



Helse- og omsorgsdepartementet
postmottak@hod.dep.no

Deres ref.:

Vår ref.: 10/5548

Dato: 19.01.2011

Høringsuttalelse - ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester

Det vises til høringsnotat med forslag til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. Høringsnotatet har vært forelagt interne organisasjonsledd og er behandlet av Legeforeningens sentralstyre.

Legeforeningen støtter forslag om å utvikle kommune- og helsetjenesten og ser behovet for harmonisering av lovgivningen. Legeforeningen støtter også mange av de mål som er satt i utviklingsarbeidet. I høringsuttalelsen rettes oppmerksomheten mot forslag vi mener bør endres i forbindelse med utarbeidelse av lovproposisjonen.

En hovedinnvending mot foreliggende lovforslag er knyttet til valg av virkemidler som ikke anses å oppfylle målene som er satt. Enkelte av lovforslagene har åpenbare negative effekter, som ikke fremgår av generelle motiver og begrunnelser. Andre forslag bygger på ”påstander” løsrevet fra både begrensninger i regelverk og klare styrings signaler fra departementet tidligere. Valget av virkemidler i denne loven skjer således uavhengig av rettslige skranker i annen lovgivning.

Legeforeningen oppfatter dette slik at forslaget på disse punktene ikke er tilstrekkelig utredet før forslaget ble sendt på høring og vil oppfordre til at dette gjøres før innholdet i en lovproposisjon fastsettes. Til innholdet i lovforslaget har vi noen hovedinnvendinger. I tillegg kommenteres endringer i annen lovgivning.

Legeforeningen vil fremheve fem særskilte utfordringer i forhold til foreliggende lovforslag:

1. Et større ansvar på kommunene når det gjelder organisering og finansiering av helse og omsorgstjenester, herunder økt ansvar i forhold til kartlegging og forebygging, vil kunne medføre risiko for et svekket helsetjenestetilbud sammenlignet med i dag. Særlig i lys av at forslaget er fremsatt uavhengig av de faktiske utfordringer i kommunene i dag. Vi etterlyser en konsekvensvurdering i forhold til valg av virkemidler
2. Befolkningen må gis større trygghet - og forutsigbarhet i forhold til helse- og sosialtjenester. Både når det gjelder hvilken kompetanse kommunene må tilby, kvalitet i helsetjenestetilbudet, innholdet i rettigheter og muligheter for overprøving av kommunenes beslutning. Slik lovforslaget er formulert øker risikoen for større ulikheter etter bosted.

3. Klage- og tilsynsorganers rolle som korrektiv til kommunene og staten som eier av helse- og omsorgstjenestene svekkes. Det fører til svekkede pasient- og brukerrettigheter
4. Andre og mer målrettede virkemidler kreves for å styrke fastlegetilbudet i ønsket retning. Fjerning av dagens hindringer for finansiering av sykebesøk og oppsøkende virksomhet bør være første valg. Dette er ikke sett eller vurdert.
5. Bedre tilrettelegging for gode pasientforløp og samhandling innen helsetjenesten - og mellom nivåene i helsetjenesten, er nødvendig. Dette er angitt som et mål med lovforslaget, men det er ikke foreslått virkemidler som i tilstrekkelig grad vil understøtte målet.

Legeforeningen mener dagens situasjon tilsier behov for finansiering, organisering og lovgivning som gir likhet i tilbudet av helse- og omsorgstjenester nasjonalt – ikke mindre. Nedenfor gis en redegjørelse for disse fem hovedpunktene. Dernest merknader til konkrete endringsforslag.

I. Nærmere om hovedutfordringene

1.1 Et større ansvar på kommunene når det gjelder organisering og finansiering av tjenesten vil kunne medføre svekket tjenestetilbud

Legeforeningen mener det er nødvendig med lovkrav og finansiering som bidrar til likhet i helsetjenestetilbudet i hele landet.

Med lovforslaget pålegges de 430 kommunene med sine ulikheter og utfordringer et betydelig ansvar uten at innholdet i kravene og finansieringen er tilstrekkelig klargjort.

Sik forslaget til nye lovbestemmelser er formulert pålegges kommunene en rekke nye oppgaver knyttet til kartlegging og forebygging av helse over hele befolkningen. Det vil få betydning for prioritering av helseressurser internt i den enkelte kommune.

I lovforslaget pålegges kommunene et ”sørge for” ansvar. Formålet med dette grepet er å tydeliggjøre både det overordnede ansvaret, men også gi kommunene en fleksibilitet i forhold til hvilke virkemidler som kan anvendes for å ivareta ansvaret.

Begrepet ”sørge for” er velkjent fra spesialisthelsetjenesten, hvor de regionale helseforetakene (RHF) er pliktsubjekt og hvor finansieringsansvaret i hovedtrekk er knyttet til ”sørge for” ansvaret.

Legeforeningen mener det er nødvendig med bedre tilrettelegging organisatorisk før ansvaret ”flyttes” slik det foreslås. Legeforeningen mener at finansieringen i større grad må være knyttet til befolkningens behov for helsetjenester og aktivitet for å muliggjøre endringer av dette omfanget uten hensyn til organisatoriske forhold og muligheter i de ulike kommuner. Legeforeningen etterlyser en vurdering av mulige konsekvenser i forhold til det som er dagens utfordringer i kommunene.

1.2 Befolkningen må gis større trygghet - og forutsigbarhet

Befolkningen bør ha trygghet og forutsigbarhet for at de får nødvendig helsehjelp ved behov. Forslaget svekker kravene til å ha nødvendig helsefaglig kompetanse gjennom profesjonsnøytralitet i flere sammenhenger. Det bør i tillegg stilles krav til kvalitet i helsetjenestetilbudet og til innholdet i rettigheter. Det er avgjørende for pasient – og brukerrettigheter at beslutninger fra kommunen knyttet til tilbud om tjenester kan overprøves av en klageinstans utenfor kommunen. Når denne er svekket ved at klageinstansen kun kan henvise til ny behandling av kommunen, innebærer dette en reell svekkelse av etablerte rettigheter. Slik lovforslaget er formulert øker risikoen for større ulikheter etter bosted.

Legeforeningen mener det bør stilles krav til kompetanse, kvalitet, innholdet i rettigheter og muligheter for overprøving av kommunenes beslutning. Slik lovforslaget er formulert øker risikoen for større ulikheter etter bosted.

Befolkningens rett til spesialisthelsetjenester – og dermed RHFes ansvar – er i langt større grad definert enn hva tilfellet er i foreliggende lovforslag. RHFenes forpliktelser til å yte spesialisthelsetjenester bestemmes i pasientrettighetslovgivningen, herunder av en prioriteringsforskrift og utfyllende veiledere og retningslinjer.

Med unntak for fastlegeordningen er det allerede i dagens situasjon en utfordring at kommunenes ansvar for å tilby befolkningen helse- og omsorgstjenester er svært skjønnsmessig, og de reelle muligheter for overprøving i realiteten begrensede. Kommunene bør ha frihet med hensyn til hvordan tilbudet skal organiseres, men det må stilles nasjonale krav til innhold, omfang og kvalitet. Det er behov for større likhet i tilbudet nasjonalt – ikke mindre.

Lovendringene skal i følge departementet videreføre grunnleggende verdier som trygghet, respekt, valgfrihet og medvirkning. Samtidig skal overordnede målsetningene om å redusere sosiale helseforskjeller, og å sikre alle pasient- og brukergrupper lik tilgang til likeverdige og individuelt tilpassede tjenestetilbud av god kvalitet - når de trenger det - ivaretas. Den nye lovgivningen skal ivareta den enkelte brukers og pasients rettsikkerhet; det skal være lett å sette seg inn i hva spesialisthelsetjenestens og kommunens helse- og omsorgstilbud skal omfatte, hvilke rettigheter den enkelte har og hvordan rettighetene skal oppfylles. Legeforeningen er enig i målene, men mener at forslaget til lovendringer ikke innebærer at målene kan nås.

Slik lovforslagene nå foreligger vil det etter Legeforeningens vurdering være vanskelig både for tjenesteytere og tjenestemottakere å identifisere hvilke tjenester søkere har rettskrav på, og hva slags funksjons- og helsesvikt som utløser retten til helse- og omsorgstjenester.

Legeforeningen mener lovforslagene samlet sett innebærer en risiko for større lokale variasjoner i tilbudet av helse- og omsorgstjenester og svekkede pasient- og brukerrettigheter.

1.3 Klage – og tilsynsorganers rolle som korrektiv til kommunene og staten som eier av helse- og omsorgstjenestene svekkes

Endringer i klagebestemmelser gir svekkede korrektiver til kommunens helse- og omsorgstjeneste – dette fører til svekkede pasient- og brukerrettigheter. I tillegg til at kommunenes skjønnsmessige adgang til å organisere tjenestetilbudet blir større, er det

foreslått å endre klageregler i betydelig grad. Legeforeningen er kritisk til forslagene om en betydelig begrensning av klageinstansens kompetanse.

For det første er det foreslått at klageinstansen skal legge stor vekt på det kommunale selvstyret. Her innfører man et nytt forvaltningsrettslig prinsipp med konsekvenser som kan være vanskelige å overskue. Vi kan ikke se noen grunn til en så vesentlig styrking av kommunens skjønnsmyndighet innenfor helse- og omsorgsområdet – snarere tvert imot. Dette kan heller ikke være i kommunenes interesse.

For det andre foreslås det at klageinstansen ikke skal kunne fatte nytt vedtak, men kun oppheve vedtaket og sende det tilbake til kommunen for ny behandling. Dette vil medføre at korrektivene til kommunene svekkes, ved at man ut fra klageinstansens praksis i langt mindre grad enn i dag kan utlede føringer med hensyn til vedtakenes materielle innhold. Ordningen vil medføre en forsinkelse i klagebehandlingen. Man risikerer også at kommunen treffer nytt vedtak uten vesentlig nytt innhold. En større frihet for kommunene til hvordan tjenestetilbudet skal organiseres tilsier et behov for en sterkere statlig klageinstans – ikke svekket.

Legeforeningen mener at lovforslangene samlet sett svekker korrektivene til kommunale helse- og omsorgstjenester.

1.4. Mer målrettede virkemidler må til for å styrke fastlegeordningen

Behov for økt kommunal styring er gjennomgangstema i de høringsdokumenter som nå foreligger. Legeforeningen mener dette må nyanseres ut fra hva som er de faktiske utfordringer i dag og hvilke virkemidler som virker for å nå målene. Etter Legeforeningens vurdering er det et forpliktende samarbeid, og ikke ensidig styring, som er oppskriften på videreutvikling av ordningen. Et forpliktende samarbeid vil medføre bedre tilpasninger og ansvarstaking av flere, enn ved ensidig styring.

Virkemidlene må tilpasses dette. De endringer i finansieringsordningen som er signalisert vil være i strid med samhandlingsreformens målsettinger og må unngås. Vi vil for øvrig også vise til det hørings svar vi har avgitt til Fremtidens helse- og omsorgsplan.

For å nå samhandlingsreformens målsettinger er det behov for øket kapasitet og øket tilgjengelighet til fastlegen. Flere av forslagene til virkemidler vil medføre utilsiktede konsekvenser, blant annet svekket kapasitet og tilgjengelighet.

Fastlegeordningen er utformet for å gi innbyggerne i landets kommuner mest mulig lik tilgang til allmennlegetjenester - uavhengig av bosted. Fastlegen er et fast og forutsigbart ledd i behandlingsskjeden. Ordningen er laget for å være robust mot lokale variasjoner, men er fleksibel ved forutsetningen om at tett samarbeid/samhandling mellom partene skal ivareta behovet for å løse behov – også nye behov.

Legeforeningen mener den høye graden av brukertilfredshet henger sammen med nettopp dette. Fastlegeordningen er skjermet mot lokale variasjoner i styring av ressursene. Dette er en verdi som det blir avgjørende å beholde i det videre arbeidet med samhandlingsreformen og utvikling av fastlegeordningen. En kommunal og ensidig styring rettet mot tilgangen til tjenesten vil rokke ved selve grunntanken i fastlegeordningen. Dette vil være svært uheldig og kan i ytterste konsekvens være ødeleggende for hele fastlegeordningen.

Fastlegeordningen har et ideologisk og styringsmessig grunnlag i det trepartssamarbeid den er tuftet på. Den tok utgangspunkt i de erfaringer man hadde med allmennlegetjenesten i kommunene og det var et klart mål at fastlegeordningen skulle være en nasjonal ordning, med styring gjennom et sentralt trepartssamarbeid. Dette samarbeidet mellom ansvarlig myndighet, bestiller (kommunene) og utfører (fastlegene) har vært avgjørende for gjennomføringen av og suksessen med ordningen.

Avtalebaserte løsninger gir forpliktelse, engasjement og mulighet for fleksibel tilpasning i tråd med skiftende behov. De totale rammebetingelsene er et resultat av et sett ulike virkemidler. Endring i balanseforholdet mellom de ulike virkemidlene kan påvirke strukturelle forhold i ordningen på en uønsket måte.

Departementet nevner flere ganger at henvisningspraksis skal monitoreres og styres av kommunen. Her vil Legeforeningen presisere at det fortsatt må være fastlegen som tar den medisinske faglige avgjørelsen om hvem som trenger spesialisthelsetjenester i tråd med det som utvikles av faglige standarder. Vi stiller spørsmål ved hvordan en kommunal instans skal kunne overprøve diagnosegrupper eller enkelthenvvisninger til sykehusinnleggelse (av innsparingshensyn jf kommunal medfinansiering), ei heller at kommunene ønsker å påta seg et slikt ansvar.

Dette betyr at det må være tett og forpliktende samarbeid mellom fastlegene og kommunene, og at kommunene også vil ha ulike behov for å få bistand fra fastlegene i sin totale oppgaveløsning. Dette samarbeidet kan flere steder bedres. Utvikling av allmennlegetutvalget og lokalt samarbeidsutvalg er en sentral del av dette. God og tett dialog og etablerte arenaer for slik dialog, kan aldri erstattes med ensidig styring dersom kvalitet og pasienthensyn skal vektlegges.

Forskriftsregulering bør forbeholdes forhold hvor myndighetspålagte forpliktelser er nødvendige for å oppnå en ønsket utvikling. Forskriftsregulering kan være hensiktsmessig for å oppnå ønsket prioritering og ressursallokering.

Legeforeningen er enig i at dette kan være et hensiktsmessig virkemiddel når det gjelder overordnede krav til å implementere nasjonale kvalitetsstandarder og rapporteringssystemer. Her er det tale om å forplikte kommunene og legene til å anvende nasjonale systemer for monitorering av utvikling av fastlegeordningen, herunder å sikre at det ikke utvikles ulike lokale løsninger. Vi vil her tilføye at det er av avgjørende betydning at innholdet i slike systemer utarbeides i samarbeid med fagmiljøene, slik at systemene blir en integrert og nyttig del av virksomhetenes kvalitetsarbeid. Videre vil forskriftsregulering kunne være et hensiktsmessig virkemiddel når det gjelder en tydelig forpliktelse for leger og kommuner til å prioritere de lokale samarbeidsarenaer. Vi viser til nærmere omtale om disse forhold i uttalelsene til planen.

Legeforeningen har påpekt en rekke behov for regelverksendringer når det gjelder finansieringsgrunnlaget for fastlegens virksomhet, blant annet for å gjøre det tillatt for legen å i større grad reise i sykebesøk, drive mer oppsøkende virksomhet mv. Etter vår vurdering vil slike regelverksendringer være langt mer treffsikre for å oppnå de mål som er satt i forbindelse med samhandlingsreformen.

Legeforeningen mener forslagene til forskriftsreguleringer ikke er egnet til å løse de utfordringer vi har i dagens situasjon og de målsettinger samhandlingsreformen inneholder.

1.5. Lovforslagene bidrar ikke til samhandling i helsetjenesten i tilstrekkelig grad

Sammenslåing av regelverket for kommunale helse- og omsorgstjenester er i utgangspunktet en lovteknisk opprydning som støttes. Antakelig vil en slik sammenslåing i seg selv ha enkelte fordeler i et samhandlingsperspektiv, men en slik effekt bør antakelig ikke overdrives.

Utover reguleringen av samhandlingsavtaler er det etter vår oppfatning få konkrete virkemidler i lovforslaget som vil bidra til samhandling i særlig grad. Tvert i mot vil en økt kommunal frihet i organisering av helse- og omsorgstilbudet kunne føre til en større grad av ansvarsfraskrivelse og spill mellom første- og annenlinjetjenestene, noe som medfører uklarheter i forhold til forankring av ansvaret for pasienten.

Legeforeningen mener at de effektive samhandlingstiltakene ligger utenfor de foreliggende lovforslagene. En effektiv samhandlingsreform handler mye om en kultur- og holdningsendring. For å lykkes med dette kreves engasjement, tillit og involvering av alle aktører. Dette er utfordrende med det tidsløp som nå er lagt for prosessene. Videre er ressursdimensjonen i forslagene svært uklart beskrevet. Det vil nødvendiggjøre investeringer og satsinger på en rekke områder, særlig i kommunene, dersom reformen skal lykkes.

II. Merknader til forslag om ny lov

2.1 Analyser av forslagene om omprioriteringer bør innhentes

Vi etterlyser en vurdering av viktige utviklingstrekk i kommune – og sosialtjenesten som grunnlag for endringsforslaget.

Legeforeningen ser behov for målrettede prioriteringer av helseressurser i en situasjon der dette oppfattes som et knapphetsgode. I denne sammenhengen mener Legeforeningen det er nødvendig med høy bevissthet om hvilke ulemper det innebærer at stadig flere tilstander får sykdomsnavn og at friske personer får diagnoser.

En utvikling i retning av mer uklare grenser mellom ulike risikotilstander og sykdom, hvor det skal ”mer” til for å oppfattes som frisk, skaper nye utfordringer for helsetjenesten.

Stor oppmerksomhet om risiko og symptomer, rettet mot den delen av befolkningen som ikke selv definerer seg som syk, vil ha virkninger som ikke er vurdert i forhold til virkninger generelt – eller for helsetjenesten spesielt.

En slik analyse burde foreligge når kommunenes oppgaver knyttet til hele befolkningen utvides med vekt på kartlegging og forebygging.

I denne sammenhengen burde det også foreligge en vurdering av konsekvenser knyttet til de reduserte intervensjonsgrensene for ulike risikotilstander. Betydningen av at antallet tilfeller med falske diagnoser vil øke, burde vært problematisert. I denne sammenhengen bør det både vurderes i forhold til hva det medfører for den enkeltes livskvalitet og for helsetjenestens oppgaver og ressursbruk. Det vil øke risikoen for at helsetjenesten overser sykdom og det vil gi kapasitetsutfordringer dersom screening benyttes ukritisk. Legeforeningen mener at forslaget må vurderes i lys av effekter som overforbruk, overdiagnostikk og for mange utredninger, overbehandling mv.

2.2 Bruken av virkemidler for samarbeid mellom kommunene om en bedre helsetjeneste

Sykehjem og legevaktjenesten er blant de kommunale helsetjenester hvor det over tid har vist seg å være behov for særskilte tiltak for å heve kvalitet og styrke rekruttering. Dette er også tjenester hvor det er identifisert behov for større enheter som overskrider dagens kommunegrenser for å kunne ivareta rekruttering, kompetanseutvikling og andre fysiske og organisatoriske rammebetingelser. Felles for de nevnte tjenester er at de er helt avgjørende for at samhandlingen i helsetjenesten skal styrkes.

Lovforslagene inneholder en mulighet til å pålegge interkommunalt samarbeide, jf § 6-7. Denne bestemmelsen bærer preg av å være en sikkerhetsventil som sannsynligvis vil bli benyttet svært sjelden. Det er behov for både reguleringer i lov og forskrift, samt positive insentiver for samarbeid på tvers av kommunegrensene, i langt større grad enn det forslagene legger opp til.

I dag finnes det incentiver som trekker i motsetning retning, og dermed begrunner at enkelte kommuner ikke arbeider for å oppnå større organisatoriske enheter, alternativt at større kommuner kan bidra med tjenestetilbud overfor mindre kommuner.

Finansieringen bør bidra til at det er ”lønnsomt” for kommunene å samarbeide og å skape gode helsetjenestetilbud til befolkningen. En annen innretning på finansieringen bør kombineres med lovkrav med mer entydig innhold, som kan være gjenstand for full overprøving av klagesinstansen.

Legeforeningen stiller seg positiv til en felles lov for helsetjenester og det som nå gjenstår av tjenester etter sosialtjenesteloven. En slik sammenslåing forutsetter imidlertid at ikke etablerte pasient- eller brukerrettigheter tilsløres eller svekkes på grunn av sammenslåingen. Etter vår oppfatning fremstår forslagene på flere områder som en svekkelse av dagens rettigheter.

Legeforeningen mener det er viktig at sammenslåing av bestemmelsene om kommunens ansvar ikke fører til en svekkelse av regelverket som styrer pasientenes rettigheter og helsepersonells yrkesutøvelse. Vi mener det er riktig å ta utgangspunkt i pasientrettighetsloven og helsepersonelloven når henholdsvis rettigheter for pasient/ bruker og plikter for helsepersonell skal fastlegges. Etter vår oppfatning bærer imidlertid forslagene preg av å være en tilpasning med betydelige kompromisser og uoversiktlige konsekvenser. Vi mener det er behov for ytterligere vurderinger, både materielt og lovteknisk.

Legeforeningen foreslår at det i stedet for lovtekniske løsninger som skaper større rom for skjønn og variasjon, skapes større grad av klarhet i innholdet. Legeforeningen foreslår at det knyttes rettsvirkninger til brudd på kvalitetsforskriften. Legeforeningen foreslår at bemanningsnormer knyttet til sykehjem inntas i kvalitetsforskriften. I tillegg bør fastlegen gis adgang til innleggelse av pasienter i sykehjem.

2.3 Om lovfesting av kommunens oppgaver

Helsestasjonstjeneste og skolehelsetjeneste er omtalt eksplisitt i lovforslaget. Legeforeningen mener dette bør vurderes nærmere. På dette området mener Legeforeningen at dette kan legge uhensiktsmessige begrensinger på muligheten for å utvikle forebyggende og helsefremmende helsetjenester for barn og ungdom. Vi mener at forebyggende og helsefremmende

helsetjenester for barn og ungdom har behov for en satsning både når det gjelder kunnskapsgrunnlag og organisering, og tror dette bedre kan oppnås hvis loven ikke låser disse tjenestene til en særskilt organisering.

Vi ser at loven ikke lenger formulerer eksplisitt plikt til å ha en kommunal legevaktordning. Det er brukt begrepet heldøgns medisinsk akuttberedskap, hvilket har et annet innhold. Det fremgår ikke om endringen er tilsiktet. Befolkningen vil fortsatt kreve et tilbud om heldøgns utredning og behandling for tilstander som er plagsomme, om ikke nødvendigvis farefullt, å vente med til neste virkedag.

Legeforeningen mener kommunens plikt til å organisere legevakt burde vært forankret i lovteksten.

2.4. Forebyggende arbeid og kartlegging

Plan og lovforslag uttrykker en vilje til storstilt satsning på kartlegging og sykdomsforebygging gjennom en vid og omfattende plikt for kommunene i § 3-3. Forebygging er viktig på mange arenaer. Vi savner et tydeligere skille mellom primærforebygging og sekundær-/tertiærforebygging. Primærforebyggingen er også i kommunens arbeid bare i liten grad en oppgave for helsetjenesten. Dette er godt beskrevet i forslag til ny folkehelselov.

Når det gjelder f.eks. utvikling av overvekt, inaktivitet og livsstilsrelaterte sykdommer, er dette et samfunnsproblem, som ikke løses gjennom individrettede tiltak i helsetjenesten. Løsningen på disse utfordringene bør bygge på et overordnet politisk planverk innen områdene samferdsel, kultur og idrett, skole og utdanning, skatt- og avgift og arbeidsliv. Forebygging er en integrert del av helsetjenestens arbeid, innenfor helsestasjon, skolehelsetjenesten og allmennlegenes arbeid. Fastlegene har i kraft av sin fagkunnskap, erfaring og yrkesrolle et viktig utgangspunkt som premissleverandør i dette arbeidet som observatør, fortolker og aktør på individnivå. Forebygging er i stor grad basert på kunnskap, motivasjon og mobilisering av vilje til endring hos den enkelte.

For å tydeliggjøre kommunens ansvar for helsefremmende og forebyggende arbeid foreslår departementet at det i lovforslagets § 3-3 presiseres at helsefremmende og forebyggende arbeid etter § 3-2 blant annet skal omfatte systematiske tiltak for å identifisere personer som står i fare for å utvikle psykisk eller somatisk sykdom/lidelse eller helseproblem, sosiale problemer eller rusmiddelproblem, samt iverksette forebyggende tiltak i henhold til anerkjent faglig standard. Legeforeningen mener denne bestemmelsen kan innebære en oppfordring til feil prioritering av helseressurser. Målene som utløser medisinske råd eller behandling, synker stadig. Vi risikerer at knapt noen voksne lenger er i kategorien "frisk, uten behov for oppfølging". De prioriteringsmessige konsekvenser av forslaget må vurderes.

Departementet beskriver en forskriftsregulering av en mer aktiv oppfølging f. eks. i form av innkalling av pasienter. Begrunnelsen er at enkelte pasienter ikke selv oppsøker lege, eventuelt ikke oppsøker lege så ofte som det er faglig ønskelig, gitt målet om å styrke det forebyggende arbeidet. Tilsynelatende innebærer forslaget at enhver innbygger skal vurderes.

Legeforeningen mener oppmerksomheten bør rettes mot en økt satsning på oppsøkende virksomhet til utsatte grupper som kan være i stand til, men likevel ikke møter til nødvendige helsetjenester. Det er ikke tillatt etter dagens regelverk. Kriteriene for rett til stønad for legehjelp etter folketrygdloven, og når det kan ytes stønad for sykebesøk må i såfall endres.

Dette vil gjøre det mulig for å i større grad tilby oppsøkende virksomhet og sykebesøk der dette er hensiktsmessig.

2.5 Nye oppgaver uten finansiering

Kommunene må gis trygghet i forhold til finansiering for de oppgaver som tillegges kommuner. Finansieringssystemet bør som nevnt innrettes med incitament for samarbeid og for et godt helsetjenestetilbud. En omlegging av denne karakter bør ikke gjøres uten forsøk og pilotering før evaluering.

Dersom forslagene i de to lovene skal gjennomføres, vil det medføre betydelige omstillinger for kommunene, noe som må ledsages av egne, definerte, omstillingsmidler for at endringene skal bli vellykkede uten at hverken pasienter eller tjenester blir skadelidende.

2.6 Forsvarlighetskrav og meldeplikt

Legeforeningen har merket seg Helsetilsynets kommentarer i sitt hørings svar knyttet til forsvarlighetsbegrepet. Da dette er av stor prinsipiell betydning for departementets videre oppfølging av lovarbeidet ønsker vi å kommentere det kort. Legeforeningen vil advare mot at forsvarlighetsbegrepet skal likestilles med ”god praksis”, slik Helsetilsynet tar til orde for, særlig sett hen til vurderinger av disiplinærreaksjoner. Derimot er det nødvendig at helsetjenesten har som mål å innrette helsetjenesten i samsvar med ”god praksis”, noe som inngår i pasienters rett til helsetjenester.

Det bør lages en meldeplikt til helsetilsynet om alvorlige hendelser eller forhold som kunne medføre alvorlige skade i kommunehelsetjenesten. Plikten må påhvile eier og systemansvarlig etter modell av spesialisthelsetjenesteloven § 3-3. Se for øvrig begrunnelsen for slik meldeordning i denne høringsuttalelse del III.

2.7 Kommuneoverlegens rolle – medisinsk faglig rådgiver

Vi støtter departementets forslag om å videreføre gjeldende rett knyttet til kommuneoverlegen.

Høringsnotatets opplisting av kommuneoverlegens mange oppgaver synes i for liten grad å fokusere på rollen som medisinsk faglig rådgiver for øvrig kommunal helse- og sosialtjeneste. Dette er en stor og viktig del av samfunnsmedisinernes funksjon i kommunene.

Små stillingsbrøker og uklar forankring bidrar til at kommuneoverlegens kompetanse ikke benyttes på en god nok måte. Kommuneoverlegen må inn i kommuneledelsen.

Høringsnotatet problematiserer problemene omkring kompetanse og kapasitet for det samfunnsmedisinske arbeidet i kommunene, herunder såkalte kombilegeordninger. Når tiden til samfunnsmedisinsk arbeid blir knapp, skyldes det stillingsstørrelse i forhold til arbeidsoppgaver, og ikke konkurranse med kurativt fastlegearbeid. Vi forslår således at dette arbeidet snarere styrkes ved at det opprettes flere kombinerte stillinger med samfunnsmedisinsk hovedstilling i minst 50 prosent og fastlegearbeid som bistilling. Dette vil sikre rekruttering, gi bedre stedfortrederfunksjon, skape lokalt samfunnsmedisinsk miljø og sikre personell til de beredskapsordningene som må komme dels som en følge av nytt forslag til folkehelselov. I Oslo kommune har man allerede vedtatt en slik beredskapsordning.

I høringsnotatet står det at departementet anser det hensiktsmessig om flere kommuner går sammen om å ansette en eller flere kommuneleger på heltid. Det burde vært klargjort at det kan være felles kommuneoverlege for flere kommuner som en interkommunal ordning. Vi har erfaring for at noen kommuner har lyktes med å få en god funksjon ved at to og to kommuner har samarbeidet om en kommuneoverlegestilling.

2.8 Øyeblikkelig hjelp- plasser

Høringsnotatet stiller spørsmål ved om kommunenes ansvar for å ivareta pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp bør utvides. Legeforeningen har flere merknader til dette.

Legeforeningen vil påpeke at departementet, samtidig med at de vurderer en slik plikt lovfestet, fjerner ethvert lovkrav som pålegger kommunene å etablere institusjoner som kan gi forsvarlige, forutsigbare og gjenkjennelige rammer for et slikt tilbud. Vi sikter særlig til at lovkravet om å etablere særlige institusjoner for heldøgns omsorg og pleie (f.eks. sykehjem) blir tatt bort. Ønsker man å innføre en øyeblikkelig-hjelp-plikt, burde dette kravet snarere styrkes. Man burde da pålegge kommunene plikt til å etablere institusjoner som kan tilby pasienter som trenger det, medisinsk og sykepleiefaglig undersøkelse og behandling, samt laboratorietjenester, gjennom hele døgnet. Mange mindre og mellomstore kommuner må nødvendigvis samarbeide om slike tiltak. Kommunene må også ha plikt til å samarbeide med RHF/Hf om dette.

Et pålegg om øyeblikkelig-hjelp-plikt for kommunene kan bidra til økt risikonivå om det skjer uten at man setter spesifikke krav til faglighet og institusjonell forankring, og man samtidig knytter dette til faglig forsvarlighet utelukkende som minstenorm. Det vil ikke gi et like godt tilbud som det som tilbys i spesialisthelsetjenesten i dag. Det er også nødvendig å påpeke at innholdet i den nye plikten avviker noe fra plikten slik den er regulert i helsepersonelloven § 7.

Det er ikke riktig som det står i høringsnotatet at det at kommunale institusjoner ikke tar inn akutte innleggelser, fører til at kapasiteten ikke utnyttes i tilstrekkelig grad. Det er tvert i mot slik at når man ikke har akuttansvar kan kapasitetsutnyttelsen ligge nær 100 %, noe som er tilfelle i kommunale institusjoner i dag. For å kunne ta imot pasienter som øyeblikkelig hjelp, må det være nødvendig beredskapskapasitet i tilbudet, bl.a. med noen senger tilgjengelig for ø-hjelp.

Antakelig angir høringsnotatet for optimistiske tall hva gjelder effekt på liggedøgn ved sykehusene som følge av dette tiltaket. Det viktigste potensialet i slike styrkede enheter er at man på forsvarlig vis kan ta pasienter tidlig hjem fra sykehus, etter primær innleggelse i sykehus med rask diagnostikk og behandling.

En rekke pasienter vil kunne undersøkes og behandles i kommunale helseinstitusjoner/sykehjem etter at de er innlagt av fastlege eller legevakt. I dag eksisterer det ingen kommunale tilbud der det er behov for ø-hjelp i forhold til kommunale omsorgstjenester. Slike kommunale institusjonsplasser vil kunne ta imot pasienter tidligere fra sykehus. Sykehusene vil kunne utnytte sine ressurser bedre til en mer spesialisert behandling.

Høringsnotatet er svært uklart med hensyn til finansiering av en slik ordning. Det må unngås at dette blir en ny kommunal plikt som ikke er finansiert. Da vil man mangle midler til å

bygge opp et tilstrekkelig god kvalitativt tilbud, samtidig som kommunene vil straffes økonomisk for bruk av spesialisthelsetjenesten ved samme behov.

Dersom ovennevnte innvendinger ivaretas er Legeforeningen positive til at det arbeides videre med en slik modell. Det er behov for nærmere pilotering og konsekvensutredning før en slik modell settes i system.

2.9 Kommunalt finansieringsansvar

Forslagene om finansiering av helsetjenesten er svært moderert i forhold til det opprinnelige forslaget om kommunal medfinansiering.

Såkalte unødvendige innleggelse er i stor grad en konstruksjon. Det er solid forskning som viser at de unødvendige innleggelsene ikke lar seg identifisere på innleggelsestidspunktet. En kommunal medfinansiering vil imidlertid kunne føre til en oppbygging av et kommunalt tilbud som i noen grad kan avhjelpe behovet for sykehusbehandling.

Dersom kommunene skal ha finansieringsansvar for utskrivingsklare pasienter, kan det ikke lenger være sykehusene alene som definerer når pasienten er utskrivingsklar.

En avgrenset modell for kommunal medfinansiering av sykehusbehandling, vil indirekte definere pasientgrupper som skal ha redusert tilgang til sykehustjenester. Departementet foreslår at ordningen kun skal gjelde pasienter over 80 år, medisinske innleggelse/ behandlinger og eventuelt psykisk helsevern og rus. En slik ordning kan bety en nedprioritering av sykehusbehandling for pasientgrupper som trenger det aller mest. Det er avgjørende at legen på faglig grunnlag beslutter behandlingsnivå (f.eks. kommunalt nivå vs. spesialisthelsetjeneste).

Kommunene må få god oversikt over hvilke ressurser de kan regne med i utbyggingen av nye tiltak, utviding av kapasitet og bedring av kompetanse. De økonomiske og administrative kostnader for kommunene er generelt undervurdert i høringsnotatet. Omfanget av ny administrasjon og byråkrati må også tas med i konsekvensanalysene, noe som ikke er gjort.

Det er et spørsmål om den foreslåtte ordningen nå er såpass forsiktig at administrasjonen av ordningen vil kreve mer ressurser enn det som eventuelt spares. Modellene bør uansett prøves ut og evalueres før det innføres som gjennomgående system.

Et vel så effektivt virkemiddel som kommunal medfinansiering vil etter Legeforeningens vurdering være å etablere alternativ for fastlegers og legevaktlegers håndtering av pasienter som ikke kan være hjemme, for eksempel mulighet for akutt innleggelse på kommunal institusjon. Legeforeningen vil også understreke betydningen av at finansieringssystemet må underbygge pasientrettighetene.

En forutsetning for å lykkes med samhandlingsreformen er at bemanningen og kompetansen i kommunehelsetjenestens institusjoner økes. Det betyr at disse tjenestene kan bli dyrere enn i dag.

2.10 Forskning og utdanning

Bærebjelkene i alle helsetjenester er relevant forskning og kvalitetssikring. Utdanning og videreutdanning av helsepersonell, også de innen kommunale helse og omsorgstjenester må bygge på forskningsbasert viten om helsetjenestenes effektivitet, risikoprofil og kostnader.

Forskning er lovregulert oppgave i spesialisthelsetjenestelovens § 3-8 og i helseforetaksloven § § 1 og 2. Samme krav er ikke nedfelt i den foreslåtte teksten til kommunal helse- og omsorgslov.

Det bør gjelde tilsvarende krav til kvalitet og sikkerhet til primærhelsetjenesten som i spesialisthelsetjenesten. Legeforeningen mener på denne bakgrunn at forskning rettet mot kommunens helse- og omsorgstjenester bør være en lovpålagt oppgave for kommunene.

III. Merknader til forslag om endringer i annen lovgivning

3.1 Endringer i pasientrettighetsloven kap 7

Legeforeningen vil anbefale at ordningen med å rette klager til helsetjenesten i første instans opprettholdes, med Helsetilsynet i fylket som klageinstans. Dette ivaretar muligheten for å korrigere feil av tjenesteyter selv, noe som både er ressursbesparende for helsetjenesten og for helsemyndighetene. Forslaget om å opprette en ny klageinstans – i form av et nytt organ under departementet, anses lite hensiktsmessig sett hen til de eksisterende ordninger og administrative kostnader.

3.2. Koordinatoransvaret – pasientansvarlig lege

I foreliggende lovforslag er den foreslått erstattet med en profesjonsnøytral koordinerende instand. Legeforeningen støtter ikke dette forslaget,

Ordningen med pasientansvarlig lege ble opprettet i 2001 for å ivareta behov definert i NOU 1997:1 Pasienten først (Steineutvalgets utredning) og behov påpekt av Høyesterett i avgjørelse gjengitt i Rt 1997 side 1800. Det ble forutsatt som et grunnlag for organisering rundt pasientbehandling med utgangspunkt i at pasienter henvises til sykehus for å få spesialisert medisinsk kompetanse. Pasientansvarlig lege skulle som hovedtrekk være såkalt behandlingsansvarlig lege, jf forskrift om pasientansvarlig lege.

I forbindelse med at pasientansvarlig lege ble lovfestet for sykehus, ble fastlegen som koordinator i kommunehelsetjenesteloven regulert seks måneder senere (1. juni 2001).

Legeforeningen har registrert at ordningen med pasientansvarlige i liten grad er implementert i tråd med lovens intensjoner. Det er behov for en gjennomgang av ordningen med sikte på å utvikle den til en hensiktsmessig ordning, herunder vurdere hvem som skal være rettighetssubjekt for ordningen.

3.3. Forslaget om å oppheve plikten til å ha kvalitetsutvalg i sykehus

Departementet foreslår å fjerne dagens plikt til å ha kvalitetsutvalg og erstatte dette med en fakultativ ordning. Ordningen med obligatoriske kvalitetsutvalg er en god ordning som fungerer etter intensjonene. Kvalitet og pasientsikkerhet må ligge til grunn i all virksomhet innen helsetjenesten, og det må derfor være klare krav til hvordan dette arbeidet skal gjøres i alle ledd av helsetjenesten.

Legeforeningen mener det er av stor betydning at plikten til å ha kvalitetsutvalg i sykehus opprettholdes, jf spesialisthelsetjenesteloven § 3-4. I en situasjon med stor vekt på innsparinger og prioriteringer, risikerer vi at arbeid med pasientsikkerhet og kvalitet blir

nedprioritert. Lovfesting vil innebære at dette ikke kan vurderes som en salderingspost i stramme sykehusbudsjetter, noe som er nødvendig dersom målet er at alle sykehus skal ha faste arenaer for arbeid med kvalitet.

3.4 Endring av meldeordning om alvorlige systemsvikt til tilsynet i fylket

I dag har ledelsen i sykehus en plikt til slik varsling i hht spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 og det meldes om ca 2000 hendelser pr år. Dette er et viktig kunnskapsgrunnlag for oppfølging fra tilsynets side. Tilsvarende meldeordning bør etableres for institusjoner i kommunene.

Legeforeningen mener at denne meldeordningen er av stor betydning for kunnskap om – og oppfølging av alvorlige systemsvikt. Legeforeningen er av flere grunner overrasket over lovendringsforslaget. Helsetilsynet vil uten en slik bestemmelse basere sin kunnskap på ev klager fra pasient og pårørende og oppfølging. Risikoen for at tilsynet ikke mottar informasjon øker uten denne direkte meldeordningen. Klager fra pasient og pårørende vil ofte være mangelfull for å kunne avdekke systemsvikt som må korrigeres. De vil oftest være rettet mot enkeltindivider uten hensyn til bakenforliggende forhold som kan være medvirkende til svikten.

Legeforeningen mener det er av avgjørende betydning av tilsynet i fylket kan motta informasjon om alvorlige skader eller hendelser som kunne medført alvorlige skader. Helsetilsynet vil i denne sammenhengen få et ansvar for oppfølging for å motvirke at tilsvarende situasjon oppstår. Helsetilsynet skal primært ha et systemfokus i behandlingen av disse meldingene og terskelen skal være høyere for å opprette individtilsyn når saken er kommet inn som en avviksmelding, ev i tillegg til en klage fra pasient/pårørende. Det er ikke et mål i seg selv å få inn så mange meldinger som mulig, men det bør være ”riktige” meldinger man kan lære av, slik at man kan få gode prosesser rundt slike saker. Et slikt meldingsystem må være en del av en lærende organisasjon. Det er en utfordring i dag at avklaring av ansvarsforhold ofte tar langt tid. Rask avklaring og trygghet for involvert personell må vektlegges slik at vi unngår unødvendig usikkerhet.

Legeforeningen er enig med Statens Helsetilsyn i at det viktigste kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet skjer lokalt. Det er avgjørende for et godt systemtilsyn at tilsynsmyndighetene får tilstrekkelig kunnskap om avvikene.

Legeforeningen støtter forslag om en ny meldeordning, men mener dette må baseres på en annen lovendring enn forslaget om å oppheve meldeordningen om de alvorligste hendelsene til helsetilsynet.

Legeforeningen mener det er på høy tid at det etableres en meldeordning med det mål å samle kunnskap om avvik i spesialisthelsetjenesten. En slik meldeordning må omfatte langt flere tilfeller enn de som er omtalt i ovennevnte bestemmelse. I tillegg bør meldinger skje direkte fra leger og annet helsepersonell inn til Kunnskapscenteret for å motvirke ”avskalling” internt i sykehuset. Legeforeningen foreslår et nytt ledd i helsepersonelloven § 16, alternativt en forskrift med hjemmel i § 16, annet ledd, med plikt til tilrettelegging for at helsepersonell kan melde avvik elektronisk til Kunnskapscenteret. Kopi av meldingen sendes ledelsen. Dette systemet må komme i tillegg til den meldeordning som følger av helsepersonelloven § 16.

§ 16. Organisering av virksomhet som yter helsehjelp og internkontroll

Virksomhet som yter helsehjelp, skal organiseres slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter.

Departementet kan i forskrift fastsette nærmere bestemmelser om organisering av virksomhet som yter helsehjelp og om internkontroll.

IV. Særskilt om elektronisk dokumentasjon og samhandling

4.1 Investering i elektroniske systemer for dokumentasjon og meldingsutveksling

Legeforeningen er kjent med at det i deler av kommunehelsetjenesten er store utfordringer med hensyn til dokumentasjon av pasientbehandling og meldingsutveksling. I forbindelse med pandemiforberedelser i 2009, ble det avdekket at det er kun fastlegen i kommunehelsetjenesten som har investert i utstyr for elektronisk dokumentasjon og kommunikasjon. Fastlegene ble pålagt investeringer i helsenett fra 1. januar 2010. Rapport fra Statens helsetilsyn av desember 2010, avdekker betydelige utfordringer i denne sammenhengen. Legeforeningen mener det er nødvendig med investeringer i både kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten for nødvendig samhandling.

En vellykket samhandlingsreform er utvilsomt avhengig av et IKT løft i helsetjenesten. Vi støtter målsetningene, men deler ikke departementets vurderinger med hensyn til hvorfor dette ikke er mer implementert allerede.

Etter Legeforeningens vurdering skyldes dette en manglende statlig strategi og medfinansiering i langt større grad enn manglende lovpålegg. Hele helsesektoren henger etter i utviklingen. Staten må ta et langt større finansielt ansvar for utvikling, investering og drift av elektroniske kommunikasjonsløsninger, inkludert kommunikasjonsmodulene i EPJ-systemene. Staten bør i forbindelse med reformen ta et helhetlig ansvar for utviklingen av en fullfinansiert elektronisk infrastruktur for helsetjenesten. Det vil medføre mer effektiv og bedre koordinert pasientbehandling for både for staten, kommunene, helseforetakene og private aktører.

4.2 Samhandling med kommunikasjon innad i helsetjenesten

Systemene må bidra til kvalitets- og forbedringsarbeid på en tjenlig måte.

Det må utvikles et omforent, tydelig mål bilde for hvordan IKT skal fungere i helsevesenet. Dette kan gjøres gjennom å etablere gode og omforente prosesser for å innhente informasjon om brukerbehov, vurdere å prioritere tjenlige løsninger samt utvikle løsninger som ivaretar brukerbehov. Det er behov for samordning av IKT løsninger innenfor hele helsesektoren.

Alle IKT-løsninger skal følge etablerte standarder, og skal være testet og godkjent før de kan forutsettes tatt i bruk. Alle IKT-løsninger må ivareta personvern på en forsvarlig måte. Alt helsepersonell må videre gis nødvendig opplæring i bruk av IKT-systemer. Myndighetene må ta ansvar for at det etableres brukerstøtteordninger som sikrer brukerne relevant og rettidig rådgivning/service og feilretting.

IKT-løsninger må anerkjennes som nødvendig infrastruktur for helsevesenet, og må derfor fullfinansieres av det offentlige. Offentlige og private aktører i helsetjenesten bør med andre ord ha tilgang til et gratis helsenett med god funksjonalitet.

Vi støtter forslagene om krav til funksjonalitet og standarder. Dette vil gjøre etableringen av den elektroniske kommunikasjonen mulig, og er helt nødvendig. Det vil alltid være slik at også utviklingskostnadene til slutt vil bli fakturert brukerne av systemene. Finansiering må følge med eventuelle myndighetspålegg.

Med hilsen
Den norske legeforening

Handwritten signature of Geir Riise in black ink.

Geir Riise
Generalsekretær

Handwritten signature of Anne Kjersti Befring in black ink.

Anne Kjersti Befring
Direktør, forhandlings- og helseerettsavdelingen

Saksbehandler: Lars Duvaland