

Fagråd for nyfødttmedisin og fødsels- og svangerskapsomsorg

Vår referanse:
171210_bjooeg

Deres referanse:
10/01097-3/008

Dato:
17.12.2010

Saksbehandler: Bjørn Øglænd.

Saksbehandler: Eli Hansen
Tlf. 97 64 84 11

Høring – forslag til ny kommunal helse- og omsorgslov, samt innspill på utvalgte temaer til Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015)

Vi takker for forespørsel om å komme med innspill til høringsuttalelse fra Helse Sør-Øst.

**Fagrådets medlemmer har samarbeidet om vedlagte høringsuttalelse.
Kommentarer er lagt inn under hvert punkt i forespørselen av 26.11.10.**

Mvh
Sverre Medbø

Fagråd for nyfødtmedisin og fødsels- og svangerskapsomsorg

Vår referanse:
10/01097-3/008

Deres referanse:

Dato:
26.11.2010

Saksbehandler: Eli Hansen
Tlf. 97 64 84 11

Høring – forslag til ny kommunal helse- og omsorgslov, samt innspill på utvalgte temaer til Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015)

Viser til vedlagte brev fra Helse- og omsorgsdepartementet av 18.10.2010 ang. invitasjon til høring av utkast til ny kommunal helse- og omsorgslov, samt innspill til Nasjonal Helseplan for perioden 2011-2015.

Bakgrunn:

Stortingsmelding nr. 47 "Samhandlingsreformen" ble behandlet i Stortinget 24. april 2010. Departementet forbereder oppfølging på følgende måte: Det er nedsatt et Statssekretærutvalg som styringsgruppe, Samhandlingsavdelingen i HOD koordinerer og driver fram arbeidet.

Forslag til:

- ny Lov om helse- og omsorgstjenester,
- ny Folkehelselov
- Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011-2014

er nå sendt ut på en bred høring. Det er planlagt stortingsbehandling våren 2011 med iverksetting fra 1/1-2012. Helse Sør-Øst RHF er høringsinstans for ny lov om helse- og omsorgstjenester, samt Nasjonal Helseplan. Det er gitt høringsfrist til 18. januar for Helse Sør-Øst. I prosessen med høringsuttale ønsker Helse Sør-Øst RHF å innhente råd fra de aktuelle fagråd om de nye lovforslag og forslag til ny nasjonal helseplan. Vi ber om innspill **innen 20. desember** til Helse Sør-Øst RHF.

Innspill kan sendes elektronisk til: eli.hansen@helse-sorost.no

Departementet har i utsendelsesskrivet sagt at Helse- og omsorgsloven retter seg mot helse- og omsorgstjenesten i kommunene samt helsetjenestens tiltak rettet mot definerte risikogrupper/pasienter. Folkehelseloven retter seg mot systematisk arbeid med faktorer som påvirker helsen i alle sektorer, i kommuner, fylkeskommuner og staten.

Gjennomføring av samhandlingsreformen:

Mål:

- Økt livskvalitet og redusert press på helsevesenet gjennom satsing på helsefremming og forebygging
- Dempet vekst i bruk av sykehustjenester
- Mer helhetlige og koordinerte tjenester

Virkemidler:

- Lover og forskrifter (som nå er på høring)
- Avtaler (lovregulert å etablere samarbeidsavtaler)
- Eierstyring av spesialisthelsetjenesten (oppdragsdokumentet)
- Faglige styringsverktøy (forskrifter, prioriteringsveiledere, krav om pasientsikkerhetsarbeide og kvalitetsarbeide, kvalitetsindikatorer)
- Planarbeid (Nasjonal helse- og omsorgsplan, krav om lokale felles planprosesser)
- Ny finansieringsmodell (kommunalt ansvar for utskrivingsklare pasienter, samt medfinansiering av spesialisthelsetjenesten)

Nasjonal Helseplan:

Konkretisering og gjennomføring av samhandlingsreformen vil være en vesentlig del av Nasjonal helse- og omsorgsplan og speiler derfor innholdet i temaene for høringen. Intensjonen er å utvikle planen til et mer operativt redskap for prioriteringer, samt gi den et tydeligere mål- og resultatfokus.

Planen har fokus på følgende utviklingstrekk for spesialisthelsetjenesten:

- Tjenesten må ses under ett, inkl. avtalespesialister
- Desentraliserte tilbud til de store sykdomsgruppene
- Videreutvikling må skje i takt med endringene i kommunene
- Ytterligere spesialisering, samtidig utvikling av desentrale tjenester
- Lovpålagt samhandling (avtaler/fora, lokale samarbeidsprosjekter, felles planprosesser)

Temaene som presenteres finnes på regjeringens nettside ["si din mening om framtidens helsetjenester"](#) og i vedlagte presentasjon.

Hvert tema presenteres med en situasjonsbeskrivelse, mål og virkemidler.

Om høringen:

Det er i høringsskrivet gitt føringer om at nye lover og nasjonal plan på området skal være en reform, dvs betydelige endringer i måten helsetjenesten innretter seg på. Selv om de største endringene er varslet i kommunene, vil endringene få store konsekvenser også for spesialisthelsetjenesten. Samtidig gir endringen et mulighetsrom til å møte noen av våre store utfordringer på en ny og bedre måte.

Helse Sør-Øst RHF er sammen med øvrige helseregioner invitert til å gi høringsuttale på ordinær måte. I prosessen med høringsuttalen ønsker vi å innhente fagrådernes vurdering av de nye lovforslag og forslag til ny Nasjonal helseplan.

Vi ber om at fagrådet systematiserer sine innspill på følgende måte:

- Det kan gis innspill på loven og Nasjonal Helseplan i ett dokument, imidlertid bør det i dokumentet skilles mellom disse slik at det er mulig for Helse Sør-Øst RHF å levere adskilte høringssvar.
- Nedenfor er det listet opp momenter det er viktig å gi innspill på både mht. plan og lovverk.
- Det er vedlagt kopi av forslaget i Nasjonal helseplan som særskilt omhandler fagrådets område.

Det bes om høringssvar på temaene, samt på en overordnet vurdering av utviklingstrekk og utfordringer på fagrådets område.

Ved høringssvar bes det om å benytte følgende hovedinndeling:

1. Samhandlings- og kompetansemessige forhold (herunder om veiledningsplikten bør være gjensidig)
2. Organisatoriske og avtalemessige forhold, (herunder desentrale og ambulante tjenester)
3. Økonomiske forhold

I det følgende presenteres de lovforslagene som er av størst relevans for spesialisthelsetjenesten med henvisning til hvor i høringsnotatet forslaget er presentert.

Vi ber om at høringssvarene fra fagrådet til lovforslagene bygger på den samme inndelingen som nedenfor. Under de enkelte tema har vi stilt spørsmål som fagrådet bes vurdere for innspill. Det er imidlertid ikke noe i veien for at det gis innspill også til andre forhold enn de vi har stilt spørsmål til.

LOVFORSLAG – SAMHANDLINGSREFORMEN**1. Ny kommunerolle**

I høringsnotatets kapittel 12 redegjøres det for "Fremtidens kommunerolle og forholdet til spesialisthelsetjenesten". I forslag til ny helse- og omsorgslov tydeliggjøres kommunens ansvar ved at kommunen pålegges et helhetlig ansvar for å sørge for helse- og

omsorgstjenester. Lovforslaget viderefører dagens regulering av hva som er kommunal helse- og omsorgstjeneste og hva som er spesialisthelsetjeneste. Det sentrale er fortsatt at kommunene skal tilby nødvendig helse- og omsorgshjelp som ikke er spesialisthelsetjeneste, og at kommunen innenfor disse rammer skal yte et forsvarlig, helhetlig og integrert behandlingstilbud. Høringsnotatet legger til grunn at gråsoner i ansvars plassering skal løses gjennom lovpålagte avtaler mellom helseforetak og kommunene. Departementet ber høringsinstansene komme med andre innspill eller forslag i forhold til hvordan man kan hindre uønskede problemer som følge av "gråsoner" mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.

Anser fagrådet at det er hensiktsmessig å avklare "gråsonene" mellom 1. og 2. linjetjenesten gjennom avtaler, eller burde lovforslaget gitt noe mer føringer for dette?

Fagrådets kommentar:

Avklaring av "gråsonene" mellom spesialisthelsetjeneste og kommunehelsetjeneste vil være vanskelig å generalisere i avtaler.

Helseforetakene må selv i samarbeide med kommunene avklare dette fra sak til sak.

2. Kommunens ansvar for øyeblikkelig hjelp – høringsnotatet kap 13 – lovforslaget § 3-5

Departementet ber om høringsinstansenes synspunkter på om kommunen bør pålegges en plikt til å ha tilbud om døgnopphold i helse- og omsorgstjenesten til pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp. Departementet ber også om kommentarer til om en slik eventuell lovfesting bør suppleres med en bestemmelse om at kommunen vil kunne oppfylle plikten ved å inngå avtale med regionalt helseforetak eller helseforetak om at sistnevnte skal utføre oppgavene på vegne av kommunen. Helseforetaket skal i så fall ikke kunne motsette seg en slik løsning.

Bør kommunene, etter fagrådets vurdering, få en lovmessig plikt til å ha tilbud om døgnopphold i helse- og omsorgstjenesten til pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp? Hvordan bør i tilfelle denne plikten konkretiseres, og hvilke mulige økonomiske forutsetninger bør ligge til grunn for å sikre en god løsning?

Fagrådets kommentar:

For pasienter som tilligger fagrådet for Nyfødttmedisin og fødsels- og svangerskapsomsorg vil behov for innleggelse i døgninstitusjon vanligvis medføre behov for utredning/behandling i spesialisthelsetjenesten.

3. Avtalebasert lovpålagt samarbeid

Det sentrale verktøy for å fremme helhetlig og sammenhengende pasientforløp til beste for den enkelte pasient er forslaget om innføring av avtalebasert lovpålagt samarbeid mellom kommunene og de regionale helseforetakene/helseforetakene. Departementet foreslår å lovregulere samarbeidsavtaler i ny kommunal helse- og omsorgslov, jf lovforslagets kapittel 25 og gjennom forslag til endringer i spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a.

3.1 Organisering av det avtalebaserte samarbeidet mellom kommuner og foretak **Høringsnotatets punkt 25.6.3. og 25.6.4.**

Høringsnotatet legger opp til at det må løses lokalt om oppgavene som kommuner og foretak samarbeider om skal utføres innenfor kommunens allerede eksisterende organisasjon eller om det skal etableres nye institusjonelle løsninger eller organisatoriske tiltak. Det er imidlertid en rekke juridiske begrensninger i denne valget. I høringsnotatet foreslås det ingen endringer i adgangen til å organisere ulike selskapsformer.

Vi ber om at fagrådet benytter sine erfaringer med organisering av ulike samhandlingstiltak, for eksempel 1 ½ – linjetjeneste, og gir innspill til hvilke behov det er for å organisere samarbeidet ved etablering av nye institusjonelle løsninger. Hva har vært spesielt utfordrende med de tiltakene som er etablert/planlegges etablert?

Fagrådets kommentar:

: For pasienter som tilligger fagrådet for Nyfødtmedisin og fødsels- og svangerskapsomsorg vil behov for innleggelse i døgningstjeneste vanligvis medføre behov for utredning/behandling i spesialisthelsetjenesten.

1 ½ linjetjeneste kan være nyttig for å oppnå høy kompetanse og god resursutnyttelse for institusjonstilbud for barn med varige multifunksjonshemminger. Eksempler på velfungerende samarbeidsprosjekter omkring slike tilbud finnes i Kristiansand. Andre avdelinger opplever stadig utfordringer i forhold til pasienter som anses ferdigbehandlet i spesialisthelsetjenesten, men som har behov for resurskrevende pleie fra kommunehelsetjenesten.

Et verktøy i bedret/utvidet bilateralt samarbeide mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten er å samarbeide om jordmørtjenester/stillinger mellom nivåene.

3.2 Krav til samarbeidsavtalenes innhold **Høringsnotatets punkt 25.6.5**

For å legge til rette for at avtalene som inngås mellom kommuner og foretak skal få et felles grunnlag, og for å sikre at avtalene skal bli det tiltenkte verktøyet for gjennomføring av samhandlingsreformen, forslår departementet at det lovfestes et minimumskrav om hva som skal inngå i avtalene og at man overlater til partene på frivillig basis å ta inn det de måtte ønske i tillegg. Krav til avtalens innhold følger av lovforslagets § 6-2.

Departementet foreslår at partene skal ha mulighet til å si opp samarbeidsavtaler med ett års frist, men ber høringsinstansene vurdere hva som vil være mest egnet oppsigelsestid, jf lovforslaget § 6-6. Departementet vurderer også om det er hensiktsmessig å fastsette en avtaleperiode på fire år eller om avtalene bør være tidsbegrenset, og avventer høringsinstansenes uttalelser før det tas standpunkt til dette.

Er de foreslåtte minimumskravene tilstrekkelig? Har fagrådet innspill til eventuelle andre krav som bør stilles?

Fagrådets kommentar:

Minimumskravene er tilstrekkelige. Oppsigelse på 12 mnd anses rimelig.

4. Kommunal medfinansiering - kapittel 30

Det foreslås innført en forskriftshjemmel for kommunal medfinansiering. Kommunal medfinansiering innebærer at kommunene får et økonomisk medansvar for behandlingen i spesialisthelsetjenesten. Kommunal medfinansiering skal gi et insentiv for kommunene til å vurdere hvordan egen innretning av kommunale tjenester kan påvirke forbruket av spesialisthelsetjenester, og motivere kommuner og sykehus til å samarbeide. Det vurderes en kommunal medfinansiering på 20%. Arbeidet med å utrede kommunal medfinansiering er ikke ferdig. Utrekningsarbeidet avgrenses til følgende to modeller:

- Alder: Alle typer behandling for somatiske pasienter over 80 år
- Diagnose: Alle typer henvisninger og innleggelser for medisinske pasienter

Har fagrådet innspill til den videre prosessen med utredning av kommunal medfinansiering? Er det spesielle forhold som kan skape en uforholdsmessig økonomisk risiko?

Fagrådets kommentar:

Problemstillingen er ikke særlig relevant for fagrådets pasientgruppe.

5. Utskrivningsklare pasienter - kapittel 31

I lovforslagets § 11-4 foreslås det lovfestet at kommunen har ansvaret for utskrivningsklare pasienter fra dag én. Det legges til grunn at kommunene vil få overført midler fra de regionale helseforetakene i forbindelse med denne omleggingen. I lovforslagets § 11-4 tredje ledd foreslås det at departementet i forskrift skal fastsette nærmere bestemmelser om ordningens omfang og innhold, kriterier for når en pasient er utskrivningsklar og betalingssetser. Departementet kan også i forskrift regulere hva samarbeidsavtale etter første ledd minimum skal inneholde.

Ser fagrådet spesielle forhold som kan skape en uforholdsmessig økonomisk risiko?

Fagrådets kommentar:

For alvorlig syke nyfødte med sammensatte problemer vil det fra tid til annen oppstå situasjoner der kommunene må etablere utstrakte tjenester for pleie i hjemmet eller i kommunal institusjon. Kommunal finansiering av utskrivningsklare pasienter som ikke lar seg utskrives fra spesialisthelsetjenesten i påvente av etablering av kommunale tjenester vil kunne motivere kommunene til raskere saksbehandling. Slik finansiering vil kunne påføre kommuner betydelig økonomisk risiko, og det vil være vanskelig- særlig for små kommuner- å budsjettere med slike utgifter. Ordninger for finansieringshjelp til kommunene bør utredes. For å stimulere kommuner til å opprette tilbud lokalt kan en ordning med kommunal fullfinansiering uten statlig støtte av sykehusopphold etter at pasienter er meldt utskrivningsklare og en delfinansiering fra kommuner og sentrale myndigheter i tilfeller der kommunen oppretter og iverksetter lokale tilbud vurderes.

6. Lovendringer som understøtter elektronisk samhandling - kapittel 32

Det er allerede igangsatt arbeid med lov og forskrift for å gi helsepersonell nødvendig tilgang til helseopplysninger slik at helsehjelp kan tilbys på en forsvarlig og effektiv måte samtidig som personvern ivaretas. Helse- og omsorgsdepartementet har nylig hatt på høring forslag til forskrift om informasjonssikkerhet, tilgangsstyring og tilgang til helseopplysninger i

behandlingsrettede helseregistre. Departementet har også under utredning en forskrift som skal gi grunnlag for etablering av regional kjernejournal.

I foreliggende høringsnotat drøftes behovet for ytterligere lovendringer som kan understøtte elektronisk samhandling.

Det anføres i høringsnotatet at det er behov for sterkere nasjonal styring for å få til nødvendig elektronisk samhandling. Foreslåtte lovendringer skal tydeliggjøre at elektronisk kommunikasjon er hovedregelen for utveksling av pasientinformasjon. Det foreslås en lovhjemmel i helseregisterloven § 6 med et nytt fjerde ledd som gir hjemmel for at det i forskrift kan kreves at helseregister skal føres og utleveres elektronisk. Det foreslås ingen utvidet rett til kommunikasjon av helseopplysninger, men det foreslås regulert hvordan kommunikasjonen skal skje.

Videre foreslås det lovfestet at spesialisthelsetjenesten og kommunen skal ta hensyn til behovet for effektiv elektronisk samhandling ved anskaffelse og videreutvikling av sine journal- og informasjonssystemer. Dette foreslås inntatt i spesialisthelsetjenesteloven § 3-2 første ledd.

Støtter fagrådet disse forslagene, og er det etter deres vurdering behov for ytterligere endringer for å understøtte elektronisk samhandling?

Fagrådets kommentar

: For gravide/ fødende ville det vært ideelt med elektronisk journal. Inntil videre vil det fortsatt være viktig med papirbasert felles journal mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Fagrådet støtter for øvrig en bedret informasjonsflyt av pasientopplysninger mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten både for gravide, barselkvinner og nyfødte.

7. Individuell plan – koordinator - kapittel 22 og 23

I høringsnotatet foreslås det at hovedansvaret for å utarbeide og koordinere individuell plan legges til kommunen i de tilfelle en person har behov for tjenester både fra kommunen og fra spesialisthelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten får ansvar for å medvirke i arbeidet. Se forslag til lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 7-1 og forslag til endringer i spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 og endring i psykisk helsevernloven § 4-1. Det foreslås en individuell plikt for helsepersonell til å melde fra om behov for individuell plan. Dette forslås inntatt i ny § 38a i helsepersonelloven.

Har fagrådet innspill til at hovedansvaret for individuell plan plasseres hos kommunen, og at helsepersonell får en individuell plikt til å melde fra om behov for individuell plan?

Fagrådets kommentar:

Alvorlig syke nyfødte er en gruppe som i stor grad vil ha behov for individuell plan. Kommunale helsetjenester vil spille stor rolle i videre håndtering av ofte komplekse utfordringer for denne gruppen. Ansvarsplassering i kommunal helsetjeneste anses som den mest formålstjenlige modellen for å plassere ansvar og kompetanse for gjennomføring av habilitering for denne gruppen.

Krav om koordinerende enhet for rehabilitering/habilitering både i spesialisthelsetjenesten og kommunen videreføres slik det fremkommer i forskrift om habilitering og rehabilitering, men foreslås inntatt i forslag til kommunale helse- og omsorgstjenester § 7-3 og spesialisthelsetjenesteloven § 2-5b. Ansvaret for den koordinerende enheten foreslås utvidet til å også ha det overordnede ansvaret for arbeidet med individuelle planer.

Ordningen med pasientansvarlig lege i spesialisthelsetjenesten foreslås endret, slik at den blir mer målrettet. § 3-7 i spesialisthelsetjenesteloven foreslås opphevet. Ordningen foreslås endret til å omfatte pasienter med behov for komplekse eller langvarige og koordinerte spesialisthelsetjenester. Det foreslås at disse pasientene skal ha en pasientansvarlig, profesjonsnøytral koordinator. Det foreslås at pasientansvarlig koordinator skal ha et hovedansvar for å sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte pasient og sikre samordning av tjenestetilbudet og framdrift i arbeidet med individuell plan. Dette foreslås inntatt i ny § 2-5a i spesialisthelsetjenesteloven.

Har fagrådet synspunkter på endringene når det gjelder koordinerende enhet og pasientansvarlig koordinator?

Fagrådets kommentar:

Se over. Fagrådet finner at opprettelse av en koordinerende enhet i kommunen for systemansvar for arbeide omkring individuell plan er fornuftig. Å forbeholde ordningen med pasientansvarlig koordinator til pasienter med spesielle behov anses som fornuftig.

ØVRIGE LOVFORSLAG

8. Pasientforløp i spesialisthelsetjenesten – behov for lovendringer? (38.1)

Departementet stiller i høringsnotatet spørsmål ved om dagens regelverk om vurderingsfrist på 30 dager, jf pasientrettighetsloven § 2-2, er egnet til å understøtte og bidra til gode og forsvarlige pasientforløp. Det foreslås ikke noen lovendring. Departementet ber om høringsinstansenes vurdering av om den generelle vurderingsfristen bør være kortere enn 30 dager for alle henvisninger, for eksempel 10 virkedager, eller om en kortere frist eventuelt bare bør gjelde for enkelte pasientgrupper (slik det er i dag). Samtidig bes høringsinstansene vurdere om ordlyden i § 2-2 skal endres slik at det kommer klart frem at den individuelle fristen som settes for (prioritert) nødvendig helsehjelp i noen tilfelle kan være tidspunktet for innkalling til utredning og ikke nødvendigvis tidspunktet for selve behandlingen.

Har fagrådet kommentarer til dette?

Fagrådets kommentar:

Problemstillingen er ikke relevant for fagrådets pasientgruppe.

9. Forslag til endring av spesialisthelsetjenesteloven om tildeling av avtalehjemler til lege- og psykologspesialister (38.2)

Departementet foreslår endring i spesialisthelsetjenesteloven § 4-2 siste ledd som vil gi departementet en uttrykkelig hjemmel til i forskrift å regulere kriteriene for tildeling av

avtalehjemler til lege- og psykologspesialister og hvordan prosessen ved tildeling skal gjennomføres.

Er det etter fagrådets mening behov for forskriftsregulering av saksbehandlingen ved tildeling av avtalehjemler til lege- og psykologspesialist?

Fagrådets kommentar:

Fagrådet finner det mest tjenlig at helseforetakene organiserer avtalehjemler.

10. Flytting av meldeordningen etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 fra Helsetilsynet til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten – Nasjonal enhet for pasientsikkerhet (38.4)

Det foreslås å flytte meldeordningen etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 fra Helsetilsynet til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Det foreslås å endre meldeordningen slik at ordningen blir et rent utviklings- og læringssystem, slik at helsepersonell kan melde om uønskede hendelser uten frykt for sanksjoner.

Støtter fagrådet dette endringsforslaget?

Fagrådets kommentar:

Helseforetakenes interne systemer for melding og håndtering av uønskede hendelser i spesialisthelsetjenesten vil være det aller viktigste verktøyet for en lærende organisasjon. Man bør sikre at helseforetakene har gode systemer for meldekultur og i tillegg innføre rutiner for at lærdom som kan overføres til andre helseforetak samles og distribueres- gjerne i regi av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Meldinger fra komunehelsetjenesten kan med fordel skje til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.

11. Krav til systematisk pasientsikkerhets- og kvalitetsarbeid i kommunene og spesialisthelsetjenesten. (Kap 19.)

Det foreslås innføring av en ny lovbestemmelse i spesialisthelsetjenesteloven § 3-4b med krav til virksomheter som yter helsetjenester etter spesialisthelsetjenesteloven om systematisk arbeid for å ivareta pasientsikkerhet og kvalitet. Tilsvarende bestemmelse foreslås i kommunal helse- og omsorgslov.

I tillegg foreslås spesialisthelsetjenestelovens § 2-2 endret, og lyder etter forslaget slik:

"Helsetjenester som tilbys eller ytes i henhold til denne loven skal være forsvarlige.

Herunder skal spesialisthelsetjenesten tilrettelegge sine tjenester slik at

- a) personell som utfører tjenestene blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter, og*
- b) den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og integrert helsetjenestetilbud."*

§ 3-4 i spesialisthelsetjenesteloven oppheves, og det foreslås ny § 3-4 om kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalg.

Støtter fagrådet disse endringsforslagene?

Fagrådets kommentar:

Ja

I prosessen med å utarbeide en høringsuttale er det viktig at prinsippene i styresak 108/2008 følges opp mht til samhandling med kommunen.

Vi ber om innspill til vår høringsuttale innen 20. desember.

Med vennlig hilsen
Helse Sør-Øst RHF

Folke Sundelin

Direktør
Medisin og helsefag
Helse Sør-Øst RHF



Ingrid Risland
Direktør
Samfunns- og brukerkontakt

Vedlegg

