



FORSLAG TIL NY KOMMUNAL HELSE- OG OMSORGSLOV - HØRINGSUTTALELSE FRA HOLMESTRAND KOMMUNE.

Utvalg	Møtedato	Saksnummer
Bystyret	15.12.2010	089/10

Rådmannens innstilling

Høringssvaret oversendes Helse- og omsorgsdepartementet i hht. saksframlegget

15.12.2010 Behandlingen i Bystyret:

Rådmannens innstilling ble enstemmig vedtatt.

B-089/10 BYSTYRETS vedtak:

Høringssvaret oversendes Helse- og omsorgsdepartementet i hht. saksframlegget

Dokumenter i saksmappen

Nr	T	Dok.dato	Avsender/Mottaker	Tittel
1	I	18.10.2010	DET KONGELIGE HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT	HØRINGSNOTAT - FORSLAG TIL NY KOMMUNAL HELSE- OG OMSORGSLOV

Sammendrag

Den nye loven vil sammen med forslaget til ny folkehelsetjenesteloven, sosialtjenesteloven og lov om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet. Forslaget er en oppfølging av samhandlingsreformen, St. meld. nr. 47 (2008-2009).

Samhandlingsreformen bygger blant annet på en overordnet målsetting om å redusere sosiale helseforskjeller, og at alle skal ha et likeverdig tilbud om helsetjenester uavhengig av diagnose, bosted, personlig økonomi, kjønn, etnisk bakgrunn og den enkeltes livssituasjon. Når sykdom rammer, er det viktig at folk skal oppleve at de får tilbud om behandling og pleie med kort ventetid og med størst mulig nærhet til brukeren. Målene med samhandlingsreformen er:

- Økt livskvalitet og redusert press på helsevesenet gjennom satsing på helsefremmede og forebyggende arbeid
- Dempet vekst i bruk av sykehus tjenester ved at en større del av helsetjenestene ytes av kommunehelsetjenesten – forutsatt like god eller bedre kvalitet samt kostnadseffektivitet
- Mer helhetlige og koordinerte tjenester til pasienter og brukere gjennom forpliktende samarbeidsavtaler og avtalte behandlingsforløp

Saksutredning

Generelt;

Vi ønsker å se dette lovforslaget i sammenheng med St. meld. 47 om Samhandlingsreformen, og ny lov om folkehelsearbeid og nasjonal helseplan.

Det er en svakhet ved både høringsnotatet og lovforslaget som sådan HOD vil forskriftsfeste mange viktige områder for kommunene og således befolkningen. De viktigste konkrete endringene for kommuner og befolkning i dette høringsnotatet er referert til som "departementet lager forskrift." Når de økonomiske konsekvensene i all hovedsak refereres til som "videreføring og/eller konkretisering av gjeldene plikter" fremstår både høringsnotat og lovforslag lite troverdige på tross av en rekke gode forslag både hva gjelder innhold og organisering i kommunenes "sørge-for-ansvar." En så stor utredning og to nye lovforslag hadde neppe vært nødvendig om hensikten kun var en presisering av kommunenes plikter, utvide deres oppgaver, men ikke finansiere tiltakene. Store omstillinger som det de to aktuelle lovforslagene medfører, må ledsages av egne, definerte, omstillingsmidler for at endringene skal bli vellykkede uten at hverken pasienter eller tjenester blir skadelidende.

I flg. Grunnloven § 82 har Regjeringen plikt til å meddele alle de opplysninger som er nødvendige for å sikre en grundig og forsvarlig lovbehandling, også slik at de negative konsekvenser skal komme frem i dokumentene. Vi mener at den uttalte referering til senere forskrifter svekker mulighetene til å kunne se konsekvensene av lovforslaget for både befolkning og kommuner. Vi støtter innføringen av en "sørge-for-lov," altså en mer overordnet plikt- og tjenestelov, samt en noe mer profesjonsnøytral og diagnoseuavhengig lovgivning enn i dag. Dette vil gi kommunene mulighet for organisering av tjenester ut fra lokale behov, men også gi muligheter for ulikhet i tjenestetilbudet mellom kommuner og således mellom grupper av befolkningen. Vi støtter vurderingene av at det er viktigst å pålegge kommunene konkrete oppgaver for de grupperettede og befolkningsrettede oppgavene (§3.3) hvor pliktene ikke er direkte knyttet til individuelle rettigheter. Presiseringen av helsestasjons- og skolehelsetjenestene i § 3.2 føyer seg inn i dette og støttes.

Samlingen av bestemmelsene fra kommunehelsetjenesteloven og lov om sosiale tjenester til en helse- og omsorgslov med en utvidelse av pasientbegrepet til også å omfatte (brukere)/pasienter i pleie- og omsorgstjenesten er fornuftig. Dette definerer omsorgstjenestene i større grad som helsetjenester, noe de i sitt innhold alltid har vært.

Ansvarsfordeling mellom stat og kommuner, lovens virkeområde (lovforslagets § 1-2);

Forslaget til ny lover vil på mange måter styrke HOD sin posisjon i forhold til kommunesektoren også utover gjeldende rett. HOD kan ved enkelt beslutning treffe vedtak om grensedragningen mellom kommunens ansvarsområder og spesialisthelsetjenestens ansvarsområder, hvor HOD nå også ved enkel beslutning kan definere hva som er kommunens sosial og helsetjenester. Det vises videre til utstrakt bruk av forskriftshjemler, hvor HOD i forhold til viktig regler for kommunen gjennom forskrift både skal fastsette nærmere regler vedr medfinansieringsordning og kommunens ansvar for utskrivningsklare pasienter. Det vises også til at HOD gjennom forskrift kan fastsette kvalitets og funksjonskrav både til fastlegenes virksomhet og kommunens øvrige tjenester. Regelen om at HOD kan påby samarbeid mellom kommuner hvor det er påkrevd for en forsvarlig løsning videreføres, og forsterkes ved at slik påbudshjemmel også gjelder i forhold til sosiale saker.

Lovforslaget vil derfor samlet, etter en rettslig vurdering, kunne innebære en ytterligere maktforskyvning fra kommunesektoren til HOD i forhold til oppgaveutføring og beslutningskompetanse. Det tilføyes at HOD ikke har en generell instruksrett overfor kommuner, men regelen om at HOD ved enkelt beslutning etter spesialisthelsetjenesteloven § 1-2, 2. ledd og forslag til ny helse og sosiallov § 1-2, 2. ledd kan trekke den nærmere grensedragningen mellom kommuners og foretaks ansvarsområder, samt også påby et tvunget kommunesamarbeid, gir HOD et sterkt rettslig virkemiddel overfor kommunesektoren innenfor helse og omsorgsområdet.

Vi er skeptiske til at så store deler av et, for kommunene særdeles viktig regelverk, fastsettes av HOD alene uten vedtak i Stortinget.

Kommunens ansvar for individ- og grupperettede helse- og omsorgstjenester (lovforslagets § 3-2);

Vilkår for rett til tjenester.

Vi mener at vilkårene for å ha rett til tjenester burde vært mer uthevet i foreslått lovtekst, for eksempel gjennom å gi § 3-2 nytt avsnitt hvor definisjonen av nødvendige helse- og omsorgstjenester tas inn og nytt avsnitt med samme formulering som i spesialisthelsetjenesteloven: Retten til helse- og omsorgstjenester gjelder bare dersom pasienten/brukeren kan ha forventet nytte av helse- og omsorgshjelpen, og kostnadene står i rimelig forhold til tiltakets effekt".

Heldøgntjenester i eget hjem.

Vi finner at § 3-2 nr 6 bokstav b er uklar i forhold til kommunenes plikt til å yte heldøgntjenester i eget hjem. Kommunene krever nå tydelige signaler om samfunnet skal ha som ambisjon at pasienter/brukere skal kunne leve med 1:1 omsorg eller mer 24t/døgnet i eget hjem over lengre tid. Dette gjelder etter hvert flere grupper pasienter. De samfunnsøkonomiske konsekvensene er betydelige. 12-kommunesamarbeidet i Vestfold har tidligere beregnet kostprisen for et slikt opplegg til minimum 4 ordinære sykehjemsplasser.

Vi viser til drøftingen og vedtak i Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering 26.05.2008 om hjemmerespiratorbehandling. Prinsippene kan overføres til andre pasientgrupper. Vi viser videre til de tre prioriteringskriteriene som ble formulert av Lønning II utvalget, inkludert i forskriftene til Pasientrettighetsloven i 2000. I henhold til forskriften, stilles det krav om at "pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten etter pasientrettighetsloven § 2-1 annet ledd, når:

- pasienten har et visst prognosetap med hensyn til livslengde eller ikke ubetydelig nedsatt livskvalitet dersom helsehjelpen utsettes og
- pasienten, med det unntaket som er nevnt i § 3 annet ledd, kan ha forventet nytte av helsehjelpen og
- de forventede kostnadene står i et rimelig forhold til tiltakets effekt.

Vi mener at de samme kriteriene må gjelde i kommunenes helse- og omsorgssektor. Det vil innebære at lovverket tydeliggjør at enkeltpersoner ikke kan kreve 1:1 bemanning eller mer 24t/døgnet i egen bolig over lengre tid når kommunen kan tilby verdig og forsvarlig tilbud i samlokalisert bolig eller institusjon.

Kommunikasjonsnett for nødsamband (høringsnotatets kap. 11.6.4);

Fastlegene er i stor grad kommunenes beredskap for sikre kommunens plikter etter kht § 1-3 og nytt lovforslags § 3-2 på dagtid på hverdager, og må således, i likhet med legevaktene, settes opp i TETRA-systemet ved innføring. Dette synes ikke høringsnotatet å ta inn over seg.

Kommunens ansvar for helsefremmende og forebyggende helsearbeid (lovforslagets §§ 3-2 og 3-3, høringsnotatets kap. 14);

Som tidligere nevnt støtter vi høringsnotatet og lovforslagets prioritering av dette arbeidet, som også må ses i sammenheng med ny Folkehelselov. Videre støtter vi poengteringen av kommunen som den sentrale arenaen for både folkehelse-, forebyggende og helsefremmende arbeid.

Vi savner imidlertid en problematisering av egenandelsproblematikken i drøftingene av ulikhet i helse og bruk av helsetjenester mellom ulike sosioøkonomiske grupper i samfunnet. Utviklingen av egenandeler i helsetjenesten generelt, og primærhelsetjenesten spesielt, er et omfattende problem, spesielt for ungdom over 16 år, rusmisbrukere, psykiatriske pasienter og andre svake grupper.

Vi støtter forslagene om mer forebyggende tjenester og oppsøkende virksomhet fra fastlegene, og ser det helt nødvendig at økningen av legeårsverk i kommunene skal komme disse oppgavene til gode. Vi ber derfor departementet konkret om å endre Normaltariffen slik at slik aktivitet blir lovlig for fastlegene. Det er vår erfaring at deres fagmiljø har et sterkt ønske om å gå tydeligere inn i slike oppgaver.

Vi støtter forslaget om at LMS-oppgavene overflyttes fra HF til kommunene, gjerne organisert som interkommunale samarbeidsordninger. Det er viktig at kommunene får tilgang til kompetent personell og økonomiske ressurser.

Befolkningsrettede forebyggende tiltak har stor grad av overlapping med kommunens plikter og oppgaver etter forslaget til ny Folkehelselov. En rekke av kommunes helsetjenester i etter Helse- og omsorgsloven vil være naturlige samarbeidsparter og arenaer for ulike folkehelseiltak. Videre utvikling av dette arbeidet, ofte i partnerskapsmodeller, er helt avhengige av at finansieringsmodellen endres ved at midler tilføres kommunene direkte i stedet for at en betydelig av kommunenes kapasitet benyttes til søknads- og rapporteringsprosesser som trekker ressurser bort fra direkte befolkningsrettede tiltak. Høringsnotatets kapittel 14 og lovforslagets §§ 3-2 og 3-3 inneholder således en rekke gode forslag. At disse i kap. 14.6 kun betegnes som presisering og tydeliggjøring av kommunens ansvar er egnet til å fjerne det løft en rekke tjenester forventet at samhandlingsreformen skulle gi dette arbeidet. Det er således vanskelig å ta departementets uttalte ønske om å styrke forebyggende og helsefremmende arbeid på alvor.

Kommuneoverlegens rolle – medisinsk faglig rådgiver (lovforslagets § 5-5, høringsnotatets kap. 15);

Vi støtter departementets forslag om å videreføre gjeldende rett knyttet til kommunelegen. Vi støtter forslaget om å fjerne kravet om at kommuneoverlegens tilråding skal følge saken når kommunen behandler saker om MHV, smittsomme sykdommer og helsemessig beredskap, da dette uansett er sikret i Forvaltningslovens krav om forsvarlig saksbehandling. Høringsnotatets opplisting av kommuneoverlegens mange oppgaver synes i for liten grad å fokusere på rollen som medisinsk faglig rådgiver for øvrig kommunal helse- og sosialtjeneste. Dette er en stor og viktig del av samfunnsmedisinernes funksjon i kommunene. Høringsnotatet problematiserer problemene omkring kompetanse og kapasitet for det samfunnsmedisinske arbeidet i kommunene. Vi deler ikke noen erfaring som skulle tilsa at det grunnfjellet vi i dag har i kommunal samfunnsmedisin med dedikerte kombileger skal forlates. Når den samfunnsmedisinske kapasiteten i kommunene i Norge er knapp, skyldes dette små stillingsstørrelser og ikke konkurranse med fastlegearbeid. Vi forslår således at dette arbeidet snarere styrkes ved at det opprettes flere kombinerte stillinger med samfunnsmedisinsk hovedstilling og fastlegearbeid som bistilling. Dette vil sikre rekruttering, gi bedre stedfortrederfunksjon og sikre personell til de beredskapsordningene som kommer. De økonomiske konsekvensene knyttet til kap. 15 isolert sett er trolig ikke så store. Det er imidlertid andre nye oppgaver lagt til denne funksjonen, for eksempel i forhold til faglig kompetent oppfølging av fastlegene (s. 209), krav til deres virksomhet gjennom bl.a. kvalitets- og funksjonskrav som gir økte oppgaver for kommunene, og således grunnlag for at økte kommunale kostnader må kompenseres.

Fastlegeordningen – endringer og nye krav til fastlegene (lovforslagets § 3-2 nr. 4, høringsnotates kap. 16);

Vi støtter presseringen av kommunenes "sørge-for-ansvar" og således overordnede ansvar. Som tidligere nevnt støtter vi forslagene om mer forebyggende tjenester og oppsøkende virksomhet fra fastlegene, og gjentar behovet om å endre Normaltariffen slik at slik aktivitet ikke er strid med forskriftsbestemmelsene. Vi støtter ambisjonene om økt bruk av fastleger i offentlig legearbeid i kommunene, men vil minne om at kommunene så langt ikke har hentet ut det potensialet som allerede ligger i aktuelt avtaleverk for dette. Vi støtter tydeliggjøringen av fastlegene som en del av den kommunale helsetjenesten. Vi støtter forslagene om innføring av funksjons- og kvalitetskrav og sikring av allmennlegenes samhandling. Vi tror imidlertid at bruk av incentiver i Normaltariffen er mer egnet enn direkte styring for oppnåelse av dette. Regelmessige tilbakemeldinger til fastlegene ang. egen og andres praksis på prioriterte områder har lenge vært etterspurt av både kommunene og fagmiljøene selv, men det har vært vanskelig å få bl.a. NAV til å levere dette ut. Når det gjelder

prioritering i fastlegenes kliniske arbeid, vil det fort kunne komme konflikt mellom dette og det individuelle behandleransvar, hpl. § 4. Vi deler ikke erfaringen med dårlig oversikt over ordninger og virkemidler i fastlegetjenesten. En overføring av bestemmelser fra avtaler til forskrift vil kunne være nyttig, men som kommune savner vi først og fremst virkemidler overfor de få legene som ikke fyller sine plikter. Vi ønsker således andre sanksjonsmuligheter enn oppsigelse av den individuelle fastlegeavtalen, men er usikre på om annet forhold til per-capita tilskuddet enn å kunne holde dette tilbake vil være rasjonelt.

Fastlegeordningen er blant de best fungerende offentlige/kommunale tjenestene og scorer høyere enn de aller fleste på tilfredshetsbarometre blant brukere av offentlige tjenester. Dette skyldes flere forhold, men først og fremst tilgjengelighet og ivaretagelse av listeansvaret. Fastlegene arbeider i gjennomsnitt 49 timer/uke før vakt. Den relativt høye stykkprisfinansiering er en viktig positiv faktor for å sikre kommunene en legetjeneste med høy grad av tilgjengelighet og kapasitet. En tjeneste med lite eller begrenset stykkprisfinansiering har tidligere skapt store kapasitetsvansker i den kommunale allmennlegetjenesten på 1980- og 90-tallet, med bl.a. betydelig lekkasje av pasienter til legevakten. I forsøket til fastlegeordningen var det en finansieringsmodell relativt lik den som her er foreslått. Erfaringene fra dette var at en slik modell kom dårlig ut for kvinnelige leger og for leger i distriktene. Dette er ikke en ønsket utvikling. Videre er det ikke ønskelig at kommunene skal overta et større økonomisk ansvar for finansiering av de kurative legetjenestene. Økt rammefinansiering vil trolig medføre mindre investering i utstyr, kortere arbeidstid, høyere henvisningsfrekvens til spesialisthelsetjenesten og lekkasje til legevakt. Hverken pasientene, sykehusenes økonomi eller kommunenes/legevaktens økonomi vil være tjent med dette. Vi er således skeptiske til å endre en finansieringsmodell som er mye av grunnlaget for at fastlegeordningen fungerer så godt som den gjør i dag. Vi mener at de stykkprisrettede incentivene i fastlegeordningen (Normaltariffen) kan innrettes slik at både forebyggende arbeid, prioritere pasientgrupper, grupperettet virksomhet, tverrfaglig arbeid o.a. blir prioritert.

Vi støtter forslaget om å utrede endring av legevaktstruktur i hht. rapporten Nasjonalt kompetansesenter for legevaksmedisin, inkludert innføring av legevaktstjeneste som bistilling i form av offentlig legearbeid i kommunene. Dette tiltaket, sentralisering inkludert, må imidlertid ikke innføres uten en betydelig styrking av fastlegenes kliniske kapasitet på dagtid slik at befolkningens tilgjengelighet for øyeblikkelig hjelp ikke forringes, men kun flyttes til dagtid hos fastlege i stedet for kveldstid ved legevakten.

Med unntak av innleggelse i intermediearenheter, støtter vi ikke forslaget om å gi fastleger større innflytelse inntaksprosedyrene i sykehjem. Det medisinske arbeidet i dette bør forestås av tilsynslege og/eller samfunnsmedisinere i kommunen.

Hvis det skal forskriftsfestes plikt til inntil 15 timer offentlig legearbeid for fastlegene må dette følges av en tilsvarende rett til å redusere listelengde slik at legene kan være i stand til å ivareta sine plikter etter hpl. § 4, forsvarlighetskravet. Vi opplever det uheldig å flytte ansvar for et samarbeid mellom kommuner og leger som de aller fleste steder fungerer godt, til statlig myndighet.

Øyeblikkelig hjelp (lovforslagets § 3-5, høringsnotatets kap. 13);

Høringsnotatets forslag om økt kommunalt ansvar for undersøkelse og behandling av pasienter tiltrengende øyeblikkelig hjelp er utfordrende. Gitt tilstrekkelig tilgang på kompetent personell og økonomiske ressurser vil trolig en rekke pasienter vil kunne undersøkes og behandles i kommunale helseinstitusjoner/sykehjem etter henvisning fra fastlege eller legevakt. Tilsvarende vil slike institusjoner i større grad enn i dag kunne ta imot pasienter tidligere fra sykehus. Slike døgnopphold må sikres egen og bedre legetjeneste, bedre sykepleie- og laboratorietjenester enn sykehjemmene har i dag, tilgjengelig 24/7. Da høringsnotatet er svært uklart m.h.t. finansiering av en slik endring, samtidig som forsvarlighetskravet presiseres betydelig er forslaget å fradrå. Det mest uheldige scenariet for befolkningen vil være en kommunal plikt som ikke er finansiert, slik at tilbudet om utredning og behandling ikke er tilstrekkelig godt, samtidig som kommunene vil straffes økonomisk ved bruk av spesialisthelsetjenesten for samme behov. I et slikt lys vil pasientene kunne bli svært skadelidende. Faren for at det vil oppstå nye store gråsoner vurderes betydelig. Lovteksten må derfor beskrive gjeldende arbeids- og ansvarsfordeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten på en langt tydeligere måte. Det må utarbeides nasjonale kriterier for innleggelse og utskrivelse av sykehus. Nasjonale kriterier vil hindre at det lages ulike kriterier fra

sted til sted i landet. Dette vil også sikre en likebehandling av pasienter uavhengig av bosted og sykehustilknytning.

Alder som kriterium for hvor man får helsehjelp må fjernes. Her henvises til det som er omtalt i forhold til personer over 80 år. Det skal alltid være en konkret vurdering av den enkelte pasients lidelse og behov som skal være avgjørende for helsehjelpen som gis. Det kan ikke henvises til avtaler mellom kommuner og helseforetak uten en tydelig beslutning om en nasjonal overordnet rolle- og ansvarsfordeling.

Kommunal medfinansiering (lovforslagets § 11-3, høringsnotatets kap. 30);

Vi er skeptiske til en medfinansiering som medfører et stort behov for analyse og kompetanse for organisering av kommunale helsetjenester i et perspektiv med oppgjørsordninger mellom forvaltningsnivåene. Vi tror dette vil bli en ordning med betydelige beregningsmessige utfordringer, fare for at pasienter ikke får behandling på riktig kompetansenivå og store byråkratiske kostnader. Vi støtter heller en modell med klarere myndighetsmessig regulering av hvilke grupper pasienter som skal behandles i hhv. HF- og kommunehelsetjenesten. Finansieringen må understøtte denne fordelingen. Kommunene har store utfordringer i forhold til å klare å gi et kvalitativt godt nok tilbud til mennesker med psykiske lidelser og rusavhengige. Hovedårsaken til dette ligger i knappeøkonomiske rammer. Til tross for opptrappingsplaner vil kommunene ha behov for ytterligere styrking av rammene for å imøtekomme forventningene som ligger i samhandlingsreformen.

Kommunalt finansieringsansvar for utskrivningsklare pasienter (lovforslagets § 11-4, høringsnotatets kap. 31);

Vi støtter dette forslaget, men vil få presisere at kravene til forskriftsbestemmelsene m.h.t. når en pasient er utskