), kan det bli en økonomisk utfordring for kommuner som blir oppsøkt av personer med rett til tannbehandling etter § 3-2 b. KS mener derfor at det bør være tydelige inklusjons-/eksklusjonskriterier og/eller at ordlyden i loven blir «rimelig tilgjengelig».

Når det gjelder grupper av rusavhengige, er det et kjent problem at tannhelsetjenestene ikke er fullført på det tidspunktet hvor den rusavhengige har fullført sitt institusjonsopphold og dermed mister sine økonomiske rettigheter. Det kan være hensiktsmessig å forskriftsfeste at den rusavhengige har krav på å få fullført en behandlingsplan i ettervernsperioden som er lagt mens vedkommende var i institusjon.

Vedrørende om man skal bruke ordlyden at tannhelsetjenester, herunder spesialisttannhelsetjenester er «tilgjengelige» eller «i rimelig grad er tilgjengelige»

Departementet har foreslått å bruke formuleringen «kommunen skal sørge for at tannhelsetjenester, herunder spesialisttjenester, er tilgjengelige for personer som oppholder seg i kommunen». Dette innebærer at man går bort fra formuleringen i nåværende tannhelsetjenestelov «at tannhelsetjenester, herunder spesialisttjenester, i rimelig grad er tilgjengelige».

Det er flere grunner til at man bør beholde formuleringen «i rimelig grad er tilgjengelige». Hvis pasienter har en langvarig plassering i disse gruppene bør personen ha tilgang til alle tannhelsetjenester. For personer med god økonomi og et mer kortvarig rehabiliteringsopphold, er det mindre innlysende at personen bør ha krav på tannbehandling som ikke er knyttet til sykdom/skade som er årsak til rehabiliteringsoppholdet.

Hvis pasienter har et kortvarig opphold i kommunen, er det også lite innlysende at pasienten med loven i hånd kan forlange full tilgang til spesialisert behandling. En del behandling krever også lang tilstedeværelse for å kunne gjennomføres.

Andre grunner for å beholde uttrykket «i rimelig grad er tilgjengelige» er knyttet til andre aspekter av tilgjengelighet enn den regelmessige tannhelseundersøkelsen f eks tannlegetjenester utenfor åpningstid.

Dette synspunktet korresponderer med teksten i høringsnotatet om at «det bør være opp til den enkelte kommune å avgjøre nivå og omfang av organiseringen av tilgangen på akutt hjelp» (side 161).

Det vil sikkert være slik at det også i fremtiden vil kunne bli kortere eller lengre vakanser i tannlegestillingene (f eks i forbindelse med oppsigelser eller foreldrepermisjoner) som det ikke alltid vil være mulig å dekke opp for.

Vedrørende ansvar for tannhelsetjenester på institusjoner i spesialisthelsetjenesten

Departementet har foreslått at kommunen skal ha ansvaret for tannhelsetjenester på helseinstitusjoner i spesialisthelsetjenesten.

Staten har satt i gang forsøksprosjekter på flere sykehus i landet hvor det er sykehusene som er prosjekteier. Bakgrunnen for disse forsøksprosjektene var bl a en oppfatning om at sykehusene i hovedsak ikke hadde noe eierforhold til tannhelsetjenester, og at kvaliteten var for dårlig på infeksjonssanering i munnhulen i forhold til pasienter som ville få nedsatt immunforsvar etter behandling på sykehus (f eks kreft, transplantasjoner, andre pasienter på immunsuppressiva). Disse forholdene vil neppe bli annerledes om det er fylkeskommunene eller kommunene som yter tannhelsetjenester.

Ved å tilsette tannhelsepersonell på sykehus håpet man på å utvikle et tverrfaglig samarbeid mellom tannhelsetjeneste og andre fagområder på sykehus. Tjenesteyting fra to forskjellige forvaltningsnivå kan også føre til barrierer med for eksempel to forskjellige elektroniske journalsystemer.

Her vil KS anbefale at forsøkene blir evaluert før det konkluderes. Kommunalt ansvar for tannhelsetjenester på institusjoner i spesialisttjenesten har også en økonomisk side. Kommuner som er vertskommuner for store regionale institusjoner (regionsykehus, psykiatriske sykehus, rehabiliteringsinstitusjoner, rusinstitusjoner) vil med dette pådra seg store ekstrautgifter. En mulig løsning kan være å tilskuddsfinansiere tannbehandling på slike institusjoner slik man gjør med tannbehandling til innsatte i fengsler.

Vedrørende dekning av skyssutgifter

Departementet foreslår at kommunene selv skal lage forskrifter til dekning av skyssutgifter. Skyssutgiftene vil variere stort fra sentrale strøk til deler av landet hvor det er store reiseavstander. Siden kommunene selv lager forskriftene, vil kommunene enkelte steder i landet risikere å betale store reisekostnader når innbyggere skal til spesialist eller annen sentralisert tannhelsetjeneste. Det kan føre til at tjenestene ikke blir tilgjengelige for enkelte pasienter. (Alternativt, hvis kommunene lager et reglement som legger egenandelstaket skyhøyt, vil disse utgiftene falle på pasientene).

Hvis det skal lages forskrifter anbefaler KS at kommunene lager forskrifter innenfor egne kommunegrenser. I de tilfellene hvor pasientene må reise ut av kommunen for å få tilgang til nødvendige tannhelsetjenester foreslår fylkesrådet at pasientene får dekket reisekostnadene etter syketransportforskriften eller pasientreiseforskriften, for å unngå skjevprioriteringer for kommuner med lange reiseavstander.

I tillegg er kvalitet i tannhelsetjenesten for pasientene som den kommunale helsetjenesten skal ha et spesielt ansvar for, helt avhengig av at det tilbys spesialisttannhelsetjenester når helseproblemene krever dette. Det er slik situasjonen har vært mellom Troms fylkeskommune og Tannhelsetjenestens

kompetansesenter for Nord-Norge (TkNN), de har hatt samme arbeidsgiver. Etter overføring av Den offentlige tannhelsetjenesten til kommunene vil det derimot ikke være slik lenger. Da vil det være 20 forskjellige kommuner som skal henvise til et kompetansesenter eid av en kommune. Det vil måtte innledes et interkommunalt samarbeid mellom kommunene, eller kommunene må kjøpe tjenester av vertskommunen, noe som i begge tilfeller vil medføre transaksjonskostnader.

Vedrørende behovet for annet interkommunalt kjøp eller samarbeid

En overføring av tannhelsetjenesten til kommunene vil medføre økt bruk av interkommunalt kjøp eller samarbeid av flere grunner:

- Kommunene vil bli for små til å arrangere egen tannlegevakt
- Kommunene vil bli for små til å ha egen kompetanse på odontofobi-pasienter
- Kommunene vil bli for små til å ha egen kompetanse på tannbehandling i lystgass
- Kommunene vil bli for små eller befolkningstettheten for liten til å dekke opp behovet for spesialisttjenester innenfor egen kommune
- Sykehusene vil ikke sette pris på å måtte ha kontakt med 20 ganger flere aktører en nå, når pasienter må få tannbehandling i narkose
- Innkjøp. Her vil det muligens bli nødvendig med interkommunalt samarbeid.
- Dentaltekniske tjenester
- IT-tjenester. Her vil det også bli nødvendig med interkommunalt samarbeid for å drifte og vedlikeholde servere og lagringsmedier. Det vil også være nødvendig å drive digital utvikling videre for å tilfredsstille normer for informasjonssikkerhet bl a for bilder.

Vedrørende administrative og økonomiske konsekvenser

Når det gjelder administrative og økonomiske konsekvenser av overføringen, vil KS anføre følgende:

- analysen er ufullstendig i forhold til funksjoner
- analysen har ikke tatt hensyn til at det blir mange flere aktører
- analysen har ikke tatt hensyn til transaksjonskostnader i form av samarbeid, avtaler, kjøp av tjenester

Funksjoner

En god offentlig tjeneste er avhengig av en god ledelse. Tannhelsetjenesten er såpass spesiell at visse områder av ledelsen bør være fagspesifikk. Det er nødvendig at ledelsen følger med og sørger for nødvendig tannbehandling, det er nødvendig med overvåkning av kvalitet i tjenesten og implementering av retningslinjer. Det vil være vanskelig å skaffe slik kompetanse i hver kommune. Det vil være dyrere å lede i 20 kommuner fremfor en fylkeskommune.

Høringsnotatet har ikke omtalt drift av IT-funksjoner og sentrale servere. Disse drives i dag av de enkelte fylkeskommunene, eller i et samarbeid mellom flere fylkeskommuner. Mange enkeltkommuner vil ikke ha kompetanse til å drive et slikt nettverk. Det vil også være svært ugunstig å splitte opp databasene. Det vil medføre at hver pasient kan få flere journaler og dårligere kvalitet på helsehjelpen.

Det er nødvendig å ha kompetanse på innkjøp. Ved overgang til kommunal tannhelsetjeneste vil man miste prisfordelene ved å kunne kjøpe inn flere enheter.

Aktører

Det skrives flere steder i høringsnotatet at tiltak ikke vil få administrative og økonomiske konsekvenser fordi kommunene skal gjøre det samme som fylkeskommunen gjør i dag. Det er som regel korrekt, men det har likevel økonomiske og administrative konsekvenser fordi mange aktører skal gjøre det samme som en aktør gjør i dag.

8. *Tydeliggjøring av kontaktlegeordningen for alle helseinstitusjoner som omfattes av spesialisthelsetjenesteloven.*

- *Ingen kommentarer*

9. *Tydeliggjøring av kommunens plikter når det gjelder psykososial beredskap og oppfølging.*

Det er riktig og viktig at kommunene har plikter for psykososial beredskap og oppfølging. Men det er uklart i hvilken grad forslaget vil medføre økte oppgaver og dermed ha økonomiske konsekvenser.

Med hilsen


Gunn Marit Helgesen
Styreleder


Lasse Hansen
adm. dir

Mottakere: Helse- og omsorgsdepartementet - HOD
Delta, Hilde Aga