

Høringsuttalelse

fra

Enebakk, Frogn, Nesodden, Ski, Vestby og Ås
kommune

til

Forslag om ny Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester

15.desember 2010

Kommunene Enebakk, Frogn, Nesodden, Ski, Vestby og Ås (follokommunene) har i fellesskap utferdiget høringsuttalelse til de nye helselovene. Uttalelsen behandles politisk i de enkelte kommunene som hver sender inn sine respektive svar.

Dette dokumentet er bygd opp ved at det innledningsvis gis generelle betraktninger rundt lovforslagene og de konsekvenser man ser for samfunnsutviklingen og innfrielsen av intensjonene i samhandlingsreformen. Deretter kommenteres lovforslagene kapittel for kapittel. Høringsuttalelsen til forslag til ny folkehelselov følger som eget dokument.

Generelle betraktninger

Innledningsvis bemerkes at det foreliggende lovforslaget medfører en utvidet kommunerolle, noe som betyr at mange kommuner blir avhengige av å samarbeide med andre kommuner. I loven åpnes det også for at departementet kan pålegge kommuner å samarbeide på områder der det vurderes påkrevd for å sikre tilstrekkelig omfang og kvalitet på tjenestene. Loven utfordrer dermed den kommunale selvråderetten i det at den pålegger oppgaver som mange kommuner ikke kan velge å utføre selv da de er for omfattende eller spesialiserte.

Det har i mange år vært forespeilet kommunene at sosial- og helsetjenesteloven skulle omforenes i en helhetlig lov, noe som follokommunene i utgangspunktet ønsker velkommen. I 2004 ble det fremmet et forslag til ny felles lov i NOU- 2004:18: Helhet og plan i sosial - og helsetjenestene. Formålet med å fremme en felles lov var "*å etablere et regelverk som var oversiktlig og lett å bruke og forstå for tjenestemottaker og tjenesteyter*". Tilbakemeldinger den gangen var at man ikke kunne se at dette ble innfridd. Loven ble aldri vedtatt og man har avventet et nytt lovforslag. Det er derfor med skuffelse man registrerer at heller ikke det nye lovforslaget innfrir dette formålet.

Det har de siste 20 årene vært vedtatt en rekke lover innenfor helse- og omsorgssektoren, men dette har skjedd stykkevis og delt, og med manglende helhet. Flere lover har samme virkefelt, men med ulikt fokus og definisjoner. Risikoen blir derfor at lover kommer i konflikt med hverandre. Follokommunene frykter at dette, med de lovforslagene som nå foreligger, er i ferd med å skje igjen. Kommunene registrerer foreslått endringer i en rekke andre lover som en konsekvens av de aktuelle forslagene. En gjennomgang av lovverket sett i forhold til hverandre vurderes derfor nødvendig.

Det er ut fra høringsnotat vanskelig å få innblikk i alle konsekvenser av det nye lovforslaget. En side av dette er at detaljeringsnivået i høringsnotatet varierer. Enkelte deler av reformen er svært detaljert beskrevet, mens andre er til dels overfladisk behandlet.

Da Samhandlingsreformen ble lansert i juni 2009 var engasjementet i follokommunene stort. Man så for seg en mulighet til å heve status, kompetanse, effektivitet og engasjement i kommunene og gikk straks i gang med å se på felles utfordringer og løsninger. Lovforslaget har dempet forventningen til at samhandlingsformens intensjoner kan imøtekommes. De viktigste virkemidlene som der var forespeilet er enten endret, uavklarte eller utsatt i påvente av nærmere utredninger og beslutninger.

Høringsuttalelse fra follokommunene Forslag til ny Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester

Follokommunene vil uttrykke betenknninger rundt følgende punkter som fremkommer som resultat av forslagene i høringsdokumentene:

1. De viktigste virkemidlene for å innfri intensjonene i samhandlingsreformen er enten endret, uavklarte eller utsatte i påvente av nærmere utredninger og beslutninger (forskrifter).
2. Lovene imøtekommer ikke fremtidens utfordringer
3. Spesialisering og høykompetanse prioriteres - på bekostning av eldre, kronikere og døende pasienter?
4. Samkjøring, lov om sosiale tjenester.

Punktene kommenteres fortløpende under hver sin overskrift. .

1. Virkemidlene

Det ene virkemiddelet som er usikkert er finansieringen. Det er ikke klart hvordan denne finansieringen skal være og kommunene er skeptiske til at finansieringen vil være tilstrekkelig til at det kan bygges opp de tiltak som nå fremmes i loven. Det fordrer driftsutgifter som det antydes at skal hentes fra spesialisthelsetjenestens rammer, mens kapitalkostnadene ikke omtales på annen måte enn at sykehjemstilskuddene økes. Dette er ikke tilstrekkelig for å kunne bygge opp alle de tiltak som loven fordrer. Tidsaspektet er i denne sammenheng vesentlig. Kommunene rekker ikke å bygge opp tilbudene før de gis en forpliktelse til å ivareta oppgavene. Skepsisen til finansieringen forsterkes da undervurderingen av de økonomiske konsekvensene av forslagene i den nye loven er et gjennomgående trekk i høringsnotatet. Setningen *“Forslaget vil slik sett ikke medføre administrative eller økonomiske konsekvenser”* går igjen flere ganger. Alle endringer koster, og follokommunene mener det er helt urealistisk å forvente at et så omfattende lovforslag ikke vil medføre konsekvenser i form av økte kostnader, både når det gjelder driftsutgifter, kapitalkostnader, behov for økt bemanning og annen/høyere kompetanse. Etter kommunenes mening er for mange reformer iverksatt uten tilstrekkelig finansiering, og kommunene vil fraråde at det samme blir tilfelle med den nye kommunale helse- og omsorgsloven.

Det andre usikkerhetsmomentet er legenes rolle og kommunens tilpliktingsrett.

I samhandlingsreformen ble legerollen fremhevet og follokommunene mener styringen og kapasiteten på legeressurser er en forutsetning for å kunne etablere en rekke av de tiltakene som nå foreslås lovfestet. Så langt har departementet gått bort fra forslaget om å øke antallet fastleger, samt å øke fastlegenes plikt til offentlig helsearbeid. Man konstaterer at departementet likevel mener at kommunene skal kunne etablere blant annet systematisk forebygging, registrering av helsetilstand, etablering av akutsenger og et større ansvar for utskrivningsklare pasienter. Etablering av lokalmedisinske sentra vil være en stor utfordring. Det å rekruttere leger til små fagmiljøer vil bli en vanskelig, om ikke umulig oppgave, uten bruk av sentrale virkemidler. I dag er det vanskelig å fylle kommunelege- og sykehjemslegestillinger, og man ser ikke hvordan et økt behov for disse stillingene skal kunne imøtegås når kommunene ikke gis muligheter i form av sentrale bestemmelser. Gode fagmiljøer medvirker til rekrutteringspotensiale. Dersom det ikke legges til rette for at fagmiljøene kan bygges opp, vil ikke intensjonene i samhandlingsreformen kunne imøtekommes.

