

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 OSLO

Deres ref.:
Saksbehandler: JHI
Vår ref.: 11/33
Dato: 18.01.2011

Innhold og retning på Samhandlingsreformen - Helsedirektoratets høringsuttalelser til Nasjonal helse- og omsorgsplan, forslag til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og forslag til ny folkehelselov - Hovedsynspunkter

Innledning

Dette brevet presenterer hovedpunktene som Helsedirektoratet vektlegger for å gi Samhandlingsreformen det innholdet og den retning som er nødvendig for å oppnå målene i reformen, beskrevet i St.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen. Disse punktene er:

1. Forholdet mellom kommunal selvstendighet, statens styring og ønsket om likeverdige helsetjenester uavhengig av bosted
2. Hvordan sikre at sentrale elementer i samhandlingsreformen faktisk blir tilgjengelige for hele befolkningen?
3. Finansiering av reformen
4. Rullering av Nasjonal helse- og omsorgsplan (NHOP)
5. Satsning på folkehelseiltak
6. Personell og kompetanse
7. eHelse og IKT
8. Kommunikasjon

Som vedlegg finnes Helsedirektoratets hørings svar på forslaget til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og hørings svar på forslaget til ny folkehelselov. Direktoratets høringsuttalelser vedrørende Nasjonal helse- og omsorgsplan finnes på <https://fremtidenshelsetjeneste.regjeringen.no>.

Nasjonal helse og omsorgsplan, utkast til ny folkehelselov og utkast til ny lov om helse- og omsorgstjenester i kommunene, er alle elementer i oppfølgingen av samhandlingsreformen. Som det fremgår av andre deler av våre hørings svar på disse tre dokumentene, finner Helsedirektoratet at forslagene inneholder mange gode elementer selv om vi har forslag til endringer på en rekke punkter. Når man ser de tre

Helsedirektoratet • Divisjon primærhelsetjenester
Divisjonsdirektør primærhelsetjenester
Toril Lahnstein, tlf.: 22 16 39 85

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

dokumentene overordnet og samlet er det imidlertid noen forhold som vi særlig ønsker å kommentere.

1. Forholdet mellom kommunal selvstendighet, statens styring og ønsket om likeverdige helsetjenester uavhengig av bosted.

Norske kommuner er svært forskjellige når det gjelder antall innbyggere, nærhet til større sentre, størrelsen og kompetansen i kommunal administrasjon og fagmiljøets størrelse. Dette kan medføre at statens styring av hvilken kompetanse kommunenes helsetjeneste skal ha, hvilke tjenester befolkning kan forvente å få i primærhelsetjenesten, og hvordan disse skal organiseres, må være relativt presis og tydelig.

Helsedirektoratet registrerer at forslaget til lov om kommunale helse- og omsorgstjenester er mindre presis enn nåværende lov. Vi ser at dette kan være naturlig gitt at staten normalt ønsker å overlate til kommunene å styre oppgaver de er delegert, herunder å fastsette hvordan de ønsker å løse ulike oppgaver.

Mot dette taler hensynet til likeverdige helsetjenester. Fra nasjonalt nivå ønsker vi å tenke på norsk helsetjeneste som en sømløs helsetjeneste, hvor den enkelte innbygger skal håndteres på en god måte. Det skal ikke kreves at pasientene selv skal ha innsikt i tjenestens organisering og ansvarsfordelingen mellom stat og kommune. Videre vektlegger vi at innbyggerne skal få tilbud om likeverdige tjenester enten det dreier seg om forebygging, diagnose, behandling, rehabilitering eller omsorg.

Stortingsmeldingen om samhandlingsreformen la vekt på at mange av de nye oppgavene som skal løses i primærhelsetjenesten forutsetter enheter som blir store nok for å få tilstrekkelig kompetanse og effektivitet. Dette poenget om stort nok befolkningsgrunnlag ligger ikke inne i dagens forslag. Når forslaget til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester i tillegg legger til rette for mindre presis statlig styring av hvilke helsepersonell grupper som skal inngå i en kommunes helsetjeneste, hvilke tjenester som skal leveres og hvordan disse skal organiseres, kan dette også oppfattes å svekke tryggheten for likeverdighet i tjenesten.

Helsedirektoratet mener at kommunalt ansvar for primærhelsetjenesten, ikke kan skje på bekostning av likeverdighet i helsetilbudet til befolkningen. Helsedirektoratet er på dette grunnlag usikker på om den samlede statlige virkemiddelbruken er tilstrekkelig for å sikre dette.

2. Hvordan sikrer vi at sentrale elementer i samhandlingsreformen faktisk blir tilgjengelige for hele befolkningen?

Gjennom samhandlingsreformen har man både ønsket å styrke samhandling mellom de ulike deltjenestene i helsetjenesten og man har også ønsket å gjøre helsetjenesten mer bærekraftig overfor de fremtidige utfordringene som det norske samfunnet og helsetjenesten står overfor. Mange av utfordringene følger av økningen i antall eldre som vil trenge omsorg og helsetjenester. I tillegg gjør fremveksten av nye risikofaktorer som inaktivitet og overvekt at vi kan forvente sterk vekst i antallet med diabetes, men også vekst i antallet med muskel- og skjelettlidelser, hjerte- og karsykdommer og andre sykdommer.

Samhandlingreformen legger opp til å møte dette med styrket fokus på folkehelsearbeid, sterkere vekst i primærhelsetjenesten enn i spesialisthelsetjenesten og å konsentrere spesialisthelsetjenesten om stadig mer spesialiserte oppgaver. Reformen innebærer at mindre av den fremtidige veksten i hele helse- og omsorgstjenestens økonomi skal komme i spesialisthelsetjenesten.

Sentrale reformelementer i dette bildet er: Styrke det tverrsektorielle folkehelsearbeidet ved økt lokal mobilisering og bruk av strukturelle virkemidler. Etablere frisklivssentraler som helsefremmende og forebyggende tilbud for risikogrupper. Etablere lokalmedisinske sentre i kommunene som kan ta imot pasienter før, i stedet for, eller etter sykehusopphold. Inngå avtaler mellom kommuner og helseforetak. Endre finansieringsmodellen for primærhelsetjenesten for å stimulere til vekst i forebyggende arbeid, god primærhelsetjeneste og god samhandling mellom kommuner og helseforetak.

Dersom man skal sikre etablering av disse elementene slik at hele befolkningen har tilgang til de nye tjenestene, særlig frisklivssentraler og lokalmedisinske sentre, må dette gjøres i form av tydelig styring fra staten. I praksis har staten to mekanismer å spille på. Det ene er å lovfeste at disse tjenestene skal inngå i kommunenes tilbud, det andre er sterke økonomiske incitamenter som øremerking av midler.

Helsedirektoratet støtter at det er en riktig og viktig utvikling at kommunene fremover etablerer frisklivssentraler og lokalmedisinske sentre for diagnostikk, observasjon, behandling, rehabilitering og oppfølging før, i stedet for og etter sykehusopphold. Vi tror den mest hensiktsmessige måten å oppnå dette på er gjennom lovfesting og at tilhørende finansiering gjøres tilgjengelig for kommunene. Vi anbefaler derfor bestemmelser i lov om kommunale helse og omsorgstjenester som tar høyde for dette.

3. Finansiering av reformen

Staten og kommunal styring og finansieringsordninger hører nøye sammen. Helsedirektoratet viser til veilederen fra Kommunal- og regionaldepartementet om "Statlig styring av kommunesektoren – veileder for arbeidet med tiltak og reformer som berører kommuner og fylkeskommuner" (H-2186). Den sier noe om at når staten finner grunner for å pålegge kommunesektoren nye oppgaver, her samhandlingsreformen, som medfører økte kostnader for kommunene, må staten sørge for økonomisk kompensasjon til kommunesektoren. Dette kan gjøres gjennom tre alternativer, en økning av frie inntekter, etablering av et øremerket tilskudd, eller at kommunen gis anledning til å innkreve brukerbetaling.

For å lykkes med omlegging av aktivitet og arbeidsprosesser er det nødvendig at finansieringsordningene støtter opp om de ønskede endringene. Helsedirektoratet mener forsiktige økonomiske insentiver vil trekke i riktig retning. Helsedirektoratet vil spesielt gjøre oppmerksom på behovet for å ta høyde for selve reformkostnadene (pukkelkostnadene) ved gjennomføringen.

Helsedirektoratets vurdering er at kommunenes plikter til å opprette tilbud og tjenester må tydeligere hjemles i lov og forskrift. I så fall vil også de økonomiske og administrative konsekvenser av reformen kunne bli større. Det vil derfor være behov for videre utredning av dette. Eksempelvis vil det ha stor betydning hva som inngår i og

hvordan kommunene forpliktet til å etablere døgnopphold for øyeblikkelig hjelp-pasienter.

Helsedirektoratet anbefaler videre at det lages en langsiktig finansieringsplan for gjennomføring av samhandlingsreformen.

4. Rullering av Nasjonal helse- og omsorgsplan (NHOP)

Et tiltak som kan medvirke til god balanse mellom statlig styring og kommunalt selvstyre er en årlig rullering av Nasjonal helse- og omsorgsplan.

I samhandlingsmeldingens kap. 3.3.6 Tilrettelegge for tydeligere prioriteringer heter det at: *"Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering representerer en viktig utvikling av mer helhetlige prioriteringer. Som en videreutvikling av dette vil Regjeringen utvikle Nasjonal helseplan til et mer operativt redskap for prioriteringer innenfor den samlede helse- og omsorgstjenesten."*

Med rullering i denne sammenheng mener Helsedirektoratet at regjeringen i Prop. 1 S hvert år må ta opp punkter i planen som bør vurderes på nytt ut fra utviklingstendenser som går fram av budsjettproposisjonen for øvrig, og innspill blant annet fra Nasjonalt råd for kvalitet og prioriteringer og andre fora der prioritering drøftes, for eksempel i RHF-ene og kommunene (KS og Oslo kommune).

Direktoratet understreker derfor at den nasjonal helse- og omsorgsplanen må rulleres årlig dersom den skal bli et virkemiddel i prioriteringssammenheng og medvirke til god balanse mellom statlig styring og kommunalt selvstyre.

For å sikre en forutsigbar utvikling av spesialisthelsetjenesten, samt synkronisering med etableringen og driftingen av lokalmedisinske sentre, bør den nasjonal helse- og omsorgsplanen også inneholde en nasjonal sykehusplan som bør rulleres regelmessig.

En rullerende nasjonal helse- og omsorgsplanen vil utgjøre det overordnede førende elementet i et nasjonalt kvalitetssystem for hele helse- og omsorgstjeneste.

5. Satsning på folkehelseiltak

Viktige resultater i folkehelsearbeidet fordrer innsats der folk lever og bor. Folkehelselovforslaget er en påpekning av kommunene som hovedaktøren og de øvrige som understøttende til dette. Det understrekes at folkehelsearbeid er en oppgave for kommunen som sådan, dvs. i siste instans rådmannen og de folkevalgte. Økt kapasitet for lokalt folkehelsearbeid og bruk av strukturelle virkemidler er viktige tiltak for å fremme folkehelsen. Det er behov for en opptrappingsplan for folkehelsearbeid.

6. Personell og kompetanse

Kompetent og tilstrekkelig helsepersonell er en kritisk faktor for å iverksette Samhandlingsreformen. Norge skal være selvforsynt med helsepersonell og fra Statistisk sentralbyrås rapport 2009/9 *Arbeidsmarkedet for helse- og sosialpersonell fram mot år 2030*. Dokumentasjon av beregninger med HELSEMODO 2008 vises det et underskudd på 38 000 årsverk av helse- og sosialpersonell i år 2030. Fra

Helsedirektoratets rapport *Utdanne nok og utnytte godt* har vi strategier for hvordan vi kan møte nasjonale og internasjonale helsepersonellutfordringer. Med denne kunnskapen i kombinasjon med et personellregnskap og langsiktig finansieringsplan kan vi utvikle langsiktige planleggingshorisonter for å sikre et tilstrekkelig helsepersonell også i fremtiden.

For å sikre kompetente helsepersoner trenger vi i tillegg utdanninger som er mer elastiske og fremtidsrettede med hensyn til omskifting av arbeidsoppgaver. Arbeidsoppgaver som tidligere var forbeholdt enkelte helsepersonellgrupper overføres til andre grupper, ofte med lavere formell utdanning. Utdanningssystemene må sikre endringsorienterte utdanningsløp slik at helsepersonellet kan møte en befolkning med økende kunnskap om egen helse og egenomsorg. Helsepersonell må også være forberedt på å møte det voksende markedet av alternative behandlingsløp som for mange kommer i tillegg til den tradisjonelle behandlingen. For å være forberedt på dette fremtidsperspektivet er det et behov for tettere dialog mellom helsemyndigheter og utdanningsmyndigheter slik at utdanningssystemet dimensjoneres i tråd med fremtidige behov.

7. eHelse og IKT

Uten gode IKT løsninger til å støtte nødvendige endringer i arbeidsprosessene, blir det ikke mulig å nå målene i samhandlingsreformen. Selv om mye er gjort og gjøres på IKT-siden, er det fortsatt mange aktører i kommunene som ikke har tatt i bruk IKT på en tilfredsstillende måte. Det vil også komme nye driftsenheter på banen, som for eksempel lokalmedisinske sentere, som må få på plass gode IKT løsninger. For å sikre en god nasjonal reform, må IKT koordineres og styres på myndighetsnivå slik at helsetjenesten samlet kan understøttes av felles løsninger i en helhetlig infrastruktur.

8. Kommunikasjon

Befolkningen må få informasjon om hvilke helse- og omsorgstjenester de kan forvente og hvor de skal henvende seg for å få hjelp. For å sikre en god gjennomføring av reformen er det nødvendig at befolkningen har tillit til tjenestene og til de endringene som reformen innebærer. Kommunikasjonen om de nye tjenestene må være tydelig, helhetlig og koordinert. Helsepersonell er en viktig ressurs i gjennomføringen av reformen. Målrettet kommunikasjon med både befolkningen og tjenesten, og mellom de forskjellige aktørene i reformarbeidet, vil bidra til motivasjon og tillit, noe som igjen vil understøtte intensjonene i reformarbeidet.

Vennlig hilsen

Bjørn Guldvog e.f.
assisterende helsedirektør


Toril Lahnstein
divisjonsdirektør

Dokumentet er godkjent elektronisk

Vedlegg:

Høringssvar ny lov folkehelse.doc
Høringssvar ny lov helse- og omsorgstjenester.doc

Høringssvar fra Helsedirektoratet til Helse- og omsorgsdepartementet på forslag til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester

I	Helsedirektoratets hovedsynspunkter	1
II	Merknader til de enkelte kapitler	3
	Til kapittel 1. Formål, virkeområde og definisjoner	3
	Til kapittel 2. Forholdet til andre lover	3
	Til kapittel 3. Kommunenes ansvar for helse- og omsorgstjenester	4
	Til kapittel 4. Krav til forsvarlighet, pasientsikkerhet og kvalitet	18
	Til kapittel 5. Særlige plikter og oppgaver	22
	Til kapittel 6. Samarbeid mellom kommuner og regionale helseforetak	23
	Til kapittel 7. Individuell plan, koordinator og koordinerende enhet	26
	Til kapittel 8. Undervisning, praktisk opplæring og utdanning	27
	Til kapittel 9. Rettssikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemning	28
	Til kapittel 10. Tvangstiltak overfor rusmiddelmisbrukere	28
	Til kapittel 11. Finansiering og egenbetaling	28
	Til kapittel 12. Forskjellige bestemmelser	30
III	Merknader til særskilte lover og annet	30
	Innspill på forslag til endringer i helsepersonelloven	30
	Innspill på forslag til endringer i pasientrettighetsloven	33
	Innspill på forslag til endringer i spesialisthelsetjenesteloven	36
	Innspill på forslag til endringer i helseregisterloven	39
	Annet	44

I Helsedirektoratets hovedsynspunkter

Helsedirektoratet støtter i hovedsak den bakenforliggende analysen som høringsnotatet gir uttrykk for, og mener at strukturendring og reform er riktig utvikling. Helsedirektoratet kan likevel ikke se at alle nødvendige virkemidler for å gjennomføre reformen ligger inne i lovforslaget slik det nå er sendt på høring.

Det å legge opp til at mange av kommunenes plikter skal reguleres i forskrift, gjør at mange av de avgjørende og vesentlige beslutningene blir skjøvet frem i tid. Dette gjør det vanskelig å forutse konsekvensene av forslaget, ikke minst når det gjelder økonomi.

Lovforslaget legger opp til bruk av avtaler for å presisere ansvarsforhold mellom kommunene og foretakene. Bruk av avtaler kan skape et komplisert rettsbilde. Det er også vanskelig å sikre tilstrekkelig likeverdighet mellom avtalepartene som henholdsvis kommunene og foretakene vil utgjøre. Det bør sikres at avtaler ikke kommer til fortregning for lovregulering.

Helsedirektoratet vurderer at de økonomiske og administrative konsekvenser ikke er tilstrekkelig utredet. Dette gjelder særlig hva angår flere av de nye oppgavene som

kommunene eventuelt kan komme til å bli pålagt, eksempelvis hva angår kostnadsberegning av plikten til å etablere døgnopphold for øyeblikkelig-hjelp pasienter dersom dette blir vedtatt.

Loverket er angitt som et viktig virkemiddel for å kunne gjennomføre samhandlingsreformen, og for å sikre samhandlingsreformens målsetninger. Det er således viktig at departementet bruker de styringsmulighetene som ligger i dette verktøyet, og at de samlede styringssignalene peker i samme retning. Med mange nye oppgaver for kommunene blir det særlig viktig at loven innebærer en reell garanti for at alle landets borgere får tilgang til et godt tjenestetilbud.

Helsedirektoratet mener lovforslaget gir flere positive nyvinninger, særlig med hensyn til felles regulering av helse- og omsorgstjenestene. Direktoratet mener også at det i utgangspunktet er positivt at rettighetene samles i lov om pasientrettigheter.

En ulempe vil imidlertid være at man må lese flere lover for å få en samlet oversikt over tjenestens ansvar og oppgaver, helsepersonellens plikter, og pasient- og brukerrettigheter. Det er særskilt grunn til å stille spørsmål ved om de individuelle rettighetene samlet kommer tydelig nok frem.

Lovforslaget skal, i følge høringsnotatet, ikke innebære noen endring i kommunenes ansvar for helse- og omsorgstjenester, eller for pasient- og brukerrettighetene. Ansvar for foreslås imidlertid regulert mer generelt og overordnet ved at det i liten grad stilles krav til kommunene om å tilby konkrete tjenester. Den nedre grensen for ansvaret blir dermed i hovedsak regulert ved forsvarlighetskravet. Helsedirektoratet er bekymret for om dette vil sikre ønsket kvalitet på tjenestetilbudet; særlig hva angår de forebyggende helsetjenestene.

Det foreslåtte sørge-for-ansvaret er ment å skulle tilsvare reguleringsformen som i dag gjelder for spesialisthelsetjenesten. En vesentlig forskjell mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten er imidlertid at mens staten har gode styringsverktøy overfor spesialisthelsetjenesten (eierstyring), styres kommunehelsetjenesten i hovedsak ved lov og forskrift. Denne forskjellen er det ikke i tilstrekkelig grad tatt høyde for i lovforslaget, og direktoratet er usikre på om loven vil gi gode nok styringsmuligheter overfor kommunene.

På denne bakgrunn ber Helsedirektoratet departementet vurdere hvorvidt loven bør inneholde mer konkrete krav til kommunen. Alternativt må forskriftshjemlene gi nødvendige styringsmuligheter, herunder må det kunne foretas spesifisering av innhold, kvalitet og kompetanse.

Ad organisasjonsnøytral, profesjonsnøytral og diagnosenøytral lov

Helsedirektoratet har tro på at kommunene i stor grad vil finne gode lokale løsninger ved ivaretagelse av sine plikter både med hensyn til tjenesteutforming og ved større variasjon i kompetansen som trekkes inn.

Imidlertid mener Helsedirektoratet at helse- og sosialfaglig kompetanse står i en særstilling i helse- og omsorgstjenestene. Det må derfor fremheves som særlig viktig at rammebetingelsene for å etablere et forsvarlig tjenestetilbud er til stede. Særlig etablering av lokalmedisinske sentre vil stille store krav til personell og kompetanse.

Det er derfor etter vårt syn behov for forskriftshjemler for å kunne stille konkrete krav til både innhold, kvalitet, kapasitet og kompetanse. At det stilles nasjonale krav vil også bidra til at kvaliteten på de nye tilbudene blir gode og likeartede.

II Merknader til de enkelte kapitler

Til kapittel 1. Formål, virkeområde og definisjoner

Ad § 1-1. Lovens formål

Helsedirektoratet mener at psykisk helse og rus lett vil bli nedprioritert av kommunen dersom det ikke nevnes særskilt i loven. Det bør derfor etter vår vurdering gå klart frem i lovens formålsbestemmelse at psykisk helse og rus omfattes.

Innholdet i begrepet nedsatt funksjonsevne i nr. 1 bør også klargjøres i forarbeidene til å omfatte nedsatt funksjonsevne som følge av rus og psykiske lidelser.

Ad § 1-3. Definisjoner

I § 1-3 bokstav a) og c) er det i definisjonene av begrepene "pasient" og "helsehjelp" kun henvist til tilsvarende definisjoner i pasientrettighetsloven. Dette er sentrale begreper som bør defineres uttrykkelig i helse- og omsorgsloven av pedagogiske hensyn og for oversiktens skyld. Det bør ikke være nødvendig å ha tilgang til annet regelverk for å finne innholdet i begrepene.

Til kapittel 2. Forholdet til andre lover

Ad § 2-1. Forholdet til helsepersonelloven

Helsedirektoratet viser til nærmere omtale av forholdet til helsepersonelloven under pkt. III Merknader til særskilte lover og annet.

Ad § 2-3. Forvaltningslovens anvendelse

Etter lovforslagets § 2-3 skal forvaltningsloven som hovedregel gjelde for kommunens virksomhet. For vedtak om hjelp etter § 3-2 gjelder imidlertid reglene i pasientrettighetsloven § 2-7. Etter denne bestemmelsen gjelder forvaltningsloven kapittel IV og V *ikke* for vedtak om rett til helse- og omsorgstjenester. I andre ledd gjøres det imidlertid *unntak* for vedtak om hjelp etter lovforslagets § 3-2 som gjelder tjenester i hjemmet og plass i institusjon for et tidsrom på over to uker. I disse sakene skal altså forvaltningslovens saksbehandlingsregler i kapittel IV og V likevel følges.

Helsedirektoratet ser behovet for å gjøre kommunene rustet til de endringene som skal komme med samhandlingsreformen. Direktoratet vurderer imidlertid at forslaget samlet sett innebærer en rettssikkerhetsmessig svekkelse, bl.a. i forhold til klagemulighet.

Dagens regelverk vil ikke være til hinder for en akuttinnleggelse i kommunal institusjon, for eksempel fra legevakt, og at vedtak eventuelt fattes i ettertid. Det er opp til kommunene å bestemme myndighet og prosedyrer for inntak og utskrivning av kommunale institusjoner. Helsedirektoratet er derfor usikre på om de foreslåtte endringene er nødvendige og hensiktsmessige.

Direktoratet mener det er nødvendig at forholdet til forvaltningsloven klargjøres nærmere i lovproposisjonen. Særlig bør det gå frem av lov eller forarbeider at det ikke skal være mulig å omgå to-ukersgrensen ved at det gjøres flere korttidsvedtak etter hverandre.

For øvrig vises det til ytterligere omtale av klageinstansens kompetanse nedenfor under pkt. III Merknader til særskilte lover og annet.

Til kapittel 3. Kommunenes ansvar for helse- og omsorgstjenester

Ad § 3-1. Kommunens overordnede ansvar for helse- og omsorgstjenester

Helsedirektoratet støtter departementets forslag om å tydeliggjøre kommunens overordnede sørge-for ansvar for helse- og omsorgstjenester.

Ad tredje ledd

Kommunen gis i bestemmelsen en aktiv plikt til å samhandle. Dette skal gjelde generelt, men det er ikke presisert i bestemmelsen at dette også skal omfatte en plikt til aktivt å samhandle også elektronisk. En slik aktiv plikt til elektronisk samhandling vil kunne bidra i arbeidet med å fremme elektronisk samhandling internt i en kommune så vel som mellom kommune og spesialisthelsetjenesten. Vi foreslår derfor at det tas inn i bestemmelsen en formulering om at kommunen skal legge til rette for elektronisk samhandling. I den sammenheng er det viktig at kommunen på sin side inkluderer kravet til elektronisk samhandling i sine fastlegeavtaler, slik at dette igjen blir et krav til fastlegene om å samhandle elektronisk med kommunen.

Ad femte ledd

Det fremgår her at kommunen skal samarbeide med fylkeskommune, regionalt helseforetak og stat, slik at helse- og omsorgstjenesten i landet best mulig kan virke som en enhet. Helsedirektoratet vil i den forbindelse særlig understreke behovet for et godt og forpliktende samarbeid mellom den offentlige tannhelsetjenesten og kommunen, slik at rettighetene og behovene til de prioriterte gruppene i tannhelsetjenesteloven blir ivaretatt.

Taushetsplikten kan vanskeliggjøre samarbeid mellom kommunal helse- og omsorgstjeneste og tannhelsetjenesten. Den offentlige tannhelsetjenesten har behov for oversikt over hvem som mottar de kommunale tjenestetilbudene som knyttes til rettigheter i tannhelsetjenesteloven. Kommunen gir ikke slike oversikter uten pasientens samtykke, derfor er tannhelsetjenesten avhengig av at kommunen informerer pasientene om deres rettigheter til tannhelsetjenester. Helsedirektoratet anbefaler at dette omtales i lovens forarbeider slik at ovenfor nevnte problemstillinger synliggjøres.

Ad § 3-2. Kommunens ansvar for individ- og grupperettede helse- og omsorgstjenester

Generelle betraktninger

En mer generell og overordnet lov vil være fleksibel og gi rom for utvikling av tjenestetilbudet og bruk av ulike fagkompetanser. Dette vil også understøtte ett av formålene med samhandlingsreformen.

En mer overordnet og generell lov vil ikke så lett bli tolket uttømmende.

Imidlertid mener Helsedirektoratet at det er momenter som taler for at kommunens plikter/ansvar gis en noe tydeligere forankring i loven enn det som følger av lovforslaget:

- Helsedirektoratet stiller spørsmål ved om lovens innretning i tilstrekkelig grad sikrer brukere og pasienter lik tilgang til nødvendige helse- og omsorgstjenester og likeverdighet i innholdet i tjenestene, uavhengig av bostedskommune.
- Etter direktoratets syn bør det være et overordnet hensyn at tjenestene er forutsigbare og tydelige, og at de har en detaljert funksjons-, kvalitets- og kompetansebeskrivelse knyttet til seg.
- Lovforslaget åpner for ulike tolkninger av hvilke tjenester kommunen plikter å tilby og hvilke tjenester pasienter og brukere kan etterspørre.
- Vi er usikre på om forsvarlighetskravet alene er egnet til å holde kommunens tjenestetilbud på et ønskelig nivå. Dette gjelder særlig for det helsefremmende og forebyggende tjenestetilbudet. Departementet omtaler forsvarlighetsstandard som en absolutt minstestandard. Etter vår vurdering må det alltid tilstrebes at kvaliteten på tjenestene holder et høyere nivå enn hva minstestandarden tilsier.
- Det er viktig at helse- og omsorgstjenesten har nødvendig faglig kompetanse ved også å tilby fysioterapitjeneste, sykepleietjeneste; herunder helsesøstertjeneste og jordmørtjeneste. På flere tjenesteområder er det viktig med tverrfaglig kompetanse, blant annet på det helsefremmende og forebyggende området og innenfor psykisk helse og rusområdet. Dette bør sikres ved en tydeligere angivelse i loven, alternativt i forskrift.
- Direktoratet er bekymret for om kommunene i en presset ressursituasjon vil nedprioritere de oppgavene som ikke tydelig er angitt i loven. For enkelte tjenester er det spesielt viktig å sikre at de blir prioritert i kommunen, også uavhengig av om de etterspørres konkret.

Ad § 3-2. Kommunens ansvar for individ- og grupperettede helse- og omsorgstjenester

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

Ad nr. 1. Helsefremmende og forebyggende arbeid, herunder:

a) opplysning, råd og veiledning

I departementets forslag er opplysning, råd og veiledning kun knyttet til det helsefremmende og forebyggende arbeidet. Det vises til dagens bestemmelse i sosialtjenesteloven § 4-1 der det står at "Sosialtjenesten skal gi opplysning, råd og veiledning som kan bidra til å løse eller forebygge sosiale problemer. Kan sosialtjenesten ikke selv gi slik hjelp, skal den så vidt mulig sørge for at andre gjør det." Det vises til at det i høringsnotatet fremgår at forslaget er ment som en videreføring av gjeldende rett. Direktoratet ber departementet vurdere dette.

Etter direktoratets syn er det viktig å presisere at helse- og sosialtjenestens veiledningsplikt har en vesentlig funksjon i tilknytning til alle helse- og omsorgstjenestene. Veiledning til pårørende bør i denne sammenheng også vurderes.

Kommunen har et ansvar for å sørge for å bruke tolk der det er nødvendig. Dette ansvaret er i dag ikke lovregulert, men følger av forvaltningens veiledningsplikt og pasientens krav på tilpasset informasjon etter pasientrettighetsloven § 3-5. Kommunen skal finansiere bruk av tolk for kommunale helsetjenester, inklusive tjenester som utføres av privatpraktiserende helsepersonell som har avtale med kommunen. Direktoratet mener det er nødvendig å bidra til en tydeligere omtale av dette ansvaret, for å bidra til å unngå at dette området nedprioriteres av kommunen.

b) helsetjeneste i skoler

Det er etter Helsedirektoratet vurdering svært viktig at helsetjeneste i skoler eksplisitt er ivaretatt i forslaget til ny lov. Direktoratet støtter departementets forslag til ordlyd "helsetjeneste i skoler".

For at skolehelsetjenesten i grunn- og videregående skole skal være et lett tilgjengelig lavterskeltilbud til barn og unge må den lokaliseres på skolene og være regelmessig tilstede. Et hovedpoeng med dette lavterskeltilbudet er nettopp at det befinner seg som en "drop-in"- tjeneste på skolen der barn og unge oppholder seg.

c) helsestasjonstjeneste

Det er etter direktoratets vurdering svært viktig at helsestasjonstjeneste eksplisitt er ivaretatt i forslaget til ny lov. Helsedirektoratet støtter departementets forslag til ordlyd "helsestasjonstjeneste".

Det er særlig viktig at helsestasjonstjeneste og helsetjeneste i skoler er tverrfaglig sammensatt. Helsesøster, fysioterapeut, jordmor og legens kompetanse må være integrert i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Dette bør sikres ved en tydeligere angivelse i loven, alternativt i forskrift.

At tjenesten innehar denne kompetansen er etter direktoratets syn en viktig årsak til at den når tilnærmet 100 prosent av befolkningen, med de positive helseeffekter

dette gir. Dersom kompetansekravene utvannes er det etter direktoratets oppfatning alvorlig for tjenestens kvalitet. Det er viktig å verne om et lavterskeltilbud som i dag har stor dekning, som benyttes uavhengig av sosioøkonomisk status og som har en fleksibilitet som gjør den til en viktig aktør med hensyn til å redusere sosiale helseforskjeller.

Departementet beskriver på side 145 at den enkelte pasient / bruker kan velge å motta tilsvarende tilbud et annet sted, som for eksempel at fastlegen tilbyr gravide svangerskapskontroll og vaksinasjon av barn. Helsedirektoratet mener at det er grunn til å advare mot en utvikling hvor en flytter deler av det befolkningsbaserte helsetjenestetilbudet fra helsestasjonen og over til fastlegene.

Kommunen kan ha insentiver til å flytte oppgaver fra helsestasjonen til fastlegene fordi kommunen finansierer helsestasjonen, mens staten i stor grad finansierer fastlegene. Fastlegenes stykkprisfinansiering kan gi insentiver til rask behandling. Derimot kan det være lite som stimulerer til tidkrevende oppsøkende virksomhet og tverrfaglig samarbeid.

De forebyggende tjenestene har ansvar for et tilbud til en populasjon i et bestemt geografisk område versus fastlegers populasjonsansvar for pasienter registrert på en bestemt liste som pasientene er allokert til ved fritt valg.

Konsekvensene av å legge oppgaver til fastlegene ville bli en omlegging av hele tjenestens karakter; fra et befolkningsrettet lavterskeltilbud til et individrettet tilbud med høyere terskel. Helsedirektoratet vil fremheve vaksinasjon som en særlig oppgave for helsestasjonen.

Direktoratet viser for øvrig til det pågående arbeidet med å utrede behovet for å utvide målgruppen for helsestasjon for ungdom til å omfatte personer opp til 25 år.

Ad nr. 2. Svangerskaps- og barselomsorgstjenester

I høringsnotatet beskrives at svangerskaps- og barselomsorgstjenester kan ytes av allmennlege / fastlege, på helsestasjon, hos jordmor ansatt hos lege eller hos privatpraktiserende jordmor.

Helsedirektoratet vil understreke viktigheten av at det tilbys gode jordmortjenester i kommunen slik at gravide og kvinner i barsel får et reelt valg mellom å bruke lege eller jordmor. Det er også vesentlig å ha personell med rett kompetanse, slik at svangerskaps- og barselomsorgstjenestene som ytes er forsvarlige. Direktoratet mener at jordmortjenesten må tydeliggjøres enten i loven, eller i forskrift.

Følgetjenesten for gravide er de regionale helseforetakenes ansvar. En velfungerende følgetjeneste forutsetter at det inngås avtaler mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten. For å tilby befolkningen trygg og kvalitetsmessig god følgetjeneste, er det nødvendig med geografisk nærhet til den som skal foreta vurdering av den gravide, og om nødvendig følge henne til fødestedet.

Følgetjenesten er således avhengig av kommunalt ansatte jordmødre med vaktordninger som de regionale helseforetakene og kommunene kan benytte.

Ad nr. 3. Hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner, herunder:

a) heldøgns medisinsk akuttberedskap

Lovforslaget skal tydeliggjøre kommunens overordnede ansvar uten nærmere å beskrive eller pålegge hvordan tjenesteutøvelsen skal organiseres. Dette gir særskilte utfordringer innenfor tjenesteområder som krever raske, forberedte og samordnede reaksjonsmønstre mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

I departementets lovforslag er ikke begrepet legevakt brukt. Direktoratet er usikre på om det er hensiktsmessig å fjerne et slikt innarbeidet begrep.

Leger i vakt har en svært viktig rolle, både i den akuttmedisinske kjede og i all annen nødvendig samhandling, for å sikre pasientforløp på beste effektive omsorgsnivå. En konsekvens av lange avstander til legevakt er at mer og mer av det akuttmedisinske tilbudet blir gitt av ambulansetjenesten alene. Helseforetakene melder at ambulansetjenesten i stadig større grad må dekke opp for manglende legevaktstilbud ute i distriktene. En må forvente at forarbeidene vil beskrive hva man kan vente seg av en legevakt. I tillegg bør det klart fremgå en forventning om at det er legevaktslegen som har ansvar og skal kunne delta i organisering og ledelse av ulykker som skjer ute i kommunen.

I tidligere innspill gitt til departementet om "Tiltak for styrking av legevaktjenesten", juni 2010, er følgende prinsipper lagt til grunn:

- At det må bli etablert robuste, faste legevaktsenheter som skal være samlokalisert med legevaktssentral
- Økt samarbeid med fastlegene
- Færre og større legevaktdistrikter - og det er antydnet 60 – 80 LV-distrikter som skal dekke fra 30 000 – 100 000 innbyggere
- Det skal være minst to leger på vakt samtidig fra kl 16:00 til kl 08:00 neste morgen, i to vaktskift hver på 8 timer og det bør etableres bakvaktjeneste ved behov, slik at det totalt blir en mindre vaktbelastning på hver enkelt lege enn det som er tilfellet i dag
- Felles nasjonalt legevaktsnummer skal etableres som en åpen kanal, og en ønsker at de fleste henvendelser til legevakt skal skje via telefon

De ønskede effekter vil da være:

- Dreining i retning av mer rådgivning både fra sykepleiere og leger via telefon
- Færre legevaktskonsultasjoner, men flere sykebesøk utført av både fastleger og legevaktsleger
- Færre sykehusinnleggelser fordi portnerfunksjonen som er en så viktig del av både fastlegers og legevaktleger arbeid, blir styrket
- Legevaktsleger kan også være en ressurs og bidragsyter til lokalmedisinske sentre dersom et slikt tilbud etableres.

Overgrepsmottak

Det legges til grunn at kommunen har ansvar for å gi et tilbud i form av overgrepsmottak, og dette bør organiseres slik at kommunen får en plikt til å inngå avtale med et mottak som skal gi et døgnkontinuerlig tilbud. Avhengig av kommunens størrelse og forutsetninger kan eksempelvis et slikt mottak være drevet av kommunen alene, flere kommuner i samarbeid eller gjennom en avtale med spesialisthelsetjenesten. Mottaket skal ha særskilt kompetanse på medisinsk og rettsmedisinsk håndtering av personer som har vært utsatt for seksuelle overgrep og vold.

Det finnes imidlertid ikke et eksplisitt lov- eller forskriftsgrunnlag for denne plikten. Et spesifikt lovgrunnlag bør derfor etableres på dette området, som er en svært spesialisert del av primærhelsetjenesten. Alternativet til anvendelse av begrepet overgrepsmottak er å spesifisere at kommunen skal sørge for "nødvendig rettsmedisinsk undersøkelse og veiledning, i tillegg til nødvendig medisinsk behandling og oppfølging i forbindelse med overgrep, vold i nære relasjoner eller andre tilsvarende handlinger som innebærer fare for fysisk eller psykisk helseskade".

Overgrepsmottak fikk ved etablering statlig øremerket finansiering. Det har i ettertid vist seg å være en spesiell utfordring når flere kommuner må være med på å finansiere ett mottak. Resultatet kan bli både ulikhet, uklarhet og delvis også redusert innsats på feltet.

b) medisinsk nødmeldetjeneste

Direktoratet erfarer at mange legevaktdistrikter har en praksis som er i strid med gjeldende forskrift. Denne innebærer at legen skal være tilgjengelig i helseradionettet. For å kunne dra nytte av implementeringen av nytt nødnett i helsetjenesten, sikre velfungerende behandlingsskjeder for pasienter med akutt alvorlig / livstruende tilstander og kunne nå målsetningen med samhandlingsreformen, bør det stilles tydeligere krav til at de kommunale helseressursene skal være tilgjengelig i nødnettet, samt ha nødvendig kompetanse.

Et nytt nødnett vil utgjøre den viktigste talekommunikasjonsplattformen mellom de ulike aktørene som har eller vil få en rolle innenfor den akuttmedisinske tjenesten. Gevinsten ved et nytt nødnett er derfor sterkt knyttet til at de ulike aktørene i kommunehelsetjenesten er tilgjengelige i nødnettet. Dette bør komme tydelig frem i forskrift.

Ad nr. 4. Utredning, diagnostisering og behandling, herunder fastlegeordning

Helsedirektoratet imøteser departementets videreføring av fastlegeordningen, og mener det er hensiktsmessig at pasientrettighetene i fastlegeordningen videreføres til pasientrettighetsloven. Direktoratet mener også at opprettholdelsen av departementets hjemmel til å gi nærmere regler om fastlegeordningen er svært viktig.

Helsedirektoratet mener det vil bli mer presist om kommunens ansvar for å tilby utredning, diagnostikk og behandling blir presisert i et eget punkt og ikke sammenstilles med et organisatorisk krav som fastlegeordningen jo er. Direktoratet vil også påpeke at det er flere yrkesgrupper enn leger som står for utredning, diagnostikk og behandling – herunder fysioterapeuter, sykepleiere, psykologer og jordmødre.

Helsedirektoratet mener at kommunens plikt til å ha en allmennlegetjeneste bør stå klart i loven slik som i dag.

Helsedirektoratet ønsker videre å kommentere på de forslagene som departementet fremsetter i forhold til en kommende revisjon av fastlegeforskriften:

Helsedirektoratet støtter at det er nødvendig å tydeliggjøre fastlegens rolle som en integrert del av den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Kommunen må for å kunne oppfylle sitt sørge-for ansvar kunne styre fastlegene, og dette må reguleres ved endringer i fastlegeforskriften. Fastlegens deltagelse er vesentlig for gjennomføringen av samhandlingsreformen.

Om fastlegens listeansvar

Helsedirektoratet er enig med departementet i at listeansvaret må utvides og presiseres konkret i selve forskriftsteksten. En link mellom listeansvaret, kvalitets- og funksjonskravene og en rapporteringsplikt, vil fra kommunens side muliggjøre en eventuell nødvendig korrigerende av fastlegens virksomhet. I tillegg vil den skaffe kommunen nødvendig oversikt til å kunne ivareta egne plikter, og etablere parametre for måloppnåelse.

Avtaleverket

Et stort antall avtaler knyttet til fastlegeordningen gjør det vanskelig å ha en samlet oversikt over ordningen. Det er viktig å begrense omfanget av avtaler som skal sikre andre hensyn enn nasjonale helsepolitiske prioriteringer. Helsedirektoratet støtter departementets ønske om å samle større deler av reguleringen i forskrift.

Allmennmedisinske offentlige legeoppgaver, herunder om beredskap, og om behovet for forutberegnelighet for kommunale og statlige helsemyndigheter

Helsedirektoratet støtter forslaget om at timeantall som fastlegen kan pålegges å delta i, jf "andre allmennlegeoppgaver i kommunen" inntas i forskriftsteksten. Helsedirektoratet ser det blant annet som vesentlig at fastlegens ansvar for allmennlegeoppgaver eksempelvis også omfatter beredskapsarbeid i krisesituasjoner. Sentrale helsemyndigheter så vel som kommunen, har behov for forutberegnelighet når det gjelder styring og bruk av helsetjenesten i krisesituasjoner, og det er behov for en oversikt over de samlede ressursene som kan benyttes i beredskapssammenheng. Den særlige beredskapslovgivningen, som eksempelvis smittevernloven eller helse- og sosialberedskapsloven, vil ikke alltid gi mulighet til å styre personellressursene på den måten som er nødvendig dersom fullmaktsbestemmelsene ikke kan brukes i gjeldende situasjon.

Helsedirektoratet mener for øvrig at det kan stilles spørsmålsteget ved om det er hensiktsmessig at fastlegen skal utføre alle allmennmedisinske offentlige legeoppgaver for egne listepasienter. De allmennmedisinske tjenestene er i dag ikke organisert rundt fastlegekontorene. Fastleger er ulike, og har ofte ulike interesse- og kompetanseområder de er sterke på.

Ad nr. 5. Sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering

Helsedirektoratet vil anbefale at man ikke bruker ordene sosial, psykososial og medisinsk i lovteksten. Begrepsbruken bør dessuten samsvare med definisjonen i

gjeldende forskrift om habilitering og rehabilitering. Definisjonen er for øvrig utdypet i den nasjonale strategien for habilitering og rehabilitering.

Det sentrale med dagens definisjon er at den tar utgangspunkt i helheten sett fra pasientens ståsted. Det vil være beklagelig om man i forbindelse med samhandlingsreformen, som så sterkt fokuserer på helhetlige forløp og tydeligere brukerrolle, skulle endre denne begrepsbruken.

Ad nr. 6. Andre helse- og omsorgstjenester, herunder

a) hjemmetjenester

Helsedirektoratet foreslår å flytte heldøgns tjenester i eget hjem til dette punktet slik at institusjon skilles ut i et eget punkt, jf. nedenfor i pkt. b).

b) heldøgns tjenester i eget hjem eller institusjon

Det foreslås i høringsnotatet at barneboliger og aldershjem ikke skal regnes som "institusjon", og at det dermed skal stilles noe mindre krav til disse tjenestene. Dette begrunnes med at opphold i barneboliger og aldershjem ikke har som formål å motta helsehjelp, og at det derfor ikke er ønskelig å definere disse to institusjonene som "helseinstitusjon".

Direktoratet mener at det særlig for barneboliger er viktig å etablere et klart og tydelig regelverk for hvilket ansvar både kommunen og personellet har for denne tjenesten, med tanke på at de barna som bor i barneboliger ofte er svært syke og trenger omfattende helse- og omsorgstjenester. Det vises til Statens Helsetilsyns rapport 2/2010 – Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2009, der det fremgår at regelverket på dette området er uklart for kommunene.

Helsedirektoratet mener derfor at aldershjem og barneboliger bør defineres som institusjon.

c) personlig assistanse

Helsedirektoratet mener det er viktig at det presiseres i forarbeidene hvilke tjenester som ligger under dette punktet. Blant annet bør det komme tydelig frem at kommunens plikt til å tilby støttekontakt videreføres.

Vi ser for øvrig at det kan være en fare for at det nye begrepet kan sammenblandes med tjenesten brukerstyrt personlig assistanse.

Kommentarer generelt til lovforslaget

1. Frisklivssentral

St.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen viser til at det er behov for å styrke de forebyggende helsetjenestene i kommunene, herunder lavterskeltilbud og lærings- og mestringstilbud. Det er et problem at stadig flere utvikler fedme, diabetes og hjerte- og karsykdommer. Økt fysisk aktivitet, sunnere kosthold og røykeslutt kan redusere forekomsten av hjerteinfarkt og type 2-diabetes vesentlig.

Helsedirektoratet har i en tilrådningsrapport til Helse- og omsorgsdepartementet, mai 2009, anbefalt at det opprettes frisklivssentraler i alle landets kommuner, alternativt interkommunalt. Per i dag finnes det ca. 70 kommunale frisklivssentraler som tilbyr individuell, endringsfokustert veiledning på levestilsværområder og gruppetilbud for fysisk aktivitet, kosthold og røykeslutt. Målgruppene er personer med risiko for eller etablert sykdom / lidelse knyttet til livstilssykdommer, muskel- og skjelettlidelser, psykiske problemer (omtales under innsatsområde 1 og 9) og rusproblematikk. Frisklivssentraler gir i dag ikke tilbud om oppfølging av rusproblemer. Tidlig intervensjon for personer med risikokonsum av alkohol er det imidlertid naturlig å tenke på som et innsatsområde. Evalueringer viser at både leger og deltakere er fornøyde med frisklivstilbudene. Helsedirektoratet arbeider for tiden med en veileder for kommunale frisklivssentraler.

Frisklivssentralene skal ha kompetanse om endringsfokustert veiledning og levestilsværområder. Frisklivstilbudene må ha lav terskel i form av nær geografisk tilgjengelighet, lave egenandeler og tilpassede tilbud for å nå dem som trenger det mest. Like viktig er det at tilbudene er tilrettelagt slik at de kan benyttes av personer med nedsatt funksjonsevne som bevegelseshemmede, blinde og døve. Kommunene bør vurdere hvordan de best kan benytte kompetansen på frisklivssentralene til samarbeid om diagnosespesifikke lærings- og mestringstilbud. Brukere skal kunne henvises fra helsepersonell (herunder bl.a. fastleger, helsesøstre, psykologer, bedriftsleger, helsepersonell i rehabiliteringssentre), NAV og andre instanser hvor målgruppen kan identifiseres.

Det er utviklet en henvisningsblankett som kalles "frisklivsresept". Det ansees ikke som nødvendig med en egen takst for å skrive ut en "frisklivsresept". Det skal være strukturert og kvalitetssikret oppfølging av brukerne i form av rapportering fra frisklivssentraler til henvisende instans. Kostnader for kommunale lavterskelsentraler er anslått til å koste ca. kroner 100 pr innbygger. Dette må imidlertid sees i sammenheng med befolkningstetthet og kommunestørrelser.

2. Lokalmedisinsk senter

Etablering av lokalmedisinske sentre i kommunene er et vesentlig virkemiddel for gjennomføring av samhandlingsreformen og Helsedirektoratet mener dette bør forankres tydeligere enn det gjøres i det fremlagte lovforslaget.

Innholdet i de lokalmedisinske sentrene er per i dag ikke endelig definert med hensyn til innhold. Helsedirektoratet anbefaler at det som er kjernen i et lokalmedisinsk senter defineres tydelig. Helsedirektoratet har i sin høringsuttalelse på Nasjonal helse- og omsorgsplan i kapitlet om sykehusstruktur, sagt noe om hvilke funksjoner et lokalmedisinsk senter kan inneholde, særlig;

- akuttplaner for enklere diagnostikk og behandling
- observasjonsplaner
- behandling av kronisk syke

Et lokalmedisinsk senter kan også inneholde eller være samlokalisert med:

- legevakt
- jordmortjeneste
- dagbehandling med eller uten samarbeid med spesialisthelsetjenesten
- privatpraktiserende leger

- tannhelsetjenester
- fysioterapi
- kiropraktor
- fotpleie
- ambulante team (f.eks. ACT) som evt. drives i et samarbeid mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten
- psykisk helse og rus
- lærings- og mestringssenter
- enklere rehabilitering og habilitering
- barneverntjeneste
- NAV-kontor

På denne måten kan man sikre og beholde kompetent personell og bygge opp robuste og rekrutteringsattraktive fagmiljøer. Det vil være naturlig å tenke at spesialisthelsetjenesten beholder deler av sin funksjon etter en slik omorganisering i form av desentraliserte tjenester (se Helsedirektoratets høringsuttalelse på Desentraliserte spesialisthelsetjenester), som f.eks.:

- ambulansebaser
- billeddiagnostikk (vanlige røntgenbilder, CT, ultralyd, mammografiscreening)
- fødestuer
- enklere laboratorier (inkl. tappestasjon for blod)
- noen typer poliklinikktilbud, evt. i samarbeid med legevakt som enklere kirurgi
- lysbehandling
- dialyse og annen dagbehandling
- privatpraktiserende spesialister (leger, psykologer etc.)

For å sikre den ønskede venstreforskyvningen og etableringen av lokalmedisinske senter, anbefaler Helsedirektoratet at *heldøgns tjenester i institusjon, herunder pleie- og omsorgstjeneste, utredning, diagnostikk, behandling og rehabilitering* fremkommer i lovteksten.

3. Dagsenter/-tilbud

Helsedirektoratet etterlyser en omtale av tilbud om dagsenter for å sikre at kommunene tilbyr denne tjenesten. I Omsorgsplan 2015 står det at Regjeringen vil utrede spørsmålet om lovfesting av dagtilbud i sammenheng med arbeidet med ny felles kommunal helse- og sosiallovgivning. Dette er også omtalt i Prop. 1 S (2011) der det går frem at Regjeringen har som mål å innføre en lovfestet plikt til å tilby dagtilbud til demente når tilbudet er bygget videre ut. Helsedirektoratet savner en nærmere redegjørelse for dette i høringsdokumentet.

Helsedirektoratet mener det i denne sammenheng er et viktig virkemiddel å etablere gode dagsentertilbud. Dette vil gi den enkelte et aktiviserende og stimulerende dagtilbud og samtidig avlaste de nærmeste for omsorgsoppgaver på dagtid, og på den måten bidra til at familie og ektefelle kan klare å stå i en krevende omsorgssituasjon. Et godt dagtilbud bør etter direktoratets syn bli et sentralt ledd i omsorgskjeden. Et godt utbygd dagaktivitetstilbud sammen med hjemmetjenester, kan i mange tilfeller bidra til å forhindre eller utsette institusjonsinnleggelse, både for personer med demenslidelser og andre.

4. Eldresenter

Helsedirektoratet mener at også eldresenter er en svært sentral tjeneste i et forebyggingsperspektiv og at det bør arbeides for at også dette på sikt blir et lovpålagt tilbud. Et godt utbygd eldresentertilbud med et helsefaglig innhold gjør det enkelt å tilby effektive forebyggende og helsefremmende aktiviteter (trening, ernæring, fallforebygging), noe som kan bidra til mindre behov for tjenester, samt at flere kan bli boende hjemme lenger.

5. Fysioterapitjeneste, sykepleietjeneste; herunder helsesøster- og jordmortjeneste

Departementets lovforslag er tilnærmet profesjonsnøytralt. Den eneste profesjonen som er angitt i lovteksten er legene, ved fastlegeordningen, som er nevnt under utredning, diagnostisering og behandling i § 3-2 første ledd punkt 4.

I den nye kommunerollen som Samhandlingsreformen legger opp til, der det bl.a. skal gis tilbud før, i stedet for og etter sykehusopphold, mener direktoratet det er en forutsetning at kommunene har en godt utbygd fysioterapitjeneste, og en god jordmor- og sykepleietjeneste.

I høringsnotatet pekes det på at en lovfesting av plikt til å sørge for en fysioterapitjeneste vil kunne bidra til at kommunen reserverer seg mot å ansette annet helsepersonell som kan ha likhetstrekk med fysioterapi, som for eksempel ergoterapeuter og kiropraktorer. Ergoterapeuter og fysioterapeuter er viktige samarbeidspartnere innen habilitering og rehabilitering, men Helsedirektoratet vil understreke at andre profesjonsgrupper ikke kan erstatte fysioterapeuter når det gjelder behandling av pasienter med for eksempel muskel og skjelettlidelser, barn med funksjonshemninger, eldre med funksjonssvikt, revmatikere, kols-pasienter, pasienter med hjerneslag eller behov for opptrening etter hofteoperasjoner, vurdering av små-/ spedbarns motorikk på helsestasjoner og så videre.

Fysioterapitjenesten er etter direktoratets syn helt nødvendig for å redusere omfanget av muskel- og skjelettlidelser i befolkningen og for å nå målene om å redusere sykefravær og antallet uføretrygdede, samt å få folk raskere tilbake i arbeid.

Ut i fra forutsetningen om å styrke legetjenesten i kommunehelsetjenesten er det viktig samtidig å ha nødvendig dekning av sykepleiere både til å følge opp medisinsk behandling og for å ivareta det faglige ansvaret for sykepleietjenesten. Dette gjelder både for sykehjem og for hjemmetjenester.

Dersom profesjonsnøytralitet skal gjennomføres både i loven og i tilhørende forskrifter, vil direktoratet særlig uttrykke bekymring for hvilke konsekvenser dette vil kunne få for fysioterapitjenesten, sykepleietjenesten; herunder helsesøster- og jordmortjenesten, som er konkret nevnt i dagens lovverk med tilhørende forskrifter.

Direktoratet mener ut i fra overnevnte at fysioterapitjenesten og sykepleietjenesten; herunder helsesøster- og jordmortjenesten bør forankres tydeligere i loven. Alternativt bør tjenestene forskriftsfestes. Vi understreker at dette ikke vil være til hinder for at kommunene også ansetter annet kvalifisert personell for å oppfylle sine plikter.

6. Psykisk helsehjelp og hjelp mot rusproblemer

Det vises til omtale under § 1-1 Lovens formål.

Direktoratet vurderer det for øvrig som svært viktig at emnet omtales og tydeliggjøres i forarbeidene.

7. Tannhelsetjenesten

Tannhelsetjenesten er en viktig samarbeidspartner i det helsefremmende og forebyggende arbeidet og dette bør omtales mer utførlig i forarbeidene.

Barn og ungdom er en prioritert gruppe i tannhelsetjenesteloven. Samarbeid mellom kommunen og den fylkeskommunale tannhelsetjenesten er viktig. Dette gjelder helsestasjonens råd og veiledning til foreldre, samt mulighetene helsestasjonen har til å fange opp småbarn med behov for henvisning til tannhelsetjenesten. Det er viktig at tiltak settes inn så tidlig som mulig for å unngå tannsykdom hos barn.

Gode tannhelsevaner og god munnhygiene kan redusere utvikling av tannsykdom. Smerter fra tenner og redusert tyggefunksjon har betydning for ernæringsmessige forhold. Tannsykdom kan dessuten ha sammenheng med og innvirke på enkelte generelle sykdommer. Det bør omtales ytterligere at kommunen i samarbeid med den offentlige tannhelsetjenesten har et ansvar for at brukere som ikke kan ivareta daglig egenomsorg og munnstell får hjelp til dette.

Ad § 3-2 tredje ledd og fjerde ledd

Forskriftshjemmel til å gi nærmere bestemmelser om tjenestene

Det er i § 3-2 tredje ledd inntatt en forskriftshjemmel som gir grunnlag for å regulere nærmere "krav til innhold i tjenestene etter bestemmelsen her". Det går frem i høringsnotatet (s. 160) at det i tråd med ønsket om en mer overordnet regulering av kommunens ansvar og plikter *ikke* gis forskriftshjemmel til å gi bestemmelser om tjenestens organisering. Det presiseres (s. 154) at departementet med organisering her blant annet mener personell- og kompetansespørsmål.

Helsedirektoratet anbefaler at målene for tjenesten tydeliggjøres og konkretiseres gjennom faglige kvalitets-, funksjons- og kompetansekrav. Dette vil sikre en likeverdig tjeneste for hele befolkningen av høy kvalitet og med god tilgjengelighet, og ivareta tjenestens bidrag til kommunens oversikt over helsetilstanden.

Direktoratet mener det vil kunne få store konsekvenser dersom det ikke kan stilles noen konkrete krav til kompetanse og følgene dette vil få for kvaliteten på tjenestene, bl.a. vil det bli vanskeligere å trekke grensene for hva som er et lovlig (forsvarlig) tilbud, i forhold til hvilken bemanning som skal kreves.

Ovennevnte muliggjør statlig styring av den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Dette vil bidra til rett dimensjonering av tjenesten, herunder nødvendig personellkompetanse og tilstrekkelige ressurser til å utføre oppgavene. Dette er etter direktoratets syn avgjørende for å sikre at profesjonsnøytralitet, en overordnet angivelse av tjenestene og få organisatoriske krav ikke medfører et dårligere tjenestetilbud i kommunene.

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten har et geografisk nedslagsfelt. Dette prinsippet bør inngå i funksjonskravet for alle lovpålagte tjenester for å bidra til å sikre tverrfaglig samarbeid og helhetlige pasientforløp.

Det vises til § 3-2 fjerde ledd, der det foreslås en videre forskriftshjemmel for fastlegeordningen, ved at det kan gis forskrift "om fastlegeordningen, herunder kvalitets- og funksjonskrav". Direktoratet mener det er nødvendig å gi en tilsvarende forskriftshjemmel også for de andre helse- og omsorgstjenestene.

Det vises for øvrig til Helsedirektoratets utredning om "Nye funksjons- og kvalitetskrav knyttet til fastlegeordningen – Utredning i forbindelse med samhandlingsreformen på bakgrunn av oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet til Helsedirektoratet", av 30. juni 2010.

Hjemmel for å inngå avtale med privatpraktiserende helsepersonell

Helsedirektoratet vil påpeke at det kan være et problem at mange kommuner over tid har splittet opp hele driftshjemler for fysioterapeuter og jordmødre i små hjemler.

Ved ekstern utlysning kan nye søkere melde seg som er bedre kvalifisert enn hjemmelsinnehavere. Det betyr at problemet med deltidshjemler ikke opphører, men snarere kan føre til ytterligere oppsplitting. Omlegging av finansieringen av den avtalebaserte fysioterapitjenesten vil gjøre det lite lønnsomt for fysioterapeutene å inneha små deltidshjemler. Det er derfor et stort press på kommunene for å øke størrelsen på stillingshjemlene.

Vi ber om at departementet vurderer hvordan man best ivaretar disse forholdene.

Et bredere virkeområde for legemiddelhåndtering enn i dag

Forskrift om legemiddelhåndtering av 3. april 2008 nr. 320 er i dag bl.a. hjemlet i kommunehelsetjenesteloven og i spesialisthelsetjenesteloven, men ikke i sosialtjenesteloven ettersom denne loven ikke inneholder en hjemmel for å fastsette bestemmelser på legemiddelområdet. Forskriften er under revisjon, og erfaringen direktoratet har gjort siden forskriften trådte i kraft i 2008, viser at det er et klart behov for å få sosialtjenesten omfattet av forskriftens virkeområde.

Helsedirektoratet antar at forslaget til ny lov gir tilstrekkelig hjemmelsgrunnlag, men ønsker likevel at departementet tar stilling til om det kreves et mer spesifikt hjemmelsgrunnlag for regulering av systemansvar for legemiddelhåndtering til tjenestemottakere som mottar omsorgstjenester.

Ad § 3-3. Kommunens ansvar for helsefremmende og forebyggende arbeid

Forslag til § 3-3 omtaler kommunens ansvar for helsefremmende og forebyggende arbeid. Helsedirektoratet støtter intensjonen i § 3-3 om å kunne nå fram til personer som står i fare for å utvikle helseproblemer.

Direktoratet mener imidlertid at "systematiske tiltak for å identifisere personer" kan oppfattes som stigmatiserende, og foreslår derfor at § 3-3 vurderes endret til: "systematiske tiltak for å nå fram til personer".

Forslaget til § 3-3 lovfester kommunens ansvar for å identifisere personer som står i fare for å utvikle et "helseproblem" eller et "rusproblem". Ordlyden i lovens formålsparagraf nevner ikke dette som et formål med loven. De to reglene har en tett tematisk tilknytning til hverandre, ved at begge regler omhandler kommunens oppgaver og ansvar. Reglene bør vurderes harmonisert, slik at formålsbestemmelsen utvides til å omhandle et ansvar for å forebygge og behandle "helseproblemer" og "rusproblemer".

Det presiseres for øvrig i høringsnotatet at det ikke er ment å skape tette skott mellom helse- og omsorgslovens og folkehelseslovens saklige virkeområde. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten, samt jordmortjenesten, har,, som redegjort ovenfor, et viktig populasjonsansvar i det forebyggende og helsefremmende arbeidet. Slik bør det fortsatt være. Det er viktig å sikre at tjenestens forankring i helse- og omsorgsloven fremfor folkehelsesloven ikke fører til en ytterligere individorientering av tjenesten. Dette bør sikres gjennom presisering av befolkningsansvaret i helsestasjons- og skolehelsetjenestens forskrift.

Ad § 3-5. Kommunens ansvar for øyeblikkelig hjelp

Dersom realiseringen av samhandlingsreformen skal lykkes må det være anledning til å kunne legge inn øyeblikkelig-hjelp pasienter for behandling og / eller observasjon i døgnopphold i kommunen. Dette er kjernen i begrepet "før- i stedet for- og etter" sykehusbehandling. Helsedirektoratet støtter på denne bakgrunn at kommunene bør få en lovfestet plikt til å tilby døgnopphold til pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp.

Det er etter direktoratets vurdering usikkert om det foreliggende lovforslaget er presist nok i forhold til å stille krav til kvalitet og tilgjengelighet på de kommunale tjenestene som skal ha en funksjon i forhold til å ivareta pasienter som melder om behov for øyeblikkelig helsehjelp.

Noe av det som har vært Helsedirektoratets intensjon med å tenke konvertering av dagens små lokalsykehus til kommunalt drevne lokalmedisinske sentre har nettopp vært å sikre en mulighet for innleggelse i døgndrevne, kommunale institusjoner som er store nok til å kunne ha etablerte og velfungerende vaktssystemer. Driften av slike senger / institusjoner må være basert på 24/7/365. De mindre kommunene bør således samarbeide med de større slik at kommunene kan oppfylle sine lovpålagte plikter.

Opgavene som er tenkt overført til kommunene bør tydeliggjøres på en klarere måte enn det som fremgår av § 3-5 første ledd i forslaget, eventuelt i forskrift.

Annet ledd i § 3-5 skaper betydelig usikkerhet omkring hvem som har ansvar i enkeltsituasjoner. I nåværende lovverk knyttet til akuttmedisinsk ansvar har det hersket betydelig usikkerhet om hvem som har ansvaret for håndtering av akuttmedisinske situasjoner. Helsedirektoratet mener at det er viktig å gi mer utfyllende regler for å skape en klar grense mellom hva som skal bli kommunens ansvar for øyeblikkelig hjelp og hva som fortsatt skal ligge i spesialisthelsetjenesten. Direktoratet mener dette må presiseres for å unngå tolkningstvil. Som en følge av ny

kommunal helse- og omsorgslov må forskrift om akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus revideres.

Økonomiske og administrative konsekvenser - § 3-5

Ut fra høringsnotatets fremstilling av dette finner Helsedirektoratet grunn til å bemerke at det ikke er mulig å legge inn øyeblikkelig hjelp- funksjoner i sykehjem og hjemmetjenester slik de er organisert i dag, med blant annet begrenset legedekning ut over ordinær arbeidstid. Det er heller ikke sykepleierkapasitet til å ha mer enn en marginal vaktberedskap utover vanlig arbeidstid. Dersom det skal lykkes å overføre disse oppgavene til kommunene er det en nødvendig forutsetning at det tilføres betydelige ressurser, både med hensyn til kapasitet og personell. I tillegg er det etter Helsedirektoratets syn nødvendig å satse på en utbygging av lokalmedisinske sentre.

Ad § 3-6. Kommunens ansvar for pasient-, bruker- og pårørendeopplæring

Bestemmelsen innebærer en endring i innholdet forhold til nåværende lovgivning.

Ut i fra forslaget er det uklart hvilket omfang denne tjenesten vil få. Det er etter vår vurdering urealistisk at dette ikke vil ha økonomiske og administrative konsekvenser, og dette bør departementet utrede nærmere.

Helsedirektoratet mener det vil være behov for å gi en utfyllende forskrift om tjenestens nærmere innhold. Ved å stille krav til tjenestens innhold tydeliggjøres kommunens ansvar. Dette er viktig da tjenesten kan få stor betydning i et forbyggingsperspektiv.

Til kapittel 4. Krav til forsvarlighet, pasientsikkerhet og kvalitet.

Ad § 4-1. Forsvarlighet

Helsedirektoratet slutter seg til departementets forslag om å tydeliggjøre kommunens krav til å tilby eller yte forsvarlige tjenester ved den foreslåtte lovfestingen av forsvarlighetskravet i § 4-1.

Det er også positivt at enkelte av elementene i forsvarlighetskravet presiseres – herunder at det stilles krav til helhetlige, integrerte og verdige tjenestetilbud. Direktoratet mener at nevnte presiseringer allerede ligger implisitt i forsvarlighetsbegrepet, men finner det hensiktsmessig at disse elementene tydelig fremheves som egenskaper ved forsvarlighet i tjenesten.

Når det gjelder omtalen av forsvarlighet i høringsnotatet, savner Helsedirektoratet en vurdering av hvilken betydning forsvarlighetskravet skal ha for standarden de kommunale tjenestene må ligge på. Som rettslig skranke omtales forsvarlighetsbegrepet som en minimumsstandard, og det vises blant annet til forarbeidene til spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, - der det står at det bør arbeides for å nå en høyere standard. Helsedirektoratet ønsker å påpeke at lovforslagets overordnede innretning vil kunne være uegnet til å sikre et tilstrekkelig høyt nivå på ytelsen av forebyggende tjenester.

Vi mener for øvrig at "verdighet" også bør spesifiseres som en del av kravet til forsvarlige spesialisthelsetjenester. Behovet for, og kravet til verdighet, gjelder like mye begge steder.

Ad annet ledd

Helsedirektoratet støtter ny § 4-1 annet ledd, første punktum, men vil påpeke at krav til informasjonssikkerhet også følger av annet lovverk.

§ 4-1 annet ledd, annet punktum pålegger kommunen og andre virksomheter som har avtale med kommunen å ta hensyn til effektiv elektronisk samhandling ved anskaffelse og videreutvikling av sine journal- og informasjonssystemer. Tilsvarende formulering er også foreslått tilføyd i spesialisthelsetjenesteloven § 3-2.

Helsedirektoratet støtter at dette tas inn i loven, da dette vil kunne føre til økt fokus på elektronisk samhandling i kommunen.

Ad § 4-2 Kvalitet og pasientsikkerhet

Departementet foreslår å lovfeste krav til kvalitet og pasientsikkerhet.

Helsedirektoratet ønsker å bemerke at kvalitet og pasientsikkerhet er nye som begreper i helserettlig sammenheng, men direktoratet er av den oppfatning at forsvarlighetskravet allerede inneholder krav både til kvalitet og derunder også pasientsikkerhet.

Vi noterer oss imidlertid at departementet betrakter forvarlighetskravet som et nivåkrav til helsetjenesten, mens krav til kvalitet og pasientsikkerhet betraktes som prosesskrav, dvs. krav til kontinuerlig utvikling av tjenesten, jf. fremstillingen av dette i høringsnotatets pkt. 19.5.1.1 og 19.6.4.3. I lys av en slik forståelse er direktoratet enig i at innføring av krav til systematisk arbeid for kvalitet og pasientsikkerhet kan gi et tydeligere signal om krav til kvalitetsutvikling i tjenesten enn forvarlighetskravet alene.

Når man skal drøfte begrepene kvalitet og pasientsikkerhet så er det likevel viktig å vurdere om det å skille pasientsikkerhetsbegrepet fra kvalitetsbegrepet kan forstyrre den overordnede forståelsen av et samlet kvalitetsbegrep, fordi pasientsikkerhet og kvalitet i lovutkastet synes å betraktes som to parallelle dimensjoner. Logikken i loven må gjøres forenlig med logikken i den nasjonale gjeldende kvalitetsstrategien, og til internasjonale føringer på områder relatert til kvalitetsforbedringsarbeid.

Någjeldende kvalitetsstrategi legger opp til at det å sørge for trygge og sikre tjenester - pasientsikkerhet - er en del av arbeidet med å sikre kvalitet i tjenesteytingen.

Den någjeldende kvalitetsstrategiens mål er å skape tjenester av god kvalitet. Dette innebærer tjenester som¹:

- er virkningsfulle
- er trygge og sikre
- involverer brukere og gir dem innflytelse
- er samordnet og preget av kontinuitet
- utnytter ressursene på en god måte

¹ Veileder IS-1502, "Hvordan kommer vi fra visjoner til handling....og bedre skal det bli!" – Praksisfeltets anbefalinger for

- er tilgjengelige og rettferdig fordelt

Kvalitetsstrategien legger altså opp til at det å sørge for trygge og sikre tjenester - pasientsikkerhet - er en del av arbeidet med å sikre kvalitet i tjenesteytingen. At Nasjonal helseplan (2007-2010) inneholder mål om kulturendring i tjenesten, preget av større erkjennelse for og åpenhet rundt at uønskede hendelser skjer, er ikke nødvendigvis et argument for å skille pasientsikkerhetsbegrepet fra kvalitetsbegrepet, men er et godt argument for å tydeliggjøre det elementet i kvalitetsstrategien.

Departementet viser i sin redegjørelse for pasientsikkerhetsbegrepet i høringsnotatet til at flere skandinaviske land har innført lovgivning direkte relatert til pasientsikkerhet. I Norge er det etter Helsedirektoratets mening slik at vi allerede har lovgivning som er klart relatert til (inkluderer) pasientsikkerhet.

Direktoratet støtter at det på egnet måte stilles tydeligere struktur- og prosesskrav til hvordan arbeidet med pasientsikkerhet legges opp, men det bør vurderes nærmere hvordan dette mest hensiktsmessig kan skje.

Ad § 4-2. jf. § 1-3 Definisjoner, litra e: kvalitet

Departementet foreslår samtidig med å lovfeste kravet til systematisk kvalitetsarbeid, en definisjon av kvalitetsbegrepet i § 1-3:

"I hvilken grad helse- og omsorgstjenestens aktiviteter og tiltak øker sannsynligheten for at enkeltpersoner og grupper i befolkningen får en ønsket helserelatert velferd, og at tjenestene utøves i samsvar med dagens profesjonelle kunnskap." Tilsvarende foreslås i spesialisthelsetjenesteloven, jf. forslag til ny § 3-4 b.

Direktoratet har tidligere tatt til orde for² at kvalitetskrav allerede må anses å være innarbeidet i forsvarlighetskravet og at krav til kvalitetsforbedringsarbeid er integrert i internkontrollforskriften. I lys av at departementet nå fremhever at de ønsker å lovfeste et særskilt kvalitetskrav for å fremheve kravet til *utvikling*, jf. pkt 19.6, har imidlertid direktoratet ikke innvendinger mot en slik lovfesting.

Vi mener imidlertid fortsatt at definisjonen av kvalitet trenger å bearbeides, og merker oss at definisjonen avviker fra den kvalitetsdefinisjonen som brukes i kvalitetsstrategien³. For øvrig avviker definisjonen i lovforslaget også fra definisjonen som brukes i Nasjonal helseplan (2007-2010). Det vil være vanskelig for helsetjenesten å skulle forholde seg til en rekke ulike definisjoner av kvalitet; i strategidokumenter og i lovverket.

Slik kvalitetsbegrepet er formulert i lovforslaget, finner Helsedirektoratet det vanskelig å lese et krav til kvalitets*utvikling* ut av definisjonen. Vi mener også det kan være vanskelig å operasjonalisere et krav om at aktiviteter og tiltak skal øke sannsynligheten for at enkeltpersoner og grupper i befolkningen skal få *"en ønsket helserelatert velferd"*. Hva er *"ønsket helserelatert velferd"*?

² Helsedirektoratets brev til Helse- og omsorgsdepartementet av 25. juni 2010 – jnr. 10/4337.

³ "Kvalitet er i hvilken grad en samling av iboende egenskaper oppfyller krav" – det vil si de kravene vi allerede har i lov- og forskrifts form.

Utover et krav til å anvende "dagens profesjonelle kunnskap" gir kvalitetsdefinisjonen lite bidrag til å forstå hvilke egenskaper som ligger i begrepet kvalitet. Direktoratets synspunkt er at manglende kvalitet har vel så mye å gjøre med sviktende samordning, organisering, kommunikasjon mv., som med manglende profesjonell kunnskap. Problemstillingen blir i så måte om en eventuell forankring av kvalitet og pasientsikkerhet skal dreie seg om å innføre nye, overordnede prinsipper i lovgivningen, eller om det hovedsakelig, eller i tillegg, bør fokuseres på å forbedre allerede eksisterende hjemmelsgrunnlag. Etter Helsedirektoratets mening vil det ikke være nok bare å fokusere på kunnskapssiden av det hele.

Etter direktoratets vurdering bør definisjonen av kvalitet i større grad ta hensyn til ovennevnte problemstillinger, eventuelt bør det sikres at forskriftshjemmelen i § 4-2 annet ledd gir klart mandat til å utdype kvalitetskravet tydeligere og mer operativt. I den forbindelse viser vi til Helsedirektoratets innspill til definisjon i forbindelse med utvikling av nasjonalt kvalitetsindikatorsystem.⁴

Ad § 4-2, jf. § 1-3 Definisjoner, litra d: pasientsikkerhet

Begrepet kvalitet i helse- og omsorgstjenestene er definert i den nasjonale kvalitetsforbedringsstrategien og har følgende elementer: Tjenester med god kvalitet er virkningsfulle, trygge og sikre, involverer brukere og gir dem innflytelse, samordnet og preget av kontinuitet, utnytter ressursene på en god måte og er tilgjengelige og rettferdig fordelt.

Departementet foreslår at det elementet som handler om at tjenestene er trygge og sikre for pasientene (pasientsikkerhet) lovfestes, og definerer pasientsikkerhet som:

"Vern mot unødig skade som følge av helsetjenestens ytelse eller mangel på ytelse", jf. forslaget til ny helse- og omsorgslov §§ 1-3 og 4-2. Departementet foreslår tilsvarende definisjon i spesialisthelsetjenesteloven ny § 3-4b.

Direktoratet støtter forslaget om lovfesting av krav til systematisk pasientsikkerhetsarbeid i helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten, og anser dette som et godt bidrag til sikre kvalitet i helse- og omsorgstjenestene. Direktoratet mener at kravet også bør lovfestes i den tredje tjenesteloven, tannhelseloven. Denne loven er ikke omtalt i høringsforslaget, men vi kan ikke se grunnlag for at kravet til pasientsikkerhet skulle være annerledes i denne delen av helsetjenesten.

Hva gjelder selve definisjonen av pasientsikkerhet mener vi det er behov for at forarbeidene tydeliggjør innholdet i formuleringen "mangel på ytelse", og eventuelt trekker opp en nedre grense for hvilke mangler helsetjenesten skal være ansvarlig for å verne pasientene mot gjennom systematiske arbeid. For å unngå den uklarheten foreslår direktoratet at siste del av setningen blir "eller mangel på ytelse av nødvendige helse- og omsorgstjenester".

Ad § 4-3. Helsedirektoratets ansvar for nasjonale faglige retningslinjer, veiledere og kvalitetsindikatorer

Direktoratet er tilfreds med at Helsedirektoratets ansvar for å utvikle nasjonale faglige

⁴ Jnr. 10/4382 Nasjonalt kvalitetsindikatorsystem for helsetjenesten – rammeverk.

retningslinjer, veiledere og kvalitetsindikatorer foreslås lovfestet i § 4-3. Vi ser det også som hensiktsmessig at lovfestingen teknisk gjennomføres både i helse- og omsorgsloven, spesialisthelsetjenesteloven, samt helsepersonelloven. Kravet bør også lovfestes i tannhelsetjenesteloven.

Helsedirektoratet foreslår at teksten som foreslått i første ledd andre punktum: "Retningslinjer og veiledere skal baseres på god praksis (...)", endres til: "Retningslinjer og veiledere skal baseres på oppdatert kunnskap om god praksis(...)".

Direktoratet mener det også må vurderes om ordlyden eventuelt bør samordnes noe ytterligere med folkehelseloven § 23 for eventuell angivelse av likheter og forskjeller og om de opptar i seg de samme forhold.

I omtalen av Helsedirektoratet i merknadene til denne bestemmelsen er det viktig at alle de tre rollene til direktoratet omtales, og at det i den forbindelse fremgår tydelig at på det faglige området innehar direktoratet en uavhengig og selvstendig rolle i forhold til HOD. Omtalen av direktoratets rolle på dette området i høringsnotatet kommer etter vår vurdering ikke tydelig nok frem.

Til kapittel 5. Særlige plikter og oppgaver

Ad § 5-3. Tjenesteplikt ved ulykker og andre akutte situasjoner

Helsedirektoratet ønsker å bemerke at tjenesteplikten ikke bør knyttes til "pågang av pasienter". Kommunen kan ha behov for å pålegge helsepersonell som tjenestegjør i kommunen nærmere tilvist arbeide i flere situasjoner som ikke er knyttet opp til ekstraordinær pågang av pasienter. Eksempler på slike situasjoner kan være ved bortfall av strøm, telefon, ekstremvær eller isolasjon av områder i kommunen. Dette kan medføre behov for å pålegge helsepersonell å utføre andre tilviste arbeidsoppgaver. Vi vil derfor foreslå at teksten endres til:

"Ved ulykker eller andre situasjoner som krever ekstraordinær innsats, kan kommunen pålegge helsepersonell som tjenestegjør i kommunen, å utføre nærmere tilvist arbeid."

Ad § 5-4. Politiattest

Helsedirektoratet støtter departementets vurdering av at kravet til politiattest skal gjelde enhver som yter tjenester til barn eller utviklingshemmede, enten de er ansatt i kommunen eller det er private som yter tjenester på vegne av kommunen. Endringen tydeliggjør kravet om politiattest også gjelder for støttekontakter og avlastere, noe som innebærer en viktig presisering.

Helsedirektoratet stiller spørsmål ved formuleringen: *"..personell som bare sporadisk yter slike tjenester og som i alminnelighet ikke vil være alene med barn eller personer med psykisk utviklingshemming"*. Dette er uklart og kan være vanskelig å praktisere og bør derfor presiseres i forarbeidene. Dette må være en snever unntaksbestemmelse.

For å sikre at barn og unge ikke blir utsatt for overgrep bør det vurderes å kreve

politiattest også av personell som "bare sporadisk" yter tjenester til barn og personer med psykisk utviklingshemning.

I høringsnotat av 12. mai 2010 fra Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet ble det foreslått endringer i barnevernloven § 6-10 om krav til politiattest. Forslaget går ut på å lovfeste krav om barneomsorgsattest for å beskytte mot overgrep eller alvorlig, skadelig innflytelse på mindreårige. Regelendringene innebærer at vandelsattesten ikke bare skal omfatte seksualforbrytelser, men også andre voldsforbrytelser. Utvidelsene av kravene etter barnevernloven som nå er på høring bør også vurderes i forhold til vandelsattest i medhold av ny helse- og omsorgslov § 5-4. Eksempelvis bør grov mishandling i nære relasjoner (strl. § 219) og handlinger som resulterer i at offeret dør eller påføres betydelig skade (strl. § 229 andre og tredje straffalternativ og strl. § 231) være relevante bestemmelser å vektlegge i vandelsvurderingen.

Det bør derfor komme klart frem av loven at ovennevnte forhold fører til at personen blir utelukket fra å kunne ha oppgaver overfor mindreårige. Vi viser til alvorligheten i denne typen forhold, og at beskyttelse mot slike forhold bør ligge innenfor kjerneområdet av formålet med reglene.

Ad § 5-5. Medisinsk-faglig rådgivning

Departementet foreslår ikke å videreføre ordningen med at kommunelegens tilråding alltid skal følge saken når kommunen behandler saker om miljørettet helsevern, smittsomme sykdommer og helsemessig beredskap, jf. kommunehelsetjenesteloven § 3-5 tredje ledd.

Helsedirektoratet mener det fortsatt er behov for å videreføre dagens lovordning. Det er viktig å sikre at kommunelegens rolle i saker om helsemessig beredskap blir fremhevet. Det vises til Ot. prp. nr 89 (1998-99).

Til kapittel 6. Samarbeid mellom kommuner og regionale helseforetak

Etter Helsedirektoratets vurdering må det under arbeidet med avtaleutformingen, etableres klare føringer på hvordan ansvar og oppgaver skal fordeles. Helsedirektoratet støtter forslaget om en lovfesting av samarbeidsavtaler mellom den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten. For at avtaleinstituttet skal fungere etter intensjonen er det imidlertid avgjørende at man lykkes med å lage gode avtaler. Etter Helsedirektoratets vurdering må det etableres klare føringer på hvordan ansvar og oppgaver skal fordeles. Statens mulighet til å styre kommunene kan imidlertid svekkes ved at større deler av reguleringen skal inntas i avtale, fremfor i lov. Helsedirektoratet vil imidlertid understreke at avtaler ikke skal være et alternativ til å lovregulere plikter og rettigheter.

Vi mener det er positivt at avtalene skal utformes konkret ut fra den enkelte kommunes kompetanse innen helse- og omsorgstjenestene. Det er imidlertid en fare for at dette vil føre til at tilbudet blir svært forskjellig og sprikende fra kommune til kommune. Det bør av den grunn sikres visse nasjonale føringer for grensene mellom det kommunale ansvaret og spesialisthelsetjenestens ansvar. Dette må ses i

sammenheng med at kommunen eventuelt skal bidra med medfinansiering av spesialisthelsetjenesten.

Departementet foreslår at Helsedirektoratet i samarbeid med Kommunenes sentralforbund bør utarbeide veiledningsopplegg og standardavtaler til bruk i avtaleinngåelsene, samtidig som Helsedirektoratet også gis et meklingsansvar i tvister mellom avtalepartene. Forarbeidene til loven vil være direktoratets utgangspunkt for dette arbeidet. Vi mener det bør gis en bredere omtale av de utfordringer som vi antar vil oppstå ved å avtalefeste ansvarsforholdene innenfor den omtalte gråsonen mellom de to tjenestenivåene.

En av intensjonene i Samhandlingsreformen er å overføre oppgaver fra spesialist- til kommunehelsetjenesten. Ett av virkemidlene for å sikre dette, er avtalene som skal inngås mellom kommunene og helseforetakene. Som en konsekvens av økt samhandling kan det være naturlig å ha felles drift på enkelte områder.

Et område som kan være aktuelt er funksjoner organisert som et lokalmedisinsk senter. Det samme vil gjelde for drift av legevakt og akuttmottak.

Som direktoratet tidligere har spilt inn, bør det vurderes å legge opp til delt eierskap. Mulighetene for dette bør utredes nærmere.

Det som særlig vil være krevende med felles eierskap, er arbeidsgiveransvaret og derigjennom instruksjonsmyndigheten over personellet. Det har i praksis vist seg at dersom ikke disse forholdene er svært tydelig og klart avtalt, fungerer ikke slik "samdrift".

Ad § 6-1. Plikt til å inngå samarbeidsavtale

Det er grunn til å spørre om likeverdigheten mellom avtalepartene vil bli reell. Det er avgjørende at det er kommunestyret selv som må inngå avtalen. Dette bidrar til en ansvarliggjøring hos de folkevalgte.

Slike samarbeidsavtaler skal sikre samarbeidet mellom kommunen og aktuelt helseforetak vedrørende de vanligste pasientforløpene. Det vil imidlertid knytte seg noen særskilte utfordringer til Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet, som i utgangspunktet knapt har noe opptaksområde.

Det må tilstrebes en mest mulig enhetlig praksis på noen sentrale områder, som eksempelvis melderutiner for utskrivning, og at kontaklinformasjon til kommunene må være tilgjengelig.

Helsedirektoratet vurderer at lovverket også for spesialisthelsetjenesten må være tydeligere på at de regionale helseforetakene skal tilplikte de enkelte helseforetakene i regionen et ansvar for å inngå samarbeidsavtaler med kommunene i sitt opptaksområde, samt at gjennomføringsansvaret for dette ligger hos helseforetakene.

Ad § 6-2. Krav til avtalens innhold

Et av hovedformålene med samarbeidsavtalene vil være å fordele oppgaver, herunder å plassere ansvar mellom partene, samt samarbeid. Vi savner en

beskrivelse av de utfordringene dette vil medføre. Avtalene bør ikke være for detaljerte, og de må kunne individualiseres.

Helsedirektoratet mener det er et vesentlig at det utarbeides overordnede retningslinjer for forløpsprogram, og at det også arbeides videre med å utvikle konkrete forløpsprogram på de ulike områdene.

Det er for eksempel lite fokus på de akuttmedisinske funksjonene, og disse bør omtales tydeligere i det endelige lovforslaget. Det bør stå at det som et ledd i avtalen skal utarbeides omforente bedreskapsplaner og planer for den akuttmedisinske kjeden, og hvorledes denne skal håndteres.

Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering (KE) bør ha en sentral rolle i kommunens arbeid med å inngå samarbeidsavtaler, jf. spesielt § 6-2 nr. 2 og 5.

En viktig forutsetning for å få til samhandling i praksis er at man har gjensidig tilgang på relevant informasjon knyttet til pasientbehandlingen. Det må sikres at det senere lovutkastet omtaler dette slik at "tilgang på tvers" blir sikret. Derfor bør avtalen inneholde et punkt om at partene forplikter seg til elektronisk samhandling.

Det er Helsedirektoratets oppfatning at partene bør forplikte seg til å ha tilfredsstillende informasjonssikkerhet. Vi foreslår derfor at det tas inn i bestemmelsen at avtalen mellom partene skal inneholde en gjensidig forpliktelse til å følge Norm for informasjonssikkerhet (Normen), som er sektorens egne omforente krav til informasjonssikkerhet. Virksomheter som er tilknyttet Norsk Helsenett er allerede i dag avtalerettslig forpliktet til å følge Normen, men vi foreslår at dette også avtalesfestes i denne samarbeidsavtalen.

Ad § 6-4. Innsending av avtaler til Helsedirektoratet

Departementet foreslår å pålegge de regionale helseforetakene en plikt til å sende alle inngåtte avtaler inn til Helsedirektoratet. Det er imidlertid ikke ment at dette skal være en statlig godkjenningsordning, og staten skal ikke ha myndighet til å overprøve og endre de inngåtte avtalene.

Ad § 6-5. Mekling før avtaleinngåelse

Helsedirektoratet er tiltenkt å skulle mekle mellom partene dersom disse ikke kommer til enighet.

En slik meklerrolle vil være tidkrevende, og er ikke noe Helsedirektoratet i dag er bemannet for å håndtere. Følgelig vil en slik oppgave for direktoratet måtte innebære en oppbemanning og derved behov for ressurstilførsel for å kunne bli håndtert.

Helsedirektoratet bør få en klarere rolle mht normering og følge-med ansvaret – slik vi generelt har i dag.

Departementet bes vurdere nærmere hva som bør være den videre tvisteløsning dersom meklingen ikke fører frem.

Ad § 6-6. Varighet og oppsigelse av avtaler

Helsedirektoratet støtter at avtalene i utgangspunktet løper i fire år.

Det er etter direktoratets syn nødvendig at oppsigelsesfristen på avtalene utvides til to år, da det tar lang tid å reorganisere og reetablere tjenestetilbud.

Annet

Tilsyn utfordres ved at loven skal suppleres med avtaler. Det er uklart hvordan tilsynet i praksis skal føre tilsyn med avtaler gitt med hjemmel i lov.

Til kapittel 7. Individuell plan, koordinator og koordinerende enhet

Elektronisk samhandling

Det er viktig at lovverket legger til rette for elektroniske løsninger i arbeidet med individuell plan som verktøy for koordinering på tvers av virksomheter. I dag er helseregisterloven § 13 til hinder for at ansatte i en virksomhet gis tilgang til en elektronisk individuell plan som ligger i en annen virksomhet. Dette innebærer at kun ansatte i kommunen eller i den virksomheten i spesialisthelsetjenesten som har opprettet den individuelle planen vil kunne få tilgang. Departementet bes om å vurdere muligheten for gjøre unntak fra helseregisterloven § 13 for å løse dette problemet.

Ad § 7-1. Individuell plan

Det er positivt at forankringen av arbeidet med individuell plan legges til kommunen. Ved å presisere dette kan man sikre en rolleavklaring uten å svekke spesialisthelsetjenestens ansvar. Det er naturlig at det er den koordinerende enheten for habilitering og rehabilitering, som systemansvarlig for arbeidet med individuell plan, som skal være ansvarspunktet i kommunen. Det er også naturlig at koordinator i de aller fleste tilfellene rekrutteres blant tjenesteyterne i kommunen

Samarbeid og samhandling

Det er etter direktoratets syn viktig å ha tydelige regler om at de ulike instansene skal samarbeide om planen. Det er derfor bra at det både i forslaget § 7-1 første ledd annet punktum og i spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 første ledd annet punktum er inntatt at henholdsvis kommunen og helseforetaket skal samarbeide med andre tjenesteytere om planen for derigjennom å bidra til et helhetlig tilbud for pasientene.

Slik spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 om individuell plan er utformet, kan det språklig fremstå som noe uklart om plikten til å samarbeide kun gjelder i de tilfeller planen skal utarbeides av helseforetaket jf. første ledd, og når helseforetaket har varslet kommunen om behov for en individuell plan jf. annet ledd siste setning. Det bør ikke herske tvil om at alle parter skal samarbeide, uavhengig av hvem som setter i gang arbeidet med planen.

Tannhelsetjenester hører med i et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud. Individuer med store behov for omsorgstjenester har ofte store behov for tannhelsetjenester. Individuell plan synes å være et godt redskap for å nå de med store behov for tannhelsetjenester. Kommunen bør samarbeide med tannhelsetjenesten og lage rutiner på dette.

Ad § 7-2. Koordinator

Direktoratet støtter lovfesting av rett til koordinator for pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester etter loven. Retten til koordinator må etter direktoratets syn gjelde uavhengig av om pasienten ønsker at det utarbeides en individuell plan. Dette vil kunne bli en praktisk problemstilling i mange saker, og det er derfor god grunn til å presisere dette tydelig i lovteksten, eventuelt i forskrift.

Erfaringer viser at brukere og pasienter i større grad etterspør og ønsker en individuell plan når gode samarbeidsrelasjoner med tjenesteytere er på plass. Det vil derfor være hensiktsmessig å legge til rette for at det opprettes en koordinator, også for de som ikke ønsker en individuell plan.

Det bør videre legges til rette for at koordinatoren kan oppnevnes fra andre samarbeidende sektorer i kommunen, som for eksempel oppvekstsektoren, kultur, idrett, - og opplæringssektoren.

Behov for rolleavklaring

Koordinatoren skal etter lovforslaget ha "et hovedansvar for å sørge for nødvendig oppfølging (...) sikre samordning av tjenestetilbudet og framdrift i arbeidet med individuell plan". Det er etter direktoratets syn nødvendig å tydeliggjøre koordinatorens ansvar, særlig hva som ligger i "å sørge for nødvendig oppfølging". Det er også nødvendig å avklare forholdet til den foreslåtte pasientansvarlige koordinator, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 3-7.

Ad § 7-3. Koordinerende enhet

Helsedirektoratet mener det er bra at kommunens ansvar for å etablere koordinerende enheter lovreguleres, og at systemansvaret for individuell plan plasseres her. For at de koordinerende enhetene skal fylle sin funksjon er det vesentlig at de innrettes med god tilgjengelighet for brukere og pasienter og at de er tverrfaglig organisert og inkluderende. Dette gjelder både i forhold til ulike pasient- og brukergrupper og i forhold til tjenestene de skal koordinere. Etter vårt syn bør koordinerende enhet ivareta koordineringsfunksjonen for *alle* med behov for langvarige og koordinerte tjenester, det vil si også utenfor helse- og omsorgstjenesten.

Direktoratet understreker at det bør synliggjøres en bred og inkluderende forståelse av innholdet i begrepene habilitering og rehabilitering.

Departementet er gjort kjent med at etableringen av koordinerende enheter ikke har skjedd i ønsket tempo. Direktoratet understreker at dersom de koordinerende enheter er tiltenkt utvidede oppgaver vil det kreve økonomiske ressurser for å bygge opp kapasitet, fagkompetanse, ressurser, organisering mv.

Til kapittel 8. Undervisning, praktisk opplæring og utdanning

Ad § 8-1. Undervisning og praktisk opplæring

Kommunene må sørge for at helsepersonellens kompetanse utvikles i takt med behovene i helse- og omsorgstjenesten. Intensjonen med Samhandlingsreformen

innebærer at nye oppgaver for kommunenes helse- og omsorgstjeneste og overføring av oppgaver fra spesialisthelsetjenesten. Reformen vi kreve en personellmessig styrking av kommunehelsetjenesten. Det kreves et styrket fokus på folkehelseperspektivet, forebygging, tidlig intervensjon, psykisk helse og rus. Helsepersonell må ha kompetanse for å motivere og påvirke befolkningen til endring av levevaner.

Til kapittel 9. Rettssikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemning

Forslagene om regulering av tvang innebærer i hovedsak en videreføring av gjeldende rett på området. Helsedirektoratet finner derfor ikke grunn til å kommentere høringsnotatets kapittel 9 nærmere på det nåværende tidspunkt.

Helsedirektoratet støtter at det foretas en samlet gjennomgang av tvangsfeltet.

Til kapittel 10. Tvangstiltak overfor rusmiddelmisbrukere

Forslagene om regulering av tvang innebærer i hovedsak en videreføring av gjeldende rett på området. Helsedirektoratet finner derfor ikke grunn til å kommentere høringsnotatets kapittel 10 nærmere på det nåværende tidspunkt.

Helsedirektoratet støtter at det foretas en samlet gjennomgang av tvangsfeltet.

Til kapittel 11. Finansiering og egenbetaling

Ad § 11-2. Vederlag for helse- og omsorgstjenester

I dag betaler pasientene ikke egenandel ved innleggelse i sykehus. Det er viktig at ulike regler for egenbetaling ikke blir styrende for valg av behandlingsnivå. Ved utarbeidelse av forskriften bør det også tilstrebes at forslaget ikke fører til økte kostnader for pasienten ved valg av innleggelse i kommunal institusjon.

Det går frem i høringsnotatet at det er igangsatt et arbeid med å forenkle vederlagsforskriften. Direktoratet ber i den forbindelse departementet klargjøre om pasienter som innlegges/tilbakeholdes i sykehjem med hjemmel i pasientrettighetsloven kapittel 4A skal avkreves egenbetaling på linje med pasienter som innlegges etter eget samtykke. Til sammenligning vil for eksempel ikke pasienter lagt inn i tvunget psykisk helsevern bli avkrevd egenandel eller vederlag for sitt opphold i institusjon.

Ad § 11-3. Kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten

Gjennom samhandlingsreformen vil nye oppgaver bli utført i kommunen som tidligere ble utført i spesialisthelsetjenesten. Man kan for eksempel se for seg at en del cellegiftbehandling kan gis i lokalmedisinske sentre. Kostnadene til denne type behandling kan være svært høye, og det er ikke lagt opp til noe form for kompensasjon for slike uventede kostnader. Konsekvensen kan bli at kommunene ikke ser seg råd til å gi denne type behandling. Det er i dag to helt forskjellige

finansieringsformer på primær og spesialisthelsetjenesten. Dette eksempelet illustrerer at det er behov for å finne finansieringsmodeller som bidrar til å dempe effekten av spesielle kostnader til behandling i primærhelsetjenesten.

Datagrunnlag og tallgrunnlag

Det må etableres et kunnskapsgrunnlag om prisen og volum på de ulike plassene i primær- og spesialisthelsetjenesten. Pris for en plass i spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenestene vil være helt avgjørende for diskusjonen om lønnsomhet i reformen. Det er derfor av avgjørende betydning at de impliserte parter anerkjenner utregningsmodellene og datagrunnlaget for beslutningen om hva prisen skal være.

I paragraf § 11-3 om kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenester, foreslås det at departementet i forskrift kan gi bestemmelser om kommuners medfinansieringsansvar for pasientbehandling i spesialisttjenesten, herunder fastsette kriterier for hvilke pasientgrupper eller behandlingsformer som skal omfattes. I høringsnotatet er det drøftet ulike modeller for dette. Departementet uttaler at de vil vurdere å innføre kommunal medfinansiering for psykisk helsevern og rus, og gir en foreløpig skisse av hvordan dette kan gjøres. Det er viktig å sikre at bestemmelser gitt i medhold av en forskrift om kommunal medfinansiering, ikke bindes opp av de uferdige forslagene i høringsnotatet, men sikres en bred høring i forhold til alle berørte parter før de fastsettes.

Dersom departementet går for en modell med kommunal medfinansiering, er rettslig reguleringen nødvendig. Det viktige er her at partene gis rom for tilpasninger og endringer uten at loven må endres hver gang. Det rettslige grunnlaget slik det utformes i lov, bør være svært generelt.

Det vises for øvrig til Helsedirektoratets innspill vedrørende dette emnet i Nasjonal helse og omsorgsplan.

Ad § 11-4. Kommunalt finansieringsansvar for utskrivningsklare pasienter

Når det gjelder betaling for ferdigbehandlede pasienter, bør loven gi åpning for at partene kan avtale andre ordninger enn full betaling fra dag 1. I dag går dette fint der hvor foretak og kommuner har laget hensiktsmessige avtaler. Det bør få lov til å fortsette.

Det skisseres at det skal utarbeides forskrift og takstsystem for kommunens finansieringsansvar for utskrivningsklare pasienter. Direktoratet etterlyser imidlertid en diskusjon omkring finansiering av legemidler og eventuelle behandlingshjelpemidler for den aktuelle perioden der kommunene overtar finansieringsansvaret. For eksempel bør det avklares hvorvidt legemiddelkostnader følger pasienten ut til kommunen. I høringen ser det ut til at man har tenkt å stipulere en fast døgntakst ved utskrivning. Det bør avklares om taksten skal ta høyde for variable legemiddelkostnader (som kan være betydelige for kostbare legemidler).

Siden det i økende grad legges opp til at pasienter utskrives til hjemmet med oppfølging av hjemmesykepleie fremfor kommunal institusjon, bør det også tas hensyn til at finansiering slik den er i dag er det pasienten selv, og / eller Helfo via blåreseptordningen, som normalt har betalingsansvaret for legemidlene, ikke kommunen.

Til kapittel 12. Forskjellige bestemmelser

Ad § 12-1. Taushetsplikt

Bestemmelsen inneholder kun en henvisning til forvaltningslovens taushetspliktsbestemmelser. Dette vil kunne virke misvisende i det også helsepersonellovens bestemmelser for taushetsplikt vil kunne komme til anvendelse jf. forslag til ny lov § 2-1.

Helsedirektoratet foreslår derfor at det tas inn i § 12-1 en henvisning til helsepersonellovens taushetspliktsbestemmelser.

Ad § 12-2 . Legefordeling til kommunens helse- og omsorgstjeneste

I innspill til lovarbeid fra Helsedir den 7. april 2010 foreslo direktoratet å sikre hjemmelsgrunnlag for at kommunene kan pålegges å opprette stillinger knyttet til utdanning/opplæring/nyutdannede ved behov.

Dersom det innføres en ordning med nybegynnerstillinger for leger vil vi anbefale at § 12-2 presiseres til også å omfatte denne type stillinger for leger (jf. Helsedirektoratets rapport "Nybyrjarstilling for legar – praktisk og pedagogisk oppfølging av nyutdanna legar" IS-1783).

Hvilke typer legestillinger som omfattes av dagens bestemmelser om legefordeling i kommunehelsetjenesteloven § 1-1a første ledd kan synes uklart, og direktoratet ser derfor et behov for å presisere dette nærmere i den nye loven.

III Merknader til særskilte lover og annet

Innspill på forslag til endringer i helsepersonelloven

Ad helsepersonelloven § 2. Virkeområde

Helsedirektoratet støtter at helsepersonelloven skal gjelde alt personell som yter tjenester etter lov om kommunale helse- og omsorgstjenester.

Lovforslaget innebærer imidlertid at en stor gruppe personell fra sosialtjenesten vil få tillagt en rekke nye plikter etter helsepersonelloven uten at dette fremgår av helsepersonellovens ordlyd. En av de overordnede målsetningene for lovarbeid må være å få et regelverk som på en brukervennlig måte gir oversikt over hvem og hva som blir regulert. Vi stiller oss tvilende til kommunenes mulighet for å praktisere denne loven i tråd med lovgivers intensjoner, så lenge den lovteknisk ikke er tilpasset sosialpersonell og de tjenester disse utfører. Direktoratet antar at det vil kunne bli mange tolknings spørsmål knyttet til lovens personelle virkeområde.

Helsedirektoratet ser at en større endring og utvidelse av helsepersonelloven krever grundigere vurderinger, men vi mener en slik endring ikke kan unngås.

Etter direktoratets oppfatning er det et minimum at man ut fra virkeområdet kan lese når og for hvem loven gjelder. Vår oppfatning er derfor at bestemmelsen om virkeområde i helsepersonelloven må endres. Forslag til endring kan være: "Loven gjelder helsepersonell og virksomheter som yter helsehjelp i riket, *samt personell som yter tjenester etter lov om kommunale helse- og omsorgstjenester*".

De samme hensynene taler også for at det er behov for å vurdere å supplere begrepene "helsepersonell" og "yte helsehjelp" i de bestemmelsene i helsepersonelloven der disse brukes. For å skape et tilstrekkelig oversiktlig og forutsigbart regelverk bør "helsepersonell" suppleres med "*eller personell som yter tjenester etter lov om kommunale helse og omsorgstjenester*". Dette er riktig nok en ordrik tilføyelse, men det vil bidra til at plikten for det nye personellet kommer klart frem. Etter vår vurdering vil ikke dette gjøre det nødvendig å endre definisjonen av "helsepersonell" i helsepersonelloven § 3.

I enkelte av helsepersonellovens bestemmelser er pliktene knyttet opp til "den som yter helsehjelp". Dette gjelder blant annet for plikten til å føre journal i § 39 og opplysningsplikten etter §§ 32 og 33. Helsehjelp er som kjent definert i § 3. Når loven nå foreslås gjort gjeldende for helse- og omsorgstjenester må dette på en eller annen måte fremgå av helsepersonelloven. Forståelsen av rekkevidden av bestemmelsene i helsepersonelloven som viser til handlingen "å yte helsehjelp" vil ellers bli svært uklar og uforutsigbar. Her bør lovgiver ta merarbeidet med å gjennomarbeide helsepersonelloven for å øke brukervennlighet og rettsikkerhet for de nye personellgruppene som pålegges plikter som det er forbundet med ansvar å overtre.

Ad helse personelloven § 3 tredje ledd - definisjon av helsehjelp

Direktoratet slutter seg til at definisjonen av helsehjelp i helsepersonelloven § 3 fjerde ledd utvides til å omfatte pleie og omsorg, og dermed blir identisk med definisjonen av helsehjelp i pasientrettighetsloven. Dette er en teknisk endring – i realiteten tolkes allerede begrepet "helsehjelp" etter helsepersonelloven tilsvarende som begrepet "helsehjelp" i pasientrettighetsloven.

Ad helsepersonelloven § 3 fjerde ledd – definisjon av helseinstitusjon

Det foreslås i høringsnotatet at barneboliger og aldershjem ikke skal regnes som "institusjon", og at det dermed skal stilles noe mindre krav til disse tjenestene. Dette begrunnes med at opphold i barneboliger og aldershjem ikke har som formål å motta helsehjelp, og at det derfor ikke er ønskelig å definere disse to institusjonene som "helseinstitusjon".

Direktoratet mener at det særlig for barnebolig er viktig å etablere et klart og tydelig regelverk for hvilket ansvar både kommunen og personellet har for denne tjenesten, med tanke på at de barna som bor i barneboliger ofte er svært syke og pleietrengende. Det vises til Statens Helsetilsyns rapport 2/2010 – oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2009, der det går frem at regelverket på dette området er uklart for kommunene.

Ad helsepersonelloven kapittel 8 - Dokumentasjonsplikt

Departementet foreslår å utvide journalføringsplikten slik at den gjelder all tjenesteyting/hjelp etter forslaget, og at plikten også skal omfatte personell som yter

personlig assistanse etter lovforslagets § 3-2 første ledd nr. 6. Begrunnelsen er at en begrensning av journalplikten synes vanskelig å praktisere.

Etter Helsedirektoratets vurdering burde en utvidelse av plikten snarere begrunnes i et behov for dokumentasjonsplikt for disse tjenestene /personellgruppene. Dette er tjenester som foregår i brukeres private hjem, og tjenestemottakerne vil være en stor og uensartet gruppe. Et eksempel kan være kronisk syke med behov for personlige assistenter for å kunne delta i arbeidslivet. Andre eksempler er familier med store omsorgsforpliktelser på grunn av funksjonshemmede barn eller familier hvor mor eller far er syk, og som derfor mottar tjenester fra personlige assistenter slik at brukeren skal kunne bo hjemme med familien.

Direktoratet savner en vurdering av den inngripen en dokumentasjonsplikt som den foreslåtte får for enkeltbrukere og deres familiers privatliv, sett i forhold til behovet for dokumentasjon av disse tjenestene. De senere årene har det skjedd en økning i bruken av personlige assistenter. Det finnes eksempler på lokale løsninger hvor unge brukere med fysiske funksjonshemminger har venner og nære bekjente som personlige assistenter som er et alternativ til opphold i institusjon. Dette er en ønsket utvikling og det kan være en fare for at innføring av en dokumentasjonsplikt vil bidra til en profesjonalisering av tjenesten som ikke tjener den enkelte bruker.

I forbindelse med forslaget viser departementet til begrensningen som ligger i at det kun er "relevante og nødvendige" opplysninger som skal journalføres. Høringsnotatet gir ingen føringer i innholdet i vurderingen av hvilke opplysninger som i denne sammenhengen vil anses som relevante og nødvendige og som derfor skal dokumenteres. Tjenesteyterne vil i disse tilfellene ofte være private, og utøvende personell vil i stor grad være ufaglærte og studenter med lite relevant arbeidserfaring. Behovet for opplæring og veiledning vil derfor være stort. Uten slik opplæring vil det være fare for at det blir dokumentert mye unødvendig og lite relevant informasjon om brukere og deres familiers hverdagsliv.

Etter direktoratets vurdering bør det ikke innføres en plikt som kun vil gjelde unntaksvis og oppleves som svært inngripende i de enkelte brukeres og deres familiers privatliv, uten at dette vurderes bredere og at begrunnelsen for slik dokumentasjon beskrives tydeligere.

Ad helsepersonellovens § 16 andre ledd – oppheving av forskriftshjemmel

Gjeldende § 16 andre ledd i helsepersonelloven gir departementet hjemmel til å fastsette forskrift med nærmere bestemmelser om "organisering av virksomhet som yter helsehjelp og om internkontroll". Departementet foreslår å oppheve hjemmelen under henvisning til at den anses overflødig sett i sammenheng med andre bestemmelser om internkontroll.

Direktoratet ser at hjemmelen kan være overflødig i relasjon til internkontroll, da hjemler for internkontrollforskriften også finnes i tjenestelovene og tilsynsloven.

Direktoratet mener imidlertid at hjemmelen til å fastsette forskrifter om organisering av virksomhet som yter helsehjelp ikke bør oppheves. Vi mener at en slik hjemmel kan være hensiktsmessig å ha for å kunne gi forskrifter for virksomheter som yter primærhelsetjenester uten å være en del av kommunehelsetjenesten – det kan bl.a.

være privatpraktiserende allmennleger og fysioterapeuter. Vi viser til at man for eksempel har sikret seg en lignende hjemmel i spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a fjerde ledd; denne er formulert som en adgang til å gi bestemmelser om innhold i tjenestene. I de særskilte merknadene til spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a heter det at "bestemmelsen fortrinnsvis er tenkt benyttet for å stille funksjonskrav til tjenestene. Det vil si at det bare i tilfeller med spesielle behov vil være aktuelt å stille detaljerte krav til bemanning, utstyr og organisering av tjenesten". Tilsvarende oppstilles det i forslaget til ny kommunal helse og omsorgslov § 3-2 flere hjemler for å gi forskrift om krav til innhold i de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

Vi er oppmerksomme på forslaget til hjemmel i § 3-2 siste ledd, men er usikre på om forslaget er ment å dekke behovet vi påpeker ovenfor.

Direktoratet vil for øvrig minne om at vi i forbindelse med et pågående revideringsarbeid av forskrift om legemiddelhåndtering (3. april 2008 nr. 320) i epost av 16. desember 2010 reiste spørsmål for departementet om hjemmelsbetydningen av § 16 annet ledd. Departementet ba etter dette direktoratet om et forslag til ny formulering av § 16 annet ledd. Direktoratet vi komme tilbake til dette, og ber om at eksisterende bestemmelse foreløpig opprettholdes for så vidt gjelder adgangen til å fastsette forskrifter om organisering av virksomhet som yter helsehjelp.

Ad helsepersonelloven § 25. Opplysninger til samarbeidende personell

Innføring av nytt regelverk vil som departementet også påpeker nødvendiggjøre opplæring av personell i bruken av dette. Vi mener dette vil være spesielt viktig i forhold til håndteringen av helsepersonelloven § 25. Forslag til ny lov innebærer blant annet en utvidelse av gruppen som uten pasientens samtykke vil kunne få kjennskap til opplysninger i medhold av denne bestemmelsen.

Det sentrale vurderingstemaet etter bestemmelsen er at utleveringen er nødvendig for å kunne gi forsvarlig helsehjelp eller annen forsvarlig hjelp etter lovforslaget. Vi mener det er behov for at både helsepersonell og øvrig personell som vil omfattes av lovforslaget, gis opplæring i bruken av denne bestemmelsen. Dette bør spesielt knyttes til hva som ligger i begrepet "nødvendig".

Ad helsepersonelloven ny § 38a. Melding om behov for individuell plan og koordinator

Departementet foreslår å presisere i helsepersonelloven ny § 38a at helsepersonell skal ha plikt til å melde fra om pasienters og brukeres behov for individuell plan.

Direktoratet støtter forslaget. Helsepersonells plikt til å melde fra om behov for individuell plan bidrar til å tydeliggjøre ordningen.

Se nærmere under direktoratets uttalelse til ny helse- og omsorgslov § 7-2.

Innspill på forslag til endringer i pasientrettighetsloven

Ad pasientrettighetsloven nye §§ 2-1a og 2-1b. Rett til nødvendig helsehjelp

Departementet foreslår å dele gjeldende pasientrettighetsloven § 2-1 om rett til

nødvendige helsetjenester i to bestemmelser, der ny § 2-1a gjelder helse- og omsorgstjenesten i kommunen og ny § 2-1b gjelder spesialisthelsetjenesten. Pasientens rett til øyeblikkelig hjelp splittes derfor også i to bestemmelser.

Etter direktoratets syn virker det systematisk å gjøre det på den måten, og det øker også lesbarheten for rettighetssubjektene etter loven - pasientene, men det er viktig for tilbudet at tjenestelovene tydeliggjør ansvarsfordelingen for øyeblikkelig hjelp mellom tjenestenivåene. Det vises for øvrig til denne høringsuttalelsens synspunkter på ny kommunal helse- og omsorgslov § 3-5 *Kommunens ansvar for øyeblikkelig hjelp*.

Dersom kommunene får en lovfestet plikt til å sørge for et tilbud om døgnopphold til pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp, vil det være en fordel at retten til et slikt tilbud også kommer til uttrykk i pasientrettighetsloven § 2-1a.

Departementet foreslår i pasientrettighetsloven ny § 2-1a at "*pasienter og brukere har rett til et verdig tjenestetilbud*". Direktoratet er positiv til dette. Vi mener imidlertid at verdighet også bør være en del av kravet til forsvarlige spesialisthelsetjenester.

Ad pasientrettighetsloven § 2-2. Rett til vurdering

Departementet tar opp spørsmålet om behov for lovendringer i pasientrettighetsloven § 2-2 om rett til vurdering innen 30 dager og i spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 om forsvarlighet. Departementet spør om den generelle vurderingsfristen faktisk er for lang, og fører til at henvisninger blir liggende unødige lenge ved at helseforetakene jevnlig lar henvisninger ligge til vurderingsfristen nærmer seg. Departementet foreslår ingen endringer i høringsnotatet, men ønsker høringsinstansens synspunkter på problemstillingen som reises, herunder om behov for kortere generell frist.

Helsedirektoratet mener ikke at det er nødvendig å redusere tiden for rett til vurdering. Det forutsettes at mottatte henvisninger leses og registreres fortløpende. Det skal være slik at en henvisning som beskriver en situasjon som skal håndteres nærmest umiddelbart, som f.eks. mistanke om alvorlig sykdom, blir tatt hånd om omgående og nærmest blir betraktet som "halv-øyeblikkelig" hjelp. Slik situasjonen har vært ved de ulike helseforetakene, har de hatt mer enn nok med å handtere de kravene til vurderingstid som nå gjelder. Man bør ikke belaste systemet ytterligere med fare for at flere fristbrudd oppstår med de negative konsekvensene det får for holdningen generelt til fristbrudd. Har man først fått noen fristbrudd, kan man risikere at det ikke gjør så mye om det kommer noen flere. Fristbrudd bør ikke på noen måte aksepteres, og derfor bør heller ikke helseforetakene belastes unødige med å skulle håndtere henvisninger som det ikke medisinsk sett har noen betydning om venter noen dager fra eller til.

Ad pasientrettighetsloven § 6-1. Barns rett til helsekontroll

Helsedirektoratet imøteser at kommunehelsetjenesteloven § 2-2 om barns rett til helsekontroll, samt foreldrenes plikt til å medvirke til at barnet kommer til helsekontroll, blir videreført i sin helhet i pasientrettighetsloven § 6-1.

Det er imidlertid en bekymring at loven ikke omtaler sanksjonsmuligheter når foreldrene unnlater å møte til helsekontroll med barnet. Per i dag gir ikke denne unnlatsen alene grunnlag for en bekymringsmelding til barnevernet. Dette ikke er i

tråd med barneloven og barnekonvensjon (art. 3 til barnets beste og art. 24 om barns rett til helseoppfølging) og dermed brudd på barns rettsikkerhet.

Helsedirektoratet foreslår at tema utdypes i forskrift for helsestasjons- og skolehelsetjenesten og har følgende forslag til tekst:

- Tjenesten kan innhente opplysninger om at barnets helsekontroller er ivaretatt
- Brudd på plikten til å medvirke til barnets helsekontroller er en begrunnet bekymringsmelding til barnevernet.

Ad pasientrettighetsloven § 7-2. Klage

Departementet foreslår en ny bestemmelse i § 7-2 om at klagen skal sendes til den som har truffet enkeltvedtaket eller avgjørelsen. Som en naturlig konsekvens av dette, oppheves regelen i § 7-1 om anmodning om oppfyllelse.

Direktoratet støtter forslaget. Forslaget om å sende klagen til besluttende organ er en løsning i samsvar med forvaltningslovens ordning. Det er også en løsning som kan bidra til å få saker løst på lavest mulig nivå, men som likevel sikrer at klageprosessen er i gang dersom man ikke får løst saken uten behandling hos klageinstansen. Det vil bidra til å gjøre klagesystemet enklere for pasient/bruker. Klagen bør imidlertid sendes til *organet / institusjonen*, og ikke til det enkelte personell, for å sikre at saken blir ivaretatt, og at ledelsen blir kjent med saken og kan sette i verk eventuelle forbedringstiltak.

Én eller to klageinstanser?

Dagens kompliserte regler om klage og tilsynsordninger, er en rettssikkerhetsmessig utfordring. Den viktigste utfordringen for ny lov er derfor å skape et mer oversiktlig og lett tilgjengelig regelverk. Reglene må være pedagogisk utformet, da de skal være enkle å forstå og praktisere for personer i sårbare situasjoner.

Direktoratet slutter seg derfor til departementets forslag om å harmonisere dagens klageregler for kommunale helse- og omsorgstjenester. En felles klageinstans og felles klageregler mv. vil innebære en forenkling av dagens parallelle klageordninger for personer med sammensatte behov, og den vil bidra til at pasienter og brukere lettere får oversikt over sine rettigheter. Mennesker med psykiske lidelser og ruslidelser benytter i liten grad muligheten til å klage. En forenkling av regelverket kan bidra til at flere vil klage på uforsvarlige tjenester.

Videre er det et viktig grep at klageordningen utvides til at mottakere av tjenester som i dag er regulert av sosialtjenesteloven gis adgang til å klage over *prosessuelle* rettigheter (rett til medvirkning, informasjon, samtykke, individuell plan) etter pasientrettighetsloven.

Ad pasientrettighetsloven § 7-6. Forvaltningslovens anvendelse

Direktoratet slutter seg til forslaget om felles klageadgang for tjenestene, da vi anser at dette styrker brukervennligheten både for pasient og helsetjenesten, så vel som forvaltningen.

Direktoratet kan imidlertid ikke slutte seg departementets forslag til begrensninger i klageinstansen kompetanse.

For det første foreslås det en skjerpet begrensning i klageinstansens mulighet til å overprøve det kommunale skjønnet sammenlignet med begrensningene etter dagens ordning (forvaltningslovens ordning). I § 7-6 første ledd, andre setning at klageinstansen ved prøving av den kommunale helse- og omsorgstjenestens vedtak skal legge stor vekt på hensynet til det kommunale selvstyret. Forutsetningen om at det skal legges *stor* vekt på det kommunale selvstyret i klagesaker binder klagemyndigheten i større grad enn hva som gjelder i dag på helsetjenesteområdet, og direktoratet mener at dette er en svekkelse av pasientenes rettsikkerhet. Direktoratet er inneforstått med at denne begrensningen har sammenheng med gjeldende klageordning på sosialtjenesteområdet, men kan ikke se at dette er tilstrekkelig begrunnelse for å svekke *pasienters* klagerettigheter.

Videre foreslår departementet en ny bestemmelse i pasientrettighetsloven § 7-6 andre ledd som avskjærer klageorganets kompetanse til å treffe nytt vedtak. Direktoratet mener at det vil være svært uheldig om man fjerner klageinstansens nåværende adgang til å fatte et nytt vedtak. Adgangen er en sikkerhetsventil for klager, og direktoratet er bekymret for at endringen kan medføre svekket rettsikkerhet for pasientene. Vi er også bekymret for at klagebehandlingen kan trekke ut dersom klageorganet bare kan oppheve vedtaket og sende det tilbake til kommunen. Videre mener vi at kompetanse til å fatte nytt vedtak er et viktig virkemiddel for overordnede myndigheters styring med sikte på enhetlige praksis i kommunene, samt for korrigerende av uheldige enkeltutslag av det kommunale skjønnet.

Samlet sett mener vi de foreslåtte innskrenkningene i klageinstansens kompetanse er en klar svekkelse av pasientrettighetene.

Innspill på forslag til endringer i spesialisthelsetjenesteloven

Kap. 2 Ansvarsfordeling og generelle oppgaver

Ad § 2-5. Individuell plan

Slik spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 er utformet kan det språklig fremstå som noe uklart om plikten til å samarbeide er begrenset til å gjelde når planen utarbeides av helseforetaket jf. første ledd, og når helseforetaket har varslet kommunen om behov for en individuell plan jf. annet ledd siste setning, der det står at helseforetaket "i slike tilfeller" skal medvirke i kommunens arbeid. Det bør ikke herske tvil om at alle parter skal samarbeide i dette arbeidet, uavhengig av hvem som setter i gang arbeidet med planen. Dette kan med fordel komme enda klarere frem i lovteksten, alternativt bør dette presiseres i lovens premisser.

Ad ny § 2-5 a). Pasientansvarlig koordinator

Helsedirektoratet støtter oppheving av § 3-7 om pasientansvarlig lege, men kan imidlertid ikke støtte forslaget om innføring av en pasientansvarlig koordinator.

Helsedirektoratet foreslår at det lovfestes at det skal oppnevnes en behandlingsansvarlig/hovedansvarlig ifm opphold i helseinstitusjon/sykehus.

Ordningen med pasientansvarlig lege fungerer ikke etter sin hensikt, og den bidrar også til å skape uklarhet om ansvar og oppgaver i tjenesten. Også forventninger fra pasientenes side kan bli et problem - når de ikke innfris.

Eksisterende ordning med pasientansvarlig lege er koblet til journalansvarlig, jf. helsepersonelloven § 39, informasjonsansvarlig § 10, og til den lege som har behandlingsansvaret. Det er i forskriften særlig fremhevet at dette er oppgaver som pasientansvarlig lege vil kunne ivareta. Departementet har imidlertid veket tilbake for å fastsette en bestemmelse om dette, og lagt opp til at de nevnte ansvarsposisjonene også kan ivaretas av flere.

Helsedirektoratets hovedinnvending mot ordningen er at den bidrar til en oppsplitting av ansvaret overfor pasienten. Dette kan dels forklares med at lovgiver ikke har vært konsekvent i sitt krav om at en person skal inneha alle de lovpålagte oppgavene, men at det tvert imot åpnes for at alle de fire ansvarsposisjoner kan betjenes av forskjellige. Dette gir et uklart signal om hva som er hensikten med ordningene, men gir også et feil signal når det gjelder det ansvar som tjenesten har overfor pasienten. Dette er ikke bare uheldig, men kan også være medvirkende til at det i tilsynsrapporter og i andre sammenhenger avdekkes uklarheter om hvem som har det overordnede ansvar for organiseringen knyttet til den enkelte pasient. De mange tilsynsrapporter på området bekrefter i hvert fall at de oppgavene som de ulike ordningene skal ivareta ikke blir fulgt opp.

Et koordinatoransvar kan etter vårt skjønn ikke bøte på disse hovedinnvendingene, men flytter bare den eksisterende "pasientansvarlige lege"-oppgaven til en annen rolleinnehaver med like begrenset ansvar informasjonsansvar, dokumentasjonsansvar osv.

At behandlingsansvarlig også bør være den kontaktperson pasienten får oppgitt og skal forholde seg til bør være en selvfølge. I den grad pasienten skal gjennomgå en behandling som gjør oppfølging viktig bør også forholdene legges til rette for at den som innehar behandlingsansvaret gis mulighet til å ivareta et slikt kontaktansvar. Det er viktig at de som har ansvar for behandlingen av pasienten også har den nødvendige kontakt med pasienten. Dette er nødvendig for å hindre at en slik ansvars plassering får det samme tomme innholdet som bestemmelsen om "pasientansvarlig lege" har fått.

En behandlingsansvarlig lege eller annet helsepersonell vil imidlertid ikke innebære at vedkommende blir ansvarlig for den behandling annet helsepersonell faktisk gir. Det er bare helsepersonellet selv som står ansvarlig, jf. helsepersonelloven § 4, og det er bare tjenesten v/eier/leder som utover dette kan bli ansvarliggjort for svikt og feil i behandlingen, jf. arbeidsgiveransvaret slik dette fremgår av skadeserstatningsloven, jf. også pasientskadeloven. Den behandlingsansvarlige vil i tillegg til bestemmelsene i helsepersonelloven også kunne gjøres ansvarlig for manglende oppfølging av oppgaver knyttet til organisering og koordinering, men det vil i tilfelle være et lederansvar å følge opp dette.

På hvilken måte behandlingen skal organiseres for å oppfylle krav om behandlingsansvarlig, bør være opp til de ulike sykehus selv å avgjøre, da det ikke er mulig å fastsette generelle ordninger for de ulike tjenestetilbud. Avgjørende skal være

at pasienten skal stå i sentrum, og at den som gis et overordnet ansvar for organiseringen også skal være tilgjengelig for både pasienten og for de øvrige helsepersonell som deltar i behandlingen.

Ad ny § 2-6. Utskrivningsklare pasienter

Problemer knyttet til utskrivning av pasienter ved skifte av omsorgsnivå

Det er behov for krav vedr. tydelig ansvars plassering i forbindelse med utskrivning av pasienter fra sykehus som skal følges opp umiddelbart av helsetjenesten (særlig hjemmetjeneste eller fastlege, men også mellom sykehus).

Kapittel 3 Særlig plikter og oppgaver

Ad § 3-3. Meldeplikt til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

Helsedirektoratet mener det er hensiktsmessig å overføre meldeordningen til et non-punitivt organ. Vi tror dette kan bidra til å øke meldefrekvensen, noe som igjen vil kunne føre til økt læring. Imidlertid vil direktoratet påpeke viktigheten av at betydelige personskader fortsatt meldes til tilsynsmyndighetene.

Man må også sikre at systemene som da skal brukes blir mer tilgjengelige, så det blir enklere for de ansatte å benytte meldeordningene. Dette gjelder også i kommunen.

Helsedirektoratet er ifølge blodforskriften databehandlingsansvarlig for hemovigilanssystemet. Driften av systemet ble i 2007 besluttet lagt under Nasjonal enhet for pasientsikkerhet ved Kunnskapssenteret. Ordningen trådte i kraft 1. juni 2007 og bygger på det etablerte, frivillige hemovigilanssystemet som ble opprettet i 2003 og drevet av Norsk forening for immunologi og transfusjonsmedisin.

Etter litt ulike oppfatninger i startfasen om hvem som skal ha tilgang til meldingene i systemet, fungerer ordningen etter direktoratets vurdering i dag meget tilfredsstillende. Kunnskapssenteret mottar meldinger fra tjenestene og har en faglig rådgivningsoppgave ved oppfølging. Helsedirektoratet får oversendt alle meldinger innen 24 timer alle virkedager. Oppdraget til Kunnskapssenteret er gitt gjennom et detaljert oppdragsbrev fra Helsedirektoratet. Det er videre presisert i brev til alle landets blodbanker at Helsedirektoratet er myndighet på området, og at eventuelle pålegg bare kan komme fra Helsedirektoratet.

HOD har understreket at oppgaveoverføringen ikke endrer ansvarsposisjonene mellom etatene.

Helsedirektoratet vurderer for øvrig at lovendringen og begrunnelsen for denne må utredes nærmere.

Ad § 3-4. Kvalitets – og pasientsikkerhetsutvalg

Helsedirektoratet mener at dette fortsatt bør være et lovpålagt organ i spesialisthelsetjenesten.

Det bør også innføres et krav til kommunene om å etablere kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalg.

Slike utvalg bør også ha representasjon fra brukerorganisasjonene, slik at man får inn brukerperspektivet når skade- og klagesaker blir behandlet.

Ad § 3-7. Pasientansvarlig lege – oppheves

Departementet foreslår å oppheve bestemmelsen om pasientansvarlig lege i spesialisthelsetjenesteloven § 3-7, og at det i stedet tas inn en ny bestemmelse i samme lov om pasientansvarlig koordinator.

Helsedirektoratet støtter at ordningen med pasientansvarlig lege oppheves.

Innspill på forslag til endringer i helseregisterloven

Plikt til elektronisk dokumentasjon og forsendelse av helseopplysninger

Helseregisterloven § 16 gir hjemmel for å pålegge standarder for å ivareta sikkerheten. Vi er enige med departementet i at denne bestemmelsen, sammen med § 6, gir tilstrekkelig hjemmel for å kunne gi nødvendige krav til bruk av standarder og funksjonalitet for EPJ. Vi stiller oss derfor bak de foreslåtte endringene i helseregisterloven §§ 6 og 16. Se for øvrig merknadene til bestemmelsene under.

Sertifisering – høringsnotatets avsnitt 32.6.4

Det er et ønske fra direktoratet at det innføres en sertifiseringsordning for at ikke brukeren alene skal sitte med ansvaret for at programvaren som benyttes er i samsvar med lover og regler. En sertifiseringsordning vil også kunne bidra til å forenkle arbeidet med elektronisk samhandling, samt styrke informasjonssikkerheten. En selvdeklareringsordning vil kunne være et steg på veien mot en sertifiseringsordning, men det er viktig at det på sikt blir en sertifiseringsordning der det utføres kontroll med at kravene overholdes.

Departementet har særskilt bedt høringsinstansene kommentere på følgende punkter:

- a. På hvilke områder vil det være mest hensiktsmessig å kreve sertifisering av funksjonskrav og standarder?
- b. Hvor lang frist bør det normalt settes fra slike forskrifters vedtakelse til de trår i kraft?
- c. Behovet for overgangsordninger.

Direktoratet ønsker at det prioriteres å innføre en sertifiseringsordning på følgende områder:

1. Krav til informasjonssikkerhet. På denne måten vil brukeren, forutsatt riktig håndtering av systemet, kunne være sikker på at innkjøpt programvare gir brukeren mulighet til å tilfredsstille lovpålagte krav til informasjonssikkerhet.

2. Krav til elektronisk kommunikasjon. Dette innebærer at systemene er tilrettelagt for elektronisk kommunikasjon i henhold til enhver tid gitte standarder (ebXML etc).
3. Krav til at meldinger er implementert i henhold til vedtatte standarder. Dette vil forenkle arbeidet med utbredelse av elektronisk meldingsutveksling.
4. Krav om at deler av journal kan føres strukturert. Kun ved at journaler er strukturert etter samme standard vil nasjonale løsninger som f.eks. kjernejournal kunne oppdateres med medisinerings, kritisk informasjon etc.

Vi ser for oss at det i 2011 som en første fase vil kunne være aktuelt å sertifisere programvare i forhold til krav til informasjonssikkerhet og andre minstekrav til systemer. Det må imidlertid foretas en utredning av hva en fullstendig sertifiseringsordning skal inneholde og konsekvensene av en slik ordning før en komplett sertifiseringsordning innføres. Direktoratet foreslår derfor at det foretas en utredning av hva en sertifiseringsordning skal inneholde, herunder hvem som skal bli forpliktet ved sertifisering. Vi foreslår at arbeidet tar utgangspunkt i eksisterende sertifiseringsordninger for å vurdere hva som vil være nyttig for helse og omsorgssektoren.

En sertifiseringsordning krever at det bygges opp en organisasjon som kan kontrollere at systemene tilfredsstiller kravene ved å foreta tilsyn eller andre former for kontroller. En slik organisasjonen skal være et eller del av et myndighetsorgan. Det er også nødvendig at det bygges opp en organisasjon/testlab hvor leverandører kan få testet sine systemers funksjonalitet. Oppbygging av en sertifiseringsordning vil uansett ta tid, og vil kreve betydelige investeringer.

Når det gjelder departementets spørsmål til tidspunkt for forskriftenes ikrafttredelse og behov for overgangsordninger, tror vi ikke det vil være nødvendig med lang tid fra forskriftene gis til de kan tre i kraft. De fleste av kravene som nevnt over i punkt 1 – 3 er allerede lovpålagt i dag. Utfordringen for disse kravene er å få dem til å bli fulgt i sektoren, spesielt siden dagens testordning hos KITH ikke kan anses som en sertifiseringsordning. Krav til strukturering av journal vil imidlertid i større grad kreve overgangsordning, da dette ikke er et lovpålagt krav i dag. Hvor lang overgangsperiode som da er nødvendig vil variere ut fra kravene som settes til systemene. Dette er dermed noe som må utredes nærmere når det er enighet om hva kravene til strukturert informasjon skal inneholde.

Standardisert arkitektur

Høringsforslaget uttaler at dokumentet ikke tar for seg muligheten for å stille krav til bruk av standardisert arkitektur. Helseregisterloven § 16 (4) gir imidlertid mulighet for å i forskrift å stille krav til bl.a. "kommunikasjon... og om bruk av standarder". Direktoratet er av den oppfatning at dette innebærer at det i forskrift kan pålegges å ta i bruk standarder generelt, herunder nasjonal samhandlingsarkitektur.

Høringsforslaget, side 382 (siste avsnitt) konstaterer at "Felles nasjonal IKT – infrastruktur vil kreve samordning av nettverk, maskinvare og programvare for alle aktørene i helsesektoren." Vi vil imidlertid stille spørsmål ved hva departementet legger i begrepet "felles IKT infrastruktur", da vår oppfatning av begrepet innebærer

bl.a. felles nettverk og maskinvare for alle aktører. En slik felles infrastruktur som vår forståelse av begrepet legger opp til vil være krevende, og innebærer mer enn kun å ta i bruk nasjonale samhandlingsløsninger.

Direktoratet støtter imidlertid at det kreves en nærmere utredning før det kan stilles krav til å ta i bruk nasjonal samhandlingsarkitektur. I tillegg vil samhandlingsarkitekturen være gjenstand for teknologiske utvikling, og det er ikke nødvendigvis sikkert at forskrift da er den beste måten å få tatt i bruk en nasjonal samhandlingsarkitektur.

Endringer i helseregisterloven

Ad § 3. Saklig virkeområde

Departementet foreslår at helseregisterloven skal komme til anvendelse på behandling av personopplysninger som skjer i tilknytning til at det ytes tjenester som i dag omfattes av sosialtjenesteloven, men som etter lovforslaget vil omfattes av helse- og omsorgsloven. I dag er det personopplysningsloven som regulerer behandling av personopplysninger i tilknytning til tjenester etter sosialtjenesteloven.

Direktoratet mener det er viktig at behandling av alle opplysningene som omfattes av lovforslaget underlegges samme krav, da ett og samme personell i forbindelse med at det ytes tjenester, i gitte situasjoner vil behandle både helseopplysninger og andre opplysninger.

Lovforslaget innebærer at helsepersonellovens regler, herunder reglene om taushetsplikt og journalføring, også skal gjelde for alle som i dag yter tjenester etter lov om sosiale tjenester. Departementet hevder at dette vil gi en personvernmessig gevinst, og at dette i enda større grad vil sikre vernet av privatlivet. Vi er enig med departementet i at det er fornuftig å samordne reglene om taushetsplikt for det personell som arbeider og/eller yter tjenester etter lovforslaget. Vi mener imidlertid at utvidelse av helsepersonelloven til å omfatte annet personell enn helsepersonell ikke er udelt positiv personvernmessig sett, og mener at departementet gir en for unyansert fremstilling av forslaget på dette området. En konsekvens av lovforslaget er blant annet at gruppen med personer som ville kunne anses som samarbeidende personell, jf. helsepersonelloven § 25, utvides til å omfatte personell som i dag yter tjenester etter sosialtjenesteloven. Etter gjeldende rett er det kun pasientens samtykke som kan gi rettsgrunnlag for å utlevere opplysninger til personell som yter tjenester etter sosialtjenesteloven. Forslaget innebærer at det vil lovfestes enn rett for at en større gruppe en tidligere både vil kunne få kjennskap til helseopplysninger, og også vil kunne behandle helseopplysninger, herunder opprette registre, uten pasientens samtykke. Personvernmessig er ikke dette uproblematisk. Vi mener at dette vil svekke beskyttelsen av helseopplysninger, samt pasientenes selvbestemmelsesrett.

Dersom helsepersonelloven gis anvendelse på tjenester slik som foreslått, mener vi imidlertid at hensynet til personvernet for den enkelte taler for at opplysningene reguleres av helseregisterlovens bestemmelser. Helseregisterloven inneholder enkelte bestemmelser som ikke er tilsvarende regulert i personopplysningsloven. Dette gjelder blant annet bestemmelsene om taushetsplikt og forbudet mot urettmessig snoking. En annen viktig forskjell er helseregisterlovens bestemmelse

om forbud mot tilgang til helseopplysninger for andre enn de som arbeider under databehandlingsansvarliges og databehandlers instruksjonsmyndighet, jf. § 13.

Vi mener at det vil innebære en styrking for personvernet dersom helseregisterloven gis anvendelse på behandling av alle opplysninger som omfattes av departementets forslag. Dette vil i noen grad avhjelpe konsekvensene av at personellgruppen som kan få kjenneskap til opplysninger utvides. Generelt sett så mener vi derfor at all behandling av opplysninger som omfattes av lovforslaget skal reguleres av helseregisterloven.

Dersom forslaget blir vedtatt må man imidlertid være oppmerksomme på at det i alle fall i en overgangsperiode vil kunne skape utfordringer at helseregisterloven § 13 også kommer til anvendelse for sosialtjenesten. Helseregisterloven § 13 inneholder et forbud mot tilgang til helseopplysninger i andre virksomheters systemer. En tilsvarende bestemmelse finnes ikke i personopplysningsloven. Et slikt utvidet anvendelsesområde for helseregisterloven § 13 vil kunne være problematisk for flere kommuner som i dag opererer med tilgang på tvers i denne sektoren i samsvar med dagens lovverk.

Et eksempel på dette er samarbeidet mellom NAV og kommunenes sosialtjeneste. Både sosialtjenesten og NAV er i dag underlagt personopplysningsloven, og NAV benytter seg ofte av kommunenes sosialtjenestesystemer. En innføring av forbudet mot tilgang på tvers i sosialtjenester vil dermed påvirke samarbeidet mellom NAV og kommunenes sosialtjeneste. Problemstillingen er også aktuelt der flere kommuner deler en tjenesteutøver, f.eks. deler avlastningsinstitusjoner og PP-tjeneste. Disse må da endre sin nåværende praksis. Forslaget vil skape behov for omlegging og endring av rutiner, og sannsynligvis også kreve omlegging av datasystemer. Vi savner derfor en grundig gjennomgang av økonomiske og administrative konsekvenser av å innføre helsepersonelloven §§ 25 og 45, samt helseregisterloven § 13, for sosialtjenesten.

Ad § 6. Behandlingsrettede helseregistre

Departementet foreslår at det i forskrift kan stilles krav om elektronisk dokumentasjon og kommunikasjon av helseopplysninger mellom elektroniske pasientjournalssystemer.

Per i dag inneholder helseregisterloven § 6, tredje ledd en hjemmel for å gi forskrift om behandling av helseopplysninger i behandlingsrettede helseregistre, herunder godkjenning av programvare og andre forhold som nevnt i helseregisterloven § 16. Dette åpner opp for at det i forskrift kan gis påbud om at pasientjournal skal føres elektronisk. I høringsnotatet foreslås et nytt fjerde ledd i helseregisterloven § 6. Nytt fjerde ledd skal inneholde en hjemmel for å gi forskrift som påbyr elektronisk føring av behandlingsrettede helseregistre samt at utlevering av helseopplysninger skal skje elektronisk (uten å utvide taushetspliktsbestemmelsene).

Helsedirektoratet støtter at det kan forskriftsfestes at pasientjournaler skal føres elektronisk, og at utlevering av opplysninger skal skje elektronisk. Dette gir en mulighet for å pålegge virksomheter, både i spesialisthelsetjenesten og i kommunal helse- og omsorgssektor, å ta i bruk elektronisk meldingsutveksling på et gitt tidspunkt. Uten fullt utbredt meldingsutveksling mellom alle virksomheter vil ikke

bruken av elektronisk meldingsutveksling oppfylle potensialet i den forenklete utvekslingen av informasjon. På hvilket tidspunkt elektronisk pasientjournal blir obligatorisk og på hvilket tidspunkt gitte meldinger skal tas i bruk, må imidlertid senere sees i sammenheng med hvor utbredt bruk av EPJ og elektronisk meldingsutveksling er i ulike sektorer. Ved innføring av forskrift må det derfor vurderes særskilt for ulike virksomheter når opplysninger skal føres og utveksles elektronisk.

Departementet ber i høringsnotatet på side 379 særskilt om tilbakemelding på når krav til elektronisk dokumentasjon og kommunikasjon vil kunne innføres i ulike brukergrupper og innen hvilke områder.

Vi er av den oppfatning av at fra og med 2015 skal alle journal- og fagsystemer i helse- og sosialsektoren føres elektronisk, og elektronisk kommunikasjon skal være hovedmåten å utveksle informasjon på. Når et slikt krav skal innføres vil variere mellom ulike brukergrupper. Det er f.eks. for fastleger utstrakt bruk av elektronisk journal, mens dette ikke er like utbredt for andre grupper. Krav til elektronisk føring av journal og fagsystemer, samt når det innføres krav til elektronisk kommunikasjon, må derfor vurderes særskilt for ulike grupper i ulike sektorer.

Vi vil videre gjøre oppmerksom på usikkerheten rundt pasienters mulighet til å få tilgang til opplysninger i behandlingsrettede helseregistre. Etter vår oppfatning inneholder helseregisterloven § 13 et forbud mot tilgang på tvers også for pasienter. Dette forbudet i § 13 må derfor tas opp til en særskilt vurdering før det innføres et krav om at pasienter skal kunne få elektronisk tilgang til egne opplysninger.

Ad § 16. Sikring av konfidensialitet, integritet, kvalitet og tilgjengelighet

Bestemmelsens fjerde ledd inneholder hjemmel for å gi forskrift der det stilles krav til elektronisk signatur, kommunikasjon og lagringstid, om godkjenning (autorisasjon) av programvare og om bruk av standard, klassifikasjonssystemer og kodeverk, samt hvilke nasjonale eller internasjonale standardsystemer som skal følges. Det er foreslått å endre bestemmelsen ved å legge til ordet "sertifisering" i dagens bestemmelse. Det er divisjonens oppfatning at sertifisering bør nevnes uttrykkelig i helseregisterloven § 16, fjerde ledd, slik at også annet enn programvare kan sertifiseres jf. dagens lovtekst som gir mulighet for å gi forskrift som stiller krav til "godkjenning (autorisasjon) av programvare". Det kan være aktuelt å sertifisere f.eks. meldinger.

Det er også viktig at denne bestemmelsen favner om muligheten til å innføre minstekrav for bruk av systemene, blant annet til overvåkning av kommunikasjonen, håndtering av avvik og oppdatering av elektroniske adresser. Vi er av den oppfatning av at dette følger av muligheten til å stille krav til "elektronisk kommunikasjon" og krav til "bruk av standard", men ber departementet sikre at bestemmelsen inkludere muligheten til å stille slike minstekrav.

Direktoratets forslag til endringer i helseregisterloven

Av forslag til endringer i helseregisterloven fremgår det at loven gjelder behandling av *helseopplysninger* i helseforvaltningen, helse- og omsorgstjenesten, og spesialisthelsetjenesten. Det foreslås altså ikke at det skal fremgå av lovteksten til

helseregisterloven at loven også gjelder for behandling av opplysninger som ikke er å anse som helseopplysninger, men som omfattes av forslaget til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. Vi kan heller ikke se at dette fremgår av forslaget til den nye loven.

Vi er usikre på hva dette innebærer. Er det meningen at begrepet "helseopplysninger" også skal omfatte personopplysninger i tilknytning til tjenester som nå ytes i medhold av sosialtjenesteloven? Etter vår oppfatning innebærer dette i så fall en utvidelse av begrepet, som bør fremgå av definisjonen av helseopplysninger i helseregisterloven § 2 nr. 1. Eller er det gjeldende retts forståelse av begrepet "helseopplysninger" som menes?

For øvrig mener vi det av pedagogiske grunner bør presiseres i helse- og omsorgsloven kapittel 2 at helseregisterloven gjelder for behandling av opplysninger etter helse- og omsorgsloven. Vi viser her til at nye personellgrupper / tjenesteområder nå må forholde seg til helseregisterloven ved at de omfattes av ny helse- og omsorgslov.

Annet

Legemiddelhåndtering ved flytting av omsorgsnivå

Forskrift om legemiddelhåndtering har en bestemmelse (§ 5) der kommunehelsetjenesten har plikt til å sørge for at pasientens fastlege får informasjon om hvilke legemidler pasienten står på. Helsedirektoratet foreslår at det lages en tilsvarende bestemmelse på lovnivå om ansvar for koordinering for pasienter som er mellom ulike helsetjenestenivåer.

Når pasienter flyttes fra et omsorgsnivå til et annet (for eksempel fra sykehjem til sykehus og tilbake til sykehjem etter utskrivning) er det behov for at tjenestene sørger for oppdatert og løpende informasjon om pasientens legemiddelbruk, og særlig der det gjøres endringer. Forskrift om legemiddelhåndtering (av 3. april 2008 nr. 320) inneholder et styringsparameter for å få til samhandling ml kommunehelsetjenesten og fastlegen:

§ 5 Informasjon om legemiddelbruk

Der en pasient har vedtak som omhandler legemiddelhåndtering, skal kommunehelsetjenesten i forståelse med pasienten, sikre at fastlegen til enhver tid får informasjon om pasientens bruk av legemidler rekvirert av andre enn pasientens fastlege.

Slik informasjon vil bli automatisert ved hjelp av e Resept, der pasienten har gitt sitt samtykke hertil (noe forskriften også forutsetter), men informasjonsflyt mellom ulike nivåer er ikke regulert i forskriften. Det er viktig at involverte tjenestenivåer føler et ansvar for å oppdatere hverandre når pasienten skifter omsorgsnivå slik at pasienten ikke blir skadelidende ved at informasjon om endringer i han/hennes legemiddelbruk kommer (for) sent fram eller ikke kommer fram i det hele tatt. Med den foranstående revisjon av forskriften er det naturlig å se behovet for regulering av informasjonsflyt ml omsorgsnivåer i sammenheng med samhandlingsreformen.

Ivaretagelse av barn som pårørende på kommunenivå

Helsedirektoratet foreslår at forslaget til ny lov styrkes når det gjelder ivaretagelse av barn av forelder/foreldre med psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom eller skade.

Helsepersonell har etter helsepersonelloven § 10a plikt til bidra til å ivareta mindreårige barn når deres foreldre blir syke. For spesialisthelsetjenesten er plikten styrket gjennom ny § 3-7a i spesialisthelsetjenesteloven, hvor tjenesten pålegges å ha barneansvarlig personell med ansvar for å fremme og koordinere helsepersonells oppfølging av mindreårige barn. Dette er en organisatorisk løsning som skal sikre at barn ivaretas når omsorgsgiver får behandling i spesialisthelsetjenesten, og som bidrar til å styrke barnas rettsstilling.

Kommunene har ikke en tilsvarende lovpålagt plikt til å finne en organisatorisk løsning for å sikre ivaretagelsen av barna når foreldrene mottar helse- og omsorgshjelp i kommunen. Det foreligger heller ingen plikt til å sikre samhandlingen mellom den barneansvarlige i spesialisthelsetjenesten og kommunen. Vi stiller spørsmålsteget ved om plikten som følger av helsepersonelloven § 10a er tilstrekkelig for å ivareta barn av syke foreldre. Avdelingen foreslår innføring av plikt for kommunen til å finne en organisatorisk løsning som sikrer ivaretagelsen av mindreårige barn av syke foreldre, som kan korrespondere med spesialisthelsetjenestens plikt i spesialisthelsetjenesteloven § 3-7a.

Om begrepsbruk:

"Barn som pårørende" er et begrep i blant annet helsepersonelloven § 10a. Begrepet er svært uheldig. Det impliserer at det aktuelle barn faktisk "parentifiseres" og blir sin forelders forelder, noe det selvsagt aldri blir, og derfor heller ikke bør omtales/oppfattes som. Helsedirektoratet mener derfor at begrepsbruken bør endres til for eksempel: "*Barn av med forelder/foreldre med psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom eller skade*" eller "*Barn av forelder/foreldre i behandling.*"

Videre om begrepsbruk

Direktoratet vil oppfordre lovgiver til å benytte begrepet "personer med rusrelaterte problemer" gjennomgående i teksten. På s.152 benyttes "mennesker med rusrelaterte problemer" Dette er også et langt bedre begrep enn rusmiddelmissbruker. Alternative begreper (som nevnt over) er mer nyansert, mindre stigmatiserende og indikerer ikke kun en gitt tilstand/sykdom.

.....