

Helse- og omsorgsdepartementet

Saksbehandler: Annemor Kalleberg

Høring om Forslag til ny kommunal helse- og omsorgslov

Bakgrunn

Forslaget til ny kommunal helse- og omsorgslov er en oppfølging av St.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen, Innst. 212 S (2009-2010) Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om samhandlingsreformen og om en ny velferdsreform. I tillegg følger høringsnotatet opp NOU 2004:18 Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene og NOU 2005:3 – Fra stykkevis til helt - En sammenhengende helsetjeneste. Den nye loven om kommunale helse- og omsorgstjenester vil oppta den gjeldende kommunehelsetjenesteloven, og de deler av sosialtjenesteloven som er igjen etter overføringen til ny særlov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen i 2009. Denne loven vil - sammen med forslaget til ny folkehelselov - erstatte kommunehelsetjenesteloven, sosialtjenesteloven og lov om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet.

Høringfristen til HOD er 18. januar 2011.

Innledning

Difi støtter intensjonene med samhandlingsreformen og den overordnede formålsbestemmelsen i loven. Vi mener også at de virkemidlene som omhandles i forslaget til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester i hovedsak støtter opp under målene. Vår høringsuttalelse refererer bare til høringsnotatet om denne loven.

Harmonisering av lovgrunnlaget

En felles lov for kommunale helse- og omsorgstjenester

Difi er positiv til den lovmodellen som ligger til grunn for ny kommunal helse- og omsorgslov. Vi slutter oss til de begrunnelsene som er gitt for en felles lov fremfor en regulering i to atskilte lover. Formålet er et mer oversiktlig og helhetlig regelverk som vil gjøre det enklere for alle berørte å orientere seg i kommunens plikter. Det nye regelverket vil også kunne være et bidrag til å fremme tverrfaglig tenkning, noe som vil være en fordel for personer som trenger flere sammensatte tjenester.

Samordning av lovverket innen førstelinjetjenesten og på tvers av tjenestenivåene.

Departementet har i utformingen av forslaget lagt vekt på samordning av regelverket både for de kommunale helse- og omsorgstjenestene og i forholdet mellom førstelinjetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Som utgangspunkt skal øvrig helselovgivning komme til anvendelse

etter den nye loven. Klageadgang, tilsyn, personellens yrkesutøvelse m.m. vil bli regulert i andre lover, og i den nye loven blir det som hovedregel ikke nødvendig å skille mellom helsetjenester og andre tjenester. Harmonisering av lovverket på disse områdene vil være et virkemiddel for å fremme samhandling mellom den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Difi slutter seg til forslaget om å regulere kommunens overordnede ansvar for nødvendig helse- og omsorgstjenester som et "sørge-for- ansvar", på linje med hvordan dette ansvaret er regulert for spesialisthelsetjenesten. Departementet legger opp til at gjeldende rettigheter til tjenester etter både kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven skal videreføres. Difi støtter forslaget om at bestemmelsene om rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester skal tas inn i Pasientrettighetsloven.

Departementet legger opp til at kommunens plikter skal beskrives mer overordnet og profesjonsnøytralt, og at den enkelte kommune får større frihet til å utforme og organisere tjenestene. Intensjonen er å gi kommunen frihet til å videreutvikle tjenestene og tilpasse dem til lokale behov. Difi er enig i at det kan være en fare for at lovfesting av bestemte tjenester kan virke konserverende. Vi mener også det er viktig at lovgiver ikke åpner for at noen profesjoner (og deres brukere/klienter/pasienter) får stor innflytelse på bekostning av andre.

Difi er positive til at kommunens forsvarlighetsplikt blir tydeligere lovfestet enn tilfellet er i dag, og at virksomheter som yter tjenester etter loven får plikt til å sørge for systematisk kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid.

Vi støtter også forslaget om at helsepersonelloven skal gjelde for alt personell etter den nye loven. Det vil bidra til å klargjøre og skjerpe kravet om forsvarlig yrkesutøvelse, ikke bare for helsetjenester i snever forstand, men også for omsorgs- og sosialtjenester. Slik vi ser det, vil det være behov for nærmere avklaring av hvordan begrepet forsvarlighet skal forstås, og av hvilken instans som skal fastsette kompetansekrav til personellet når kommunen skal utvide sitt oppgaveregister.

For at lovgivningen skal ivareta den enkelte pasients og brukers rettsikkerhet, må det være klart hva kommunens tilbud skal omfatte og hvordan rettighetene skal oppfylles. Difi er imidlertid i tvil om de nye bestemmelsene gir tilstrekkelig gode holdepunkter for å avklare innholdet i pasientenes og brukernes rettigheter. Det virker særlig nødvendig med en nærmere avklaring av rettighetene til ulike tjenester som per i dag er regulert i sosiallovgivningen.

Forslag om å innføre et nytt lovfestet avtalesystem mellom tjenestenivåene.

Samarbeidsavtaler mellom kommune og helseforetak er ikke noe nytt. Men, som bl.a. Riksrevisjonen har påvist (Administrativ rapport 1: 2009. Riksrevisjonens undersøkelse av kvalitet og samarbeid i omsorgstjenestene til eldre (Dokument nr. 2 (2009-2010)) er avtalene i varierende grad tatt i bruk på alle nivåer i både sykehus og kommunene. Departementet begrunner forslaget om å lovfeste et nytt avtalesystem med at det vil gi kommunene et mer likeverdig partsforhold i avtalene og sikre mer enhetlig praksis kommunene imellom. Difi stiller seg positivt til å regulere samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen gjennom avtaler, men vil samtidig påpeke at en pliktbestemmelse er et utilstrekkelig virkemiddel. En betingelse for å lykkes, er at begge parter ser seg tjent med å delta. Så lenge de økonomiske betingelsene er uklare, antar vi at kommunene vil være tilbakeholdende med å påta seg nye forpliktelser. Dersom kommunene skal kunne påta seg nye oppgaver som er faglig krevende, må de klare å rekruttere og beholde flere leger, sykepleiere og eventuelt andre fagpersoner. Som vist bl.a. i en rapport Difi har utarbeidet for Kommunal og regionaldepartementet (Rapport 2010:4 Statlig styring av kommunene. Om utviklingen i bruken av juridiske virkemidler på tre sektorer), er det ikke alle kommuner som i dag har tilstrekkelig kompetanse og kapasitet til å løse lovpålagte oppgaver på en god måte.

I lovforslaget legges det opp til at avtalene inngås mellom helseforetak og den enkelte kommune. Interkommunalt samarbeid om helse- og omsorgstjenester er en frivillig sak, og dersom ikke flere kommuner forplikter seg til å samarbeide, vil hvert enkelt helseforetak måtte forholde seg til avtaler med et stort antall større og mindre kommuner. Vi antar at dette vil gjøre det utfordrende å få samarbeidet på tvers av tjenestenivåene til å fungere optimalt.

Difi støtter forslaget om å endre fastlegeforskriften slik at de mest sentrale rettighetene og pliktene reguleres ved forskrifter og ikke i avtaler. Vi mener at medisinsk kompetanse og legetjenester er en helt sentral del av den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og at det vil være vanskelig å utvikle et mer samordnet tjenestetilbud dersom kommunene ikke skal kunne styre fastlegene, slik sykehusledelsen gjør overfor sykehuslegene.

Forslag om å lovfeste en plikt for kommunen til å tilby alternativer til sykehusinnleggelse i form av døgntilbud for visse pasientgrupper

Utvikling av kommunale tilbud som alternativ til sykehusinnleggelse for pasienter som har behov for observasjon, undersøkelser og behandling, er en viktig del av Samhandlingsreformen. Difi er spørrende til om forslaget om lovfesting av en plikt for kommunene til å sørge for døgntilbud for visse pasientgrupper er riktig vei å gå. Gitt den kommunestrukturen vi har, og relativt lite erfaring i kommunesektoren med forpliktende kommunesamarbeid om krevende velferdstjenester, vil vi råde til skrittvis innføring av nye tjenestetilbud. Kompetansekrevende helse-, omsorgs- og sosialtjenester som fordrer samarbeid over forvaltningsnivåene og på tvers av kommunegrensene, vil være krevende både styringsmessig, administrativt og faglig. Økonomiske virkemidler og eksemPELLæring fra samarbeidstiltak vil etter vår mening være de viktigste virkemidlene for å nå målene i Samhandlingsreformen på mellomlang sikt.

Nærmere om noen utvalgte temaer

Lovhjemling av elektronisk kommunikasjon

Difi støtter målet om "elektronisk førstevalg", men det innebærer at det også må være mulig med alternativ kommunikasjon. Ikke alle pasient- og brukergrupper er i stand til å benytte elektronisk informasjon, og departementet må legge stor vekt på brukervennlighet både for pasienter og helsepersonell.

Videre må det i forbindelse med utforming og framtidig bruk av elektroniske systemer tas hensyn til at helsepersonell får den informasjonen de trenger i tidskritiske situasjoner. Difi støtter departementets arbeid med forskrift om regional kjernejournal, som vil kunne være viktig for å få tilgang til nødvendige opplysninger i akutt situasjoner.

Vi støtter forslaget om lovfesting av krav om at behandlingsrettede helseregistre skal føres og leveres elektronisk. En slik bestemmelse vil kunne innskjerpe krav i driftsavtaler som blir inngått mellom privatpraktiserende helsepersonell og kommuner - og helseforetak. Difi tar ikke stilling til når - og for hvilke grupper - et slikt krav skal iverksettes.

Vi støtter også departementets forslag om å innføre tilsvarende plikt for kommunene som helseforetakene har i dag til å innrette journal- og informasjonssystemene slik at de er "forsvarlige". (Plikten er lagt til § 4-1 andre ledd som en del av forsvarlighetskravet).

Vi er positive til at det legges opp til å lovhjemle krav om elektronisk dokumentasjon og kommunikasjon. Dette kan få aktørene til å gå over til elektroniske løsninger raskere.

Innføring av elektronisk dokumentasjon og kommunikasjon av helseopplysninger bør gjøres skrittvis per løsningsområde og følges opp av organisatoriske endringer slik det sies i høringsnotatet. Alle aktører innen et løsningsområde bør gå over til elektronisk samtidig. Dette vil kreve god koordinering. Områdene bør gjøres avgrenset slik at det er mulig å gjennomføre en koordinert overgang til elektronisk samhandling. Vi vil fraråde at hele helse- og omsorgsområdet går over til full elektronisk samhandling på samme tid.

internkontroll/systemrevisjon. Et viktig prinsipp er at virksomheten/ledelsen er ansvarlig for sikker drift, og for å identifisere og rette feil og lære av disse så de ikke gjenta seg. Det er avgjørende at feilene oppdages så raskt som mulig og at de som oppdager feil, i normale tilfeller også involveres i forbedringstiltakene. Vi mener det kan være uheldig å etablere et alternativt meldesystem løsrevet fra linjeledelsen i institusjonene/virksomhetene, og som skal operere på siden av overordnet helsemyndighet. Det forhindrer ikke at virksomhetene/tilsynsmyndighetene eventuelt kan utlevere data fra meldeordningen til analyse-/forskningsformål.

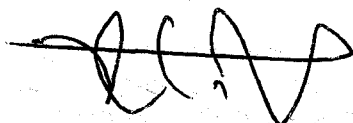
Dersom det åpnes for – eller til og med oppmuntres til at meldinger om uhell/potensielt farlige hendelser skal sendes anonymt, vil det knapt bidra til å skape og opprettholde den åpenheten som er nødvendig for å lære av feil og stadig forbedre kvalitetssystemene i de forskjellige virksomhetene. Når det dreier seg om meldinger som helsepersonell ikke tør å si åpent fra om, eller tilfeller der en helsearbeider fremmer advarsler som ikke blir hørt, vil vi anta at "varsling" vil være en vei å gå.

Forvaltningslovens bestemmelser om enkeltvedtak og klageadgang for tjenester
Difi støtter departementets forslag om at forvaltningslovens bestemmelser om enkeltvedtak skal – som tidligere – gjelde både for tjenester i hjemmet og i institusjon og om felles klageadgang for tjenestene. Vi har i flere prosjekter vurdert kvaliteten på myndighetsutøvelsen gjennom forvaltningsvedtak generelt og klagesaker spesielt, og vi har kommet frem til at avvik fra retningslinjene i forvaltningsloven ikke bør forekomme uten at det er tungtveiende grunner for det. (Jfr. Statskonsult-rapport 2003:19 Klager over alt, og Difi- notat 2010:1 Statlig, men uavhengig? Myndighetsutøvelse gjennom forvaltningsvedtak).

Etter gjeldende rett har sosialtjenesteloven hatt en mer begrenset adgang for klageorganet til å overprøve kommunens frie skjønn enn kommunehelsetjenesteloven og pasientrettighetsloven. Vi er uenig i departementets forslag om å innskrenke adgangen til å prøve det frie skjønnet utover det som er den alminnelige regelen i forvaltningsloven § 34. Vi mener også at det er uheldig å avskjære klageorganets adgang til å fatte nye vedtak.

Retten til nødvendige helse- og omsorgstjenester dreier seg om grunnleggende verdier for borgerne, hva enten det er staten eller kommunen som har "sørge-for-ansvaret". Vi legger vekt på at alminnelig klagerett er viktig for rettsikkerheten til den enkelte, og for at klageinstansens vedtak skal kunne virke normgivende for de offentlige tjenesteytelsene. Vi vil også legge til at dersom klageorganet fratras mulighet til å omgjøre vedtak, vil det bety at "den ytre" saksbehandlingstiden vil bli lengre. I en del tilfelle vil tidsaspektet spille en avgjørende viktig rolle for pasient/bruker.

Med hilsen



Hans Christian Holte

Direktør