2. Loven og fremtidens utfordringer

I Stortingsmelding nr.47. Samhandlingsreformen kap 3.2, pekes det på 3 hovedutfordringer for fremtidens helse- og omsorgstjenester:

- pasientens behov for koordinerte tjenester besvares ikke godt nok.
- tjenestene preges av for liten innsats for å begrense og forebygge sykdom.
- demografisk utvikling og endring i sykdomsbildet gir utfordringer som vil kunne true samfunnets økonomiske bæreevne.

De 2 første punktene søker departementet å bedre ved hjelp av de fremlagte lovforslagene. Effekter av disse vil i sin tur gi effekter for utfordringen knyttet til samfunnets økonomiske bæreevne. Follokommunene mener lovforslagene representerer en overdreven tro på at bedre koordinering og forebygging vil demme opp for utfordringen som ligger i den demografiske utviklingen og endringen i sykdomsbilde. Loven skal angi hva kommunen har plikt til å gjøre, og implisitt i dette ligger det hva innbyggerne kan forvente å få. Man vet at behovene vil øke, innbyggernes krav og forventninger øker og ressursene avtar. ***En ny lov som skal vedtas i en tid hvor man har visshet om at fremtidens utfordring er nærmest uoverskuelig, burde ta opp i seg den rollen den har som normgiver til samfunnskulturen og derav sette grenser og avklare forventninger i stedet for å øke innbyggernes forventninger til hva det offentlige har plikt til å bidra med.***

I tillegg til at innbyggernes forventninger øker og dermed ressursbehovet, krever loven en rekke løpende administrative, systematiske tiltak som medfører økt bruk av ressurser. I en tid hvor arbeidskraft blir et knapphetsgode er det viktig at loven forebygger en slik urasjonell bruk av ressurser i stedet for å stimulere til det motsatte.

3. Spesialisering og høykompetanse prioriteres

Vi lever i et kompetansesamfunn som er i stadig utvikling. Innenfor den medisinske disiplinen utvikles det metoder som gjør at flere lidelser kan behandles og at etterspørselen dermed øker. Parallelt medfører teknologien og kunnskapen at flere pasienter kan behandles raskere og at stadig flere behandlinger kan gjøres uten sykehusinnleggelse. Sykehusene er gradvis endret fra å være et sted med diagnostisering, behandling og sykepleie for både vanlige og mer uvanlige lidelser, til å bli et høyspesialisert sted hvor tilbudet gjerne bør avsluttes så snart behandlingen er igangsatt. Sykehuset er med andre ord blitt et sted hvor behandlingskapasiteten stadig øker, mens antallet sengeplasser søkes redusert. Dette er en ønsket utvikling og gunstig utvikling for de fleste. De færreste ønsker å bli i sykehus lenger enn de må og med dagens behandlingsmetode og tilbud i hjemmene er dette etter follokommunenes syn en riktig satsning.

Imidlertid har "medaljen en bakside". Det er noen pasientgrupper som på grunn av sin lidelse fortsatt har behov for det "gamle" sykehusstilbudet. De trenger en sykeseng, enten fordi de er i livets slutfase eller fordi de trenger noe mer tid på å komme seg etter endt behandling. Disse pasientene har i flere år falt mellom flere stoler og deres tilbud har i lys av menneskeverdet og likebehandlingen ikke alltid vært særlig tilfredsstillende.

Kommunens oppgave knyttet til institusjonstilbud har i alle år vært begrenset til å gjelde sykehjemsplasser for eldre. Sykehjem hadde som formål å være et *hjem* for eldre, syke

mennesker. Dette underbygget staten da den på slutten av nittitallet tildelte kommunene 650.000 krone for hver pasient under 60 år som ble flyttet ut fra sykehjemmet. Det underlige var at staten på samme tidspunkt vedtok en ordning med betaling for såkalte utskrivningsklare pasienter og ga sykehusene en suveren rett til å definere når pasienten var utskrivningsklar. I dette lå det ingen aldersbegrensning, så mens staten betalte kommunene for å flytte ut pasienter under 60 år, så la "sykehusene" inn pasienter, unge som gamle. Den tradisjonelle sykehjemsrollen har etter dette blitt gradvis endret og i dag skal sykehjemmene både fylle rollen som "hjem" og "lokalsykehus".

Mennesker som trenger en "sykeseng" etter at de er ferdige med den akutte behandlingen i spesialisthelsetjenesten, har ofte behov for et medisinskfaglig tilbud som ligger over det nivået som finnes i majoriteten av sykehjemmene. Dette er en stor utfordring for kommunene som må i gang med å bygge ut slike tilbud. Det kan stilles spørsmål om disse tilbudene vil bli gode nok og om de omtalte pasientene vil få et like godt tilbud, som de ville fått i sykehuset. Det er verdt å tenke på om denne endringen kan medføre at tilbudet ikke blir likeverdig at det dermed foreligger en diskriminering av eldre, kronikere og mennesker som snart skal dø. Dersom kommunene skal slå seg sammen og etablere lokalmedisinske sentre for å sikre det faglige nivået og en effektiv drift, så kan en stille spørsmål om hvorvidt dette er en rimeligere løsning enn at antallet senger i spesialisthelsetjenesten ble opprettholdt.

Et siste moment som bør belyses er likebehandlingen av pasienter i hele landet. Det er en stor fare for at innbyggere i små kommune som ikke har mulighet til å etablere gode medisinskfaglige tilbud, får et dårligere tilbud enn innbyggere i storbyer. Dette er i strid med helsetjenestens verdigrunnlag hvor likebehandling er en sentral verdi.

4. Samkjøring, lov om sosiale tjenester

Sosialtjenestelovens (LOST)- og kommunehelselovens innhold skal nå tolkes likt når det gjelder vilkårene for å utløse tjenester, det skal være likelydige rettighetsbestemmelse. Dette vil være positivt, men i lovforslaget savnes gode nok formuleringer som understreker det sosialfaglig arbeid. LOST §3-1: "*Sosialtjenesten skal gjøre seg kjent med levekårene i kommunen, vie spesiell oppmerksomhet til trekk ved utviklingen som kan skape eller opprettholde sosiale problemer, og søke å finne tiltak som kan forebygge slike problemer. Sosialtjenesten skal søke å legge forholdene til rette for å utvikle og styrke sosialt fellesskap og solidaritet i nærmiljøet. Gjennom informasjon og oppsøkende virksomhet skal sosialtjenesten arbeide for å forebygge og motvirke misbruk av alkohol og andre rusmidler, og spre kunnskap om skadevirkninger ved slik bruk.*" Hvordan er de sosialfaglige aspektet ivaretatt i ny lov, og vil brukere av blant annet sosiale tjenester bli betraktet som pasienter? Navnet "Helse og omsorgslov" sier lite om sosialtjenestområdene, og kan medføre at brukere av sosialtjenesten gjøre til pasienter.

Til tross for skepsisen til det fremlagte lovutkastet vil follokommunene formidle at det er ønskelig med en større utfordring innen helse og omsorgsfeltet. Kommunene er positive til det meste av intensjonene i Samhandlingsreformen. Men for å realisere dette må kommunene få flere virkemidler, mer styringsrett, betydelig økte økonomiske rammer, hjelp til grensesetting og forventningsavklaring via lovene, mindre krav til administrative oppgaver og tillit til at dette kan de klare. På denne måten kan kommunen bli den viktigste bidragsyter i forhold til å imøtekomme intensjonene i samhandlingsreformen.

Kommentarer til de enkelte lovkapitlene:

Kapittel 1. Formål, virkeområde og definisjoner

Lovforslagets innhold:

Lovforslaget gir en avklaring/ avgrensning av formål og virkeområde i forhold til samordning mellom lov om helsetjenester i kommunen og lov om sosiale tjenester.

- Lovens erstatter lov om helsetjenester i kommunene av 19.november 1982, og deler av lov om sosiale tjenester av 13.desember 1991.
- Samordningen skal sikre økt samhandling og at tjenestetilbudet blir tilgjengelig for/ og tilpasset tjenestemottakerne.
- Loven gjelder for helse- og omsorgstjenester som ytes av kommuner og private som har avtale med kommuner.
- Lovforslaget gir en avklaring i forholdet til begrepene pasient og bruker.

Høringsuttalelse:

Follokommunene slutter seg til:

- Follo kommunene ser positivt på at formålet med loven presiseres i forhold til formålet i gjeldende lov om helsetjenester i kommunene og lov om sosiale tjenester. Det er positivt at formålsparagrafen presiserer et felles verdigrunnlag.
- Follo kommunene ser positivt på at samhandling mellom tjenester, både innen kommunen og mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten, er presisert i loven slik at tjenestene framstår som likeverdige
- Follo kommunene ser positivt på at det gjøres en begrepsavklaring når det gjelder begrepene pasient og bruker.
- Follo kommunene ser positivt på at kvalitet er tatt med som eget begrep i lovteksten.

Betenkninger:

- Follo kommunene har betenkninger vedrørende omfanget av § 1-1. Omfanget av paragrafen favner vidt og er svært omfattende. Å oppfylle alle lovens formål vil medføre betydelige administrative og økonomiske konsekvenser for en kommune i henhold til forsvarlighet, omfang, kvalitet og likeverd.
- Follo kommunene har betenkninger om likeverdighet og samhandling mellom 1. og 2. linjetjenesten blir oppnådd ved at dette presiseres i ny lov. Det bør også presiseres likelydende i lov om spesialisthelsetjenesten.

Kapittel 2. Forholdet til andre lover

Lovforslagets innhold:

Lovregler i helsepersonelloven gjøres nå gjeldende for sosialtjenestepersonell som yter helsehjelp.

Forvaltningsloven skal gjelde deler av saksbehandlingen, men når det gjelder individ- og grupperettede tjenester skal pasientrettighetslovens gjelde.

Skillet mellom helse- og sosialtjenesten foreslås ikke videreført.

Den enkelte pasient/ brukers rettigheter reguleres i pasientrettighetsloven.

Høringsuttalelse:

Follokommunene slutter seg til:

- Follokommunene ser positivt på at skillet mellom helsepersonell og sosialtjenestepersonell som yter helsehjelp opphører.
- Follo kommunene ser positivt på at helseregisterloven gjøres gjeldende for alt personell.
- Follo kommunene ser positivt på at forsvarlighetskravet i helsepersonelloven blir presisert og vil påhvile alle som yter tjenester etter loven.

Betenkninger:

- Follo kommunene har betenkninger til at habilitetsreglene i forvaltningsloven ikke gjøres likeledes gjeldende også i helsepersonelloven.
- En svakhet med sammenslåingen av lovverket kan medføre et svekket fokus av de sosialfaglige områdene. Pasient/brukerbegrepene er ikke representativt for alle målgruppene. (F. eks rus)

Kapittel 3. Kommunens ansvar for helse og omsorgstjenester

Lovforslagets innhold:

Lovforslaget tar for seg forhold omhandlende:

- Overordnet ansvar for helse- og omsorgstjenester i kommunene med fokus på "sørge for" ansvaret
- Ansvar for individ og grupperettede helse- og omsorgstjenester
- Ansvar for helsefremmende og forebyggende arbeid
- Plikt til å oversikt over helsetilstanden
- Ansvar for øyeblikkelig hjelp
- Ansvar for pasient-, bruker- og pårørendeopplæring
- Omsorgslønn
- Brukerstyrt personlig assistanse
- Helse- og omsorgstjenester for innsatte i fengsler i kriminalomsorgen

Høringsuttalelse:

Follokommunene slutter seg til:

- Follo kommunene stiller seg positive til presiseringen av "sørge for ansvaret" og at forhold omhandlende tjenestetilbud i betydelig grad skal bestemmes av den enkelte kommune og at lokal autonomi skal være førende for utvikling av tjenestetilbudet.

Høringsuttalelse fra follokommunene

Forslag til ny Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester

- Follo kommunene stiller seg positive til presiseringen av forebyggende og helsefremmende arbeidet i lovteksten.

Betenkninger:

- Overordnet ansvar for helse- og omsorgstjenester i kommunene med fokus på ”sørge for” ansvaret vil medføre behov for tettere samarbeide mellom kommune og fastleger. **Dette ligger implisitt i lovforslaget, men ønskes presisert i lovhjemlingen.**
- Follo kommunene ønsker å understreke at selv om en rekke av de presiseringene som gjøres i lovteksten er av en viktig karakter, så **må** det stimuleres med økonomiske virkemidler for at de skal kunne gjennomføres.
- Follo kommunene er usikre på hvilke forhold og nøkkeltall som skal være styrende for § 3-4 *oversikt over helsetilstanden*, og ber om at dette i større grad legges til rette for fra departementets side. Det tenkes her særlig på virkemidler for kartlegging og analyse og presentasjon av data. Det bes om at departementet kommer med ytterligere beskrivelser av dette i den kommende Nasjonale helse- og omsorgsplan.
- Det fremgår av høringsnotatet at fastlegeforskriften foreløpig ikke skal endres. Dette medfører at man kommer til å mangle en sentral ”nøkkel” til å få til en bedre samhandling mellom de kommunale tjenesteordningene og fastlegene. Dette svekker effektiviteten av samhandlingsreformen.
- **§ 3-2** Follokommunene merker seg at det vurderes å innføre funksjons- og kvalitetskrav gjennom en ny fastlegeforskrift. Hvis dette innføres, vil det bl.a. innebære økt krav om rapportering. Follokommunene mener generelt at behovet for rapportering må sees i forhold til oppgaver som kommunen skal løse.
- **§ 3-3.** Det skisseres at en av pliktene, gjennom listeansvaret, er en meget omfattende, såkalt proaktiv oppfølging, jfr. side 213 i høringsnotatet. Det legges altså opp til at fastlegene skal ha proaktiv rolle i forhold til pasientene. Ansvaret, slik det er beskrevet i høringsnotatet, fremstår som meget omfattende, og er aktuell som en del av det primærforebyggende arbeidet. Hvordan den proaktive oppfølgingen skal foregå, er ikke beskrevet i detalj, men slik det er foreslått vil det trolig skje i form av en innkalling av alle pasienter til en helsesjekk. Kommunen vil bemerke at dette kan bli en svært omfattende ordning, og stiller spørsmål om det er realistisk å tenke at fastlegene skal kunne håndtere alle disse pasientene. Kommunen understreker betydningen av at veien mellom detekterende og behandlende organ er så kort og rask som mulig til beste for pasienten.
- Videre kan man stille spørsmål ved de etiske sidene den proaktive oppfølgingen av pasientene som en del av den primærforebyggende arbeidet. Man kan stå i fare for å gjøre flere personer til pasienter enn det som reelt sett er tilfelle. *Et annet prinsipielt spørsmål i forlengelse av dette er om det offentlige, med en slik ordning, i for stor grad fratrar individets ansvar for egen helse.*
- Follokommunene mener også det er viktig å skille mellom forebygging på individnivå og befolkningsnivå. Fastlegene vil kunne spille en rolle når det gjelder forebygging på individnivå, men på befolkningsnivå må en spille på andre aktører og medier. Forebygging må inn i skoleverket, i massemedia og samfunnet for øvrig.

Høringsuttalelse fra follokommunene Forslag til ny Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester

- Follokommunene vil påpeke at forholdet omhandlende pårørendeopplæring jfr. § 3-6 vil medføre nye oppgaver for kommunehelsetjenesten og således medføre økte administrative oppgaver og økte kostnader.

Særlige forhold det bes om tilbakemelding på:

I departementets høringsnotat bes det særlig om kommunenes syn på døgntilbud i kommunene omhandlende øyeblikkelig hjelp.

- Follokommunene er i utgangspunktet positive til å på sikt å kunne ivareta en større del av øyeblikkelig hjelp funksjonen. På nåværende tidspunkt er ikke kommunene i stand til å ivareta denne funksjonen. Manglende kapasitet på døgnplasser og tilgangen på lege- og andre medisinskfaglige ressurser er i denne forbindelse sentral.
- Kommunens fremtidige ansvar for akutt plasser bør omhandle observasjoner for nærmere avklaringer av behovet for innleggelse i spesialisthelsetjenesten. I denne forbindelse er det ikke relevant å vurdere om kommunen skal kjøpe tjenesten fra helseforetaket. Et slikt kjøp vil gjøre grenseoppgangen mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten uklar. For kommunene vil dette dessuten medføre store "nye" utgifter.
- Follokommunene vil vise til betydningen av lokal autonomi for å kunne bygge opp tilbud, og ber om at dette er førende også for utviklingen av et døgnkontinuerlig øyeblikkelig hjelp tilbud.
- Follokommunene vil understreke betydningen av gode retningslinjer og midler for økonomisk stimulering av opprettelse av tiltak, og viktigheten av et godt samarbeid med helseforetakene.

Kapittel 4. Krav til forsvarlighet, pasientsikkerhet og kvalitet

Lovforslagets innhold:

Helse og omsorgstjenester som tilbys skal være forsvarlige. Det skal gis et helhetlig og verdig tilbud. Journal- og informasjonssystemene i kommunene skal være forsvarlig og gi en effektiv samhandling. Gjennom systematisk arbeid skal pasientsikkerheten og kvaliteten i vareta.

Krav til lokalpolitiske behandling av kvalitetskrav, kan gis i forskrift av Departementet.

Hesledirektoratet skal understøtte mål satt for helse og omsorgstjenesten gjennom å utvikle, formidle og vedlikeholde nasjonal retningslinjer, veiledere og kvalitetsindikatorer.

Kvalitetsindikatorerne skal være hjelpemidler for ledelse og kvalitetsforbedring og som grunnlag for at pasientene kan ivareta sine rettigheter.

Høringsuttalelse:

Follokommunene slutter seg til:

- Samhandlingsreformen vil forsterke behovet for elektronisk samhandling i helsesektoren. Det er derfor bra at det blir et lovkrav om EPJ-systemer på alle "nivåer". Presiseringen: "...virksomhet som har avtale med kommunen" er viktig å ha med i lovteksten slik at dette også gjelder for eksempel fastlegene.

Høringsuttalelse fra follokommunene Forslag til ny Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester

- Follokommunene slutter seg til at det blir et lovbestemt krav til systematisk kvalitetsforbedringsarbeid. Det forutsattes at helsedirektoratets arbeid med nasjonale retningslinjer og veiledere skjer i samarbeid med KS.

Betenkninger:

- Det er for lite fokus på pasient – og dokumentasjonssikkerhet, og for mye fokus på ressursutnyttelse og effektiviseringsgevinst.
- Lovkrav om EPJ-systemer på alle ”nivåer” bør også inneholde krav til felles standard for arkitektur, sertifisering og avtaleverk.
- Lovteksten beskriver ” Kommunen og virksomhet som nevnt i første punktum skal ta hensyn til behovet for effektiv elektronisk samhandling ved anskaffelse og videreutvikling av sine journal- og informasjonssystemer.” Det aller viktigste for å komme i gang med dette er NASJONAL AVTALESTYRING FOR ELEKTRONISK SAMHANDLING. Avtalestrukturen bør være et hierarkisk avtalesystem, slik at det for eksempel bør være en overordnet avtale for hver helseregion. (I dag må kommunen etablere avtale med hvert enkelt sykehus innenfor en region) Det bør på samme måte være mulig å få til en felles avtale med alle fastleger i kommunen. I dag må kommunen gjøre avtale med hver enkelt lege, noe som er et meget tidkrevende arbeid.

I tillegg har departementet bedt høringsinstansene om særskilt å kommentere følgende:

a) På hvilke områder vil det være mest hensiktsmessig å kreve sertifisering av funksjonskrav og standarder?

Hørings svar: På alle områder vil det være hensiktsmessig å kreve sertifisering av funksjonskrav og standarder (spesialisthelsetjenesten, kommunehelsetjenesten, fastlegene og legevaktene). Det er viktig at alle nye programmer og oppdaterte versjoner også har sertifikater.

b) Hvor lang frist bør det normalt settes fra slike forskrifters vedtakelse til de trår i kraft?

Hørings svar: Krav til elektronisk journalføring bør komme umiddelbart for alle aktører. Dette er ikke avhengig av Norsk Helsenett. Resterende avhenger i all hovedsak om fremdrift ift etablering av Norsk Helsenett. Det antas at det vil bli ”kø” når mange skal koples på Helsenett samtidig. 2 år er et reelt utgangspunkt.

c) Behovet for overgangsordninger.

Hørings svar: Follokommunene er enige i at det bør være overgangsordninger dekket av staten. Brukerne (bl.a. kommunen) vil uansett bruke mye ressurser på etablering, påkøpling, opplæring, gjennomføring, vedlikehold, oppgradering og kontroll. Men først og fremst bør Norsk Helsenett, prinsipielt sett, være gratis for brukere, finansiert av staten, og være standardisert i større grad. Det bør være supporttjeneste for alle gjennom Norsk Helsenett, spesielt viktig for fastlegene. I forhold til pasientsikkerhet bør fastlegekontorenes EPJ-systemer være plassert / lagret i Norsk Helsenett, fremfor lokalt på hvert legekontor. I dag er det slik at brukerne betaler abonnementet (kommunene/ fastlegene etc), og de betaler også for utvikling av systemet.

Kapittel 5. Særlige plikter og oppgaver

Lovforslagets innhold:

Kapittelet omfatter krav til kommunen knyttet til å yte helse- og omsorgstjenester.

Dette er:

- Transport av behandlingspersonell for å yte ambulante tjenester
- Plikt til utarbeidelse av beredskapsplan
- Kommunens myndighet til å pålegge helsepersonell tjenesteplikt ved ulykker og andre akutte situasjoner
- Kommunens plikt til å kreve politiattest fra personell som skal yte tjenester til barn og unge
- Kommunens plikt til å ansette kommunelege som skal utføre oppgaver tillagt lov og instruks, deltagelse i lokal redningssentral, drive medisinsk -faglig rådgivning
- om sprøyterom
- Registrering av helsepersonell
- Personells meldingsplikt til kommuneadministrasjonen til bruk for planlegging, styring og utvikling av den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Høringsuttalelse:

Follokommunene slutter seg til:

- Positivt at kravet om politiattest utvides
- Anledningen til å opprette sprøyterom

Betenkninger:

- Det forutsettes at fremskaffing av politiattest kan gjøres innen rimelig tid slik at det ikke forsinkes ansettelsesprosessen.

Kapittel 6. Samarbeid mellom kommuner og regionale helseforetak.

Lovforslagets innhold:

I lovforslaget fremkommer en plikt til å inngå samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak. Målsettingen er at pasientene/brukerne skal få et helhetlig og over tid sammenhengende tilbud. Pasient- og brukerorganisasjonene skal gis anledning til å medvirke i utarbeidelsen av avtalen.

Det gis spesifikke krav til avtalens innhold som at; det skal etableres en felles forståelse for de ulike forvaltningsnivåenes ansvar, opplegg for faste samarbeidsrutiner, hindring av unødvendig sykehusinnleggelse, tiltak for utskrivningsklare pasienter, rutiner for dialog/kontakt herunder kontaktpersoner, opplegg for kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling, samarbeid om utdanning/ praksis/ IKT- løsninger/ pasient-brukermedvirkning, organisering og finansiering, tvisteløsninger og samarbeidsavtaler rundt forsknings- og utviklingsarbeid.

Videre skal det settes frist for inngåelse av avtaler, og de regionale helseforetak skal sende avtalene inn til Helsedirektoratet innen fristen. Hvis partene ikke kommer til enighet kan

Høringsuttalelse fra follokommunene Forslag til ny Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester

saken bringes inn for Helsedirektoratet som skal gi råd og veiledning. Helsedirektoratet gis myndighet til å innkalle partene til mekling. Avtalepartene skal årlig foreta en felles gjennomgang av avtalen og avtalene kan sies opp med ett års frist.

Det foreslås at departementet skal kunne pålegge kommuner å samarbeide når det anses påkrevet for en forsvarlig helse- og omsorgstjeneste, herunder gi bestemmelser om hvilke oppgaver det skal samarbeides om og fordeling av utgifter.

Høringsuttalelse:

Follokommunene slutter seg til:

- Follokommunene er enige i at det lovfestes at det skal inngås forpliktende samarbeidsavtaler.
- Det er bra at det settes spesifikke krav til innholdet i avtalene og at disse omhandler mer enn inn- og utskrivning fra spesialisthelsetjenesten.
- Det er forståelig at departementet ønsker å kunne sikre at pasienter får de helse- og omsorgstjenester de har krav på etter loven, ved å pålegge kommunene å samarbeide der dette er nødvendig. Samkommunemodellen som foreslås inntatt i kommuneloven, vurderes å kunne være en god samarbeidsmodell for helsetjenesten.

Betenkninger:

- Mange kommuner opplever at partene ikke er likeverdige i dagens avtalesystem (s. 301 i høringsnotatet) og man kan ikke av lovteksten se at dette sikres i fremtiden heller. Til tross for at det stilles krav om en rekke samarbeidsområder, er fortsatt mye av fokuset lagt på hvordan man skal hindre såkalte unødige sykehusinnleggelse og hvordan man raskt skal få ut utskrivningsklare pasienter. Partene er ikke likeverdige all den tid det er sykehusets suverene rett å definere når en pasient er utskrivningsklar jfr. "Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter" av 16.12.98, § 4: "Sykehuset avgjør når pasienten er utskrivningsklar." Det fremkommer ingen steder at denne avgjørelsesmyndigheten skal endres etter at loven har trådt i kraft, selv om det i § 11-4 fremkommer at Departementet skal fastsette forskrifter hvor blant annet kriterier for når en pasient er utskrivningsklar skal defineres.
- Det er uvisst hvordan samarbeidsavtalen skal bidra til at det etableres *"en felles forståelse av hvilke helse- og omsorgsoppgaver forvaltningsnivåene er pålagt ansvaret for og en felles oppfatning av hvilke tiltak partene til enhver tid skal utføre."* (§6-2, pkt.1). I St. melding 47, Samhandlingsreformen påpekes det nettopp *"at det ikke er mulig å utforme en endelig grensegradning mellom hva som er ansvarsforholdet mellom nivåene i helsetjenesten"* (s.304 i høringsnotatet). Å skyve ansvaret for denne tolkningen ut til kommuner og helseforetak vil kunne føre til mye uenighet og vansker rundt inngåelse av avtaler, og ikke minst vil det kunne føre til ulike helsetjenester avhengig av hvilke kommuner/foretak man sokner til.
- Det er viktig at ikke samarbeidsavtalen blir så instrumentell at den får en målforskyvning mot at det er rutiner som skal sikres, mer enn den enkelte pasients behov for gode og samordnende tjenester. For å motvirke dette bør lovens § 6-2 deles i 2 hvor den ene delen konkretiserer krav til avtalens innhold på **systemnivå** og den andre delen konkretiserer krav til avtalens innhold på **individnivå**.

Høringsuttalelse fra follokommunene Forslag til ny Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester

- I sistnevnte del bør det fremkomme at helsetjenestens verdigrunnlag skal legges til grunn i avtalen. I St. melding nr. 26: *Om verdier for den norske helsetenesta*, står verdiene likebehandling og menneskeverd sentralt. I dette ligger blant annet at man skal verne om det syke og sårbare. Etablerte tekniske rutiner og prosedyrer kan til tider medføre at disse hensyn ikke blir ivaretatt som forutsatt, noe mange i kommunehelsetjenesten vil kjenne igjen gjennom den etablerte praksis som finnes rundt ordningen med utskrivningsklare pasienter. Eksempelvis kan nevnes en undersøkelse som over en 15 måneders periode i 2002- 2003 ble utført i Skedsmo kommune. Undersøkelsen omhandlet alvorlig syke mennesker som ble skrevet ut fra sykehus til korttidsplass i sykehjem (Otterstad og Sorteberg 2003). I undersøkelsen finner en at 100 av 159 pasienter som ble utskrevet til korttidsplass døde innen 25 dager. Av disse døde 40 innen det var gått en uke og 10 innen ett døgn. Det er verdt å merke seg at disse menneskene ble skrevet ut fra sykehus og til ett nytt og for dem trolig ukjent sted. Man kan spørre seg om dette var en verdig behandling i tråd med helsetjenestens grunnverdier eller om det var verdiene økonomi og effektivitet som fikk forrang, understøttet av en avtale på systemnivå. At konsekvensen av å ta flere individuelle hensyn kan bli flere liggedøgn i sykehus, kan være helseforetakenes utfordring, på samme måte som sykehjemskapasiteten er kommunenes utfordring.
- I den delen av avtalen som anbefales å omhandle et individnivå, bør det videre fremkomme et konkret krav om kommunikasjon mellom kommune og helseforetak, dette rundt etiske dilemma knyttet til utskrivningen av terminale pasienter. Man vet at etisk vanskelige beslutninger bør foretas etter kommunikasjon mellom flere mennesker. Et slikt krav vil kunne bedre samarbeidet og forståelsen mellom partene, men viktigst av alt, føre til en bedre løsning for pasienten. Kommunikasjon er et viktig virkemiddel og man kan se paralleller til det kravet som nå er innarbeidet i Arbeidsmiljølovens § 4-6 rundt dialogmøter etter 12 ukers sykmelding.
- Det er betenkelig at kommunene gis så mange oppgaver og plikter i den nye kommunale helse- og omsorgsloven at flere av dem ikke kan ivareta disse uten å måtte samarbeide med andre kommuner. Det kan diskuteres om en slik oppgaveoverføring først burde gjøres etter at kommunene frivillig eller etter pålegg hadde slått seg samme til større og mer robuste kommuner. Som et alternativ lovfestes departementets rett til å kreve kommunesamarbeid rundt nødvendige oppgaver. Dersom kommunene på et senere tidspunkt slås sammen, kan det skape utfordringer dersom det etablerte interkommunale "helsesamarbeidet" foregår sammen med andre kommuner enn den/de som da skal slås sammen.
- Alle reformer har sine kostnader. Inngåelse av samarbeidsavtaler kan gjøres uten økte utgifter for kommunene, mens kommunesamarbeid fordrer økte ressurser både i en utrednings- og etableringsfase og i den fremtidige driften.

Avtalens varighet og oppsigelsestid:

Departementet ber om innspill på oppsigelsestid av samarbeidsavtalene, noe som i loven er foreslått til ett år. Follokommunene gir sin tilslutning til det foreslåtte. Når det gjelder varigheten av avtalen anbefales det at denne reforhandles hvert 4 år, men med en rullering hvert annet år.

Kapittel 7. Individuell plan, koordinator og koordinerende enhet

Lovforslagets innhold:

Kapittelet omhandler kommunens plikter til å utarbeide individuelle plan (IP) for pasienter med behov for langvarige koordinerte tjenester.

- Kommunene har også ansvar for å koordinere planarbeidet der pasient eller bruker får tjenester både fra loven her, spesialisthelsetjenesteloven og psykisk helsevernlov.
- Det skal oppnevnes en koordinator som skal sørge for oppfølging, samordning og fremdrift for IP.
- Kommunen skal ha en koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet, som skal ha system-, opplærings- og veiledningsansvar.

Høringsuttalelse:

Follokommunene slutter seg til:

- Follokommunene er positive til at det settes fokus på IP og koordinerende enhet i lovforslaget

Betenkninger:

- Totalt fører forslaget til at flere enn i dag får individuelle planer og at det derfor er behov for flere individuelle koordinatorene. Follokommunene mener det er uklart hvilke faglige krav som skal stilles til koordinatorene, og mener dette burde vært tydeliggjort i større grad.
- Endringene vil medføre administrative og økonomiske konsekvenser og det er ikke realistisk å gjennomføre endringen uten økt ressurstilgang.
- For å sikre gode planer må det stimuleres til at fastleger deltar i utarbeidelse og oppfølging av IP, eksempelvis gjennom fastlegeforskriften.

Kapittel 8. Undervisning, praktisk opplæring og utdanning

Lovforslagets innhold:

Kommunene plikter å medvirke til undervisning og praktisk opplæring av helse- og omsorgspersonell, herunder videre- og etterutdanning. Personell som utfører tjeneste eller arbeid etter denne loven plikter å ta del i videre- og etterutdanning som blir foreskrevet.

Høringsuttalelse:

Follokommunene slutter seg til:

- At kompetanseutvikling i kommunen er svært viktig for å imøtekomme samhandlingsreformens intensjoner.
- At utdanning skal inngå som samarbeidsområde i nye samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak.
- At utdanning av helse og sosialpersonell må være tilpasset de fremtidige kommunale oppgaver.

- At overføring av oppgaver til kommunen krever at kompetanse og kapasitet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten styrkes og målrettes.
- At det må være fokus på kompetanseløftet 2015 hvor satsing på undervisningssykehjem og undervisningshjemmetjenester er inkludert.
- Det forutsettes at ved endring av pasientforløp fra spesialisthelsetjenesten til den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal midler knyttet til FoU overføres kommunene.

Betenkninger:

- Follokommunene er bekymret i forhold til å rekruttere, beholde og utvikle kvalifisert personell med hensyn til nye oppgaver og utvidede ansvarsområder.
- Dersom FoU skal få en betydelig rolle i kommunen må samarbeide mellom kommuner, utdanningsinstitusjoner og spesialisthelsetjeneste formaliseres.
- Manglende forskning innen kommunehelsetjenesten er en forutsetning for utvikling av tjenesten generelt og spesielt i forhold til utvikling av kvalitetsindikatorer. Vi merker oss at forskning ikke er tema i dette lovforslaget.

Kapittel 9. Rettsikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemming

Lovforslagets innhold:

- Formålet: er å hindre at personer med psykisk utviklingshemming utsetter seg selv eller andre for vesentlig skade, og forebygge og begrense bruk av tvang og makt. Virkeområde: gjelder bruk av makt og tvang etter definerte områder beskrevet i loven
- Rett til medvirkning og informasjon: Tjenestetilbudet skal så langt så langt som mulig tilrettelegges og gjennomføres i samarbeid med tjenestemottakers selvbestemmelsesrett.
- Krav til forebygging: kommunen plikter å sørge for at forholdene legges til rette for minst mulig bruk av tvang og makt
- Vilkår for bruk av tvang og makt: definerer i hvilke tilfeller makt og tvang kan utøves
- Særlige grense for bruk av enkelte tiltak
- Kommunens saksbehandling
- Fylkesmannens overprøving
- Krav til gjennomføring og evaluering
- Plikt til å føre journal
- Klage
- Overprøving av tingsretten
- Spesialisthelsetjenestens medvirkning
- Forskrift

Høringsuttalelse:

Follokommunene slutter seg til lovforslaget med følgende betenkninger:

- I § 4 a-9 stilles krav om kompetanse, noe kommunene mener er riktig og viktig. Erfaringen viser at kommuner sliter med kompetansekrav og dermed må søke fritak i

forhold til kompetanse. Det trengs konkrete virkemidler for at kommunene skal kunne innfri kompetansekravet.

- Follo kommunene har betenkeligheter med forslag om felles lovverk LOST 4a og pasientrettighetsloven 4a. Det er mulig å se på enkelte fellesområder som kan komme til anvendelse i begge lovene. Spesielt med tanke på tillitskapende tiltak og systematisk rapportering.
- Follo kommunene mener at loven må være tydeligere i pkt 33.2.4, som gjelder bistand fra spesialisthelsetjenesten. Det er ønskelig at loven presiserer på hvilke områder spesialisthelsetjenesten er pålagt å gi bistand til kommunene.

Kapittel 10. Tvangstiltak overfor rusmiddelmissbrukere

Lovforslagets innhold:

- Melding fra pårørende om omfattende rusmiddelmissbruk
- Vedtak om innleggelse i institusjon ved omfattende og vedvarende rusmisbruk
- Gravide rusmisbrukere kan uten samtykke tas inn i institusjon og holdes der i hele svangerskapet.
- Tilbakehold i institusjon ved innleggelse etter skriftlig samtykke
- Bruk av fylkesnemnd i barnevernsaker.
- Begjæring om tiltak
- Overprøving av fylkesnemndas vedtak.
- Ansvar for å reise tvangssak.

Høringsuttalelse:

Follokommunene slutter seg til lovforslaget

Kapittel 11. Finansiering og egenbetaling

Lovforslagets innhold:

- Kommunens ansvar for utgifter
- Vederlag for helse- og omsorgstjenesten
- Kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenester
- Kommunalt finansieringsansvar for utskrivningsklare pasienter

Loven foreslår ingen endringer i forhold til økonomisk ansvarsfordeling mellom kommuner, og oppholdsprinsippet. Loven foreslår heller ingen endringer ift dagens lovverk med forskrift i forhold til vederlag for helse- og omsorgstjenesten / egenbetaling. Kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten er en av kjernene i reformforslaget, og dette er fortsatt meget uavklart ut over at:

”Departementet foreslår en hjemmel for departementet til å kunne gi bestemmelser om kommuners medfinansieringsansvar for pasientbehandling i spesialisthelsetjenesten, herunder kriterier for hvilke pasientgrupper eller behandlingsformer som skal være omfattet av det kommunale medfinansieringsansvaret. Denne hjemmelen vil etter departementets oppfatning dekke de ulike modellene som nå utredes.”

Høringsuttalelse fra follokommunene Forslag til ny Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester

De tre modeller som utredes er:

1. Full medfinansiering (Kirurgi, medisin, psykiatri, rus og rehabilitering, alle aldre)
2. Aldersbestemt medfinansiering (alle medisinske og kirurgiske innleggelser, over 80 år)
3. Diagnosebestemt medfinansiering (alle medisinske innleggelser, alle aldre)

Av stortingsmeldingen fremgår det at regjeringen vil overføre det økonomiske ansvaret for utskrivningsklare pasienter i spesialisthelsetjenesten til kommunene fra 2012. Kommunalt finansieringsansvar for utskrivningsklare pasienter er i tråd med målsetningene i stortingsmeldingen om samhandlingsreformen om blant annet bedre arbeidsdeling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten og bedre samhandling gjennom bedre gjensidig informasjon og støtte mellom de to behandlingsnivåene, slik at de kan utføre sine respektive oppgaver med høyest mulig kvalitet og på lavest, effektive omsorgsnivå. Forutsatt at Stortinget slutter seg til endringsforslagene, anser departementet at det særlig vil være aktuelt å ta stilling til om i hvilken grad ordningen skal gjelde både for pasienter innenfor somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Departementet vil komme nærmere tilbake til dette i forbindelse med høring av en slik forskrift. Nivået på betalingssats må vurderes både i forhold til engangsoverføringen fra regionale helseforetak til kommunene og i forhold til insentivvirkningene. Størrelsen på betalingssatsen må også vurderes i forhold til insentiver og risikoen både for helseforetakene og kommunene.

Mangel på god kostnadsinformasjon, og kostnadsvariasjoner mellom helseforetak, avdelinger, og fra pasientgruppe til pasientgruppe, gjør det vanskelig å beregne faktisk kostnadsnivå i sykehus. Et rimelig anslag vil imidlertid være en døgnkostnad på 3 000-5 000 kroner.

Høringsuttalelse:

Follokommunene mener at modellene og kriteriene for finansieringen ikke er konkretisert. Dette medfører at Follo kommunene i begrenset grad opplever at lovforslaget lar seg tilsluttes slik det foreligger i lovforslaget.

Betenkninger:

- Lovverket burde gi hjemmel til økonomisk kompensasjon spesielt ift fritt kommunehelsetjenestevalg/sykehjemvalg, og behandling av søknader uavhengig av bosted / adresse.
- Lovverket burde vært bedre harmonisert med tanke på kommunenes anledning til å ta betalt for korttidsopphold og manglende mulighet til å ta betaling for hjemmesykepleie. Dagens lovverk støtter ikke kommunene i å satse på utbygging av korttids- og rehabiliteringsopphold, og / eller at innbyggerne skal kunne få anledning til å bo hjemme helt til livets slutt også med omfattende hjelpe behov / behandling i hjemmet. Erfaringsvis ønsker stadig flere dette, og kommunen håndterer flere dødsfall i hjemmet enn i institusjon.
- Vi er betenkt til at: "Departementet foreslår derfor en hjemmel for departementet til å kunne gi bestemmelser om kommuners medfinansieringsansvar for pasientbehandling i spesialisthelsetjenesten, herunder kriterier for hvilke pasientgrupper eller behandlingsformer som skal være omfattet av det kommunale medfinansieringsansvaret. Denne hjemmelen vil etter departementets oppfatning dekke de ulike modellene som nå utredes." Dette betyr at departementet vil kunne

Høringsuttalelse fra follokommunene Forslag til ny Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester

bestemme modell over et område som vil berøre en stor del av den totale kommunale virksomheten, med begrenset politisk forankring og uttalelsesrett.

- Vi er betenkt til helheten i de tre modellene som utredes. De tre modeller som utredes er:
 - ❖ Full medfinansiering (Kirurgi, medisin, psykiatri, rus og rehabilitering, alle aldre)
 - ❖ Aldersbestemt medfinansiering (all med og kirurgiske innleggelser over 80 år)
 - ❖ Diagnosebestemt medfinansiering (all medisinske innleggelser, alle aldre)

Med unntak av overføring av midler ift utskrivningsklare pasienter, vil valg av modell og finansiering av den være de økonomiske insitamentene for hele "Samhandlingsreformen", inkludert ny Folkehelselov, hvor det er gjennomgående at alle endringer har ingen administrative – eller økonomiske konsekvenser.

Følgende momenter er uklare:

- Kostnadsberegning av kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenestene.
- Videre utredning av forhold som fastsettelse av et maksimalt beløp kommunene skal betale pr. innleggelse og hvordan kommunene skal kompenseres for det økte finansieringsansvaret.
- Utfordrende økonomisk fremtidsbilde i forslaget til medfinansieringsordning ved at kommunene eksempelvis vil få ekstra utgifter til medisiner, utstyr og hjelpemidler i takt med at beboere på sykehjem vil ha større og mer avansert behov for pleie.
- I dag dekker helseforetakene utgiftene hvis pasientene skal tilbake til eget hjem, mens sykehjemmene må dekke disse kostnadene hvis pasienten skal dit. Dette er ikke kostnader som er tatt med i de økonomiske beregningene rundt medfinansieringsordningen.
- På en rekke områder legges det opp til endringer som skal gi brukerne et bedre tilbud, men som samtidig er forutsatt ikke skal medføre økonomiske virkninger av betydning for kommunene. Dette gjelder blant annet:
 - ❖ Krav til at koordinerende enheter i kommunene får et systemansvar for arbeidet med individuell plan.
 - ❖ Rett til et verdig tjenestetilbud (verdighetsgarantien)
 - ❖ Krav til lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak

Samhandlingsreformen møtes med forventninger om innsats på mange plan som det er vanskelig å overskue økonomiske og administrative konsekvenser til da flere endringsforslag henvises til mer utredning. Høringsdokumentene viser til flere kostnadsdrivende elementer, herunder:

- Etablering av funksjons- og kvalitetskrav,
- mer kommunal styring av fastlegene,
- nye ressurser innenfor fastlegeordningen,
- overføring av aktivitet fra spesialisthelsetjenesten,
- etablering av tilbud i kommunene,
- styrking av legevakt,

- satsing på rehabilitering
- OSV.

Kapittel 12. Forskjellige bestemmelser

Lovforslagets innhold:

- Taushetsplikt etter forvaltningslovens § 13
- Departementets fastsettelse av antall nye legestillinger og avtalehjemler for privat allmennlegevirksomhet
- Pasienter og brukeres medvirkning gjennom sine representanter.
- Statelig plikt til å drive tilsyn gjennom Fylkesmann/Helsetilsynet

Høringsuttalelse:

Follokommunene slutter seg til at:

- Kommunene skal få plikt til å sørge for at representanter for pasienter og brukere blir hørt i forbindelse med utvikling av kommunenes helse og omsorgstjenester. Alle virksomheter som loven omfatter, får en plikt til å sørge for å etablere systemer for innhenting av pasienter og brukeres erfaringer og synspunkter.
- Follo kommunene slutter seg til at Fylkesmannen er tilsynsinstans og klageorgan for det nye lovforslaget.

Betenkninger:

- Presiseringen i lovforslaget omhandlende brukermedvirkningen innebærer en utvidet oppgave for kommunen. Dette vil medføre økonomiske og administrative konsekvenser for kommunene.
- Utvidet arbeidsfelt i forbindelse med den nye fastlegeforskriften (ref nye oppgaver i dette lovforslag) innebærer et økt behov for nye fastlegehjemler. Det forutsettes i den forbindelse at departementet i samråd med kommunene (KS) oppretter et tilstrekkelig antall nye hjemler pr år slik at nye oppgaver og funksjoner kan ivaretas på en kvalitativ god måte.
- Follo kommunene vil påpeke at i samarbeidet mellom foretak og kommuner hvor det forutsettes legeidenter, må det finnes gode løsninger og incitament som fremmer dette samarbeidet.

Kapittel 13. Ikrafttredelse, endringer i andre lover, overgangsbestemmelser

Kapitlet beskriver forslag til endringer og opphevelser av andre lover som en konsekvens av denne loven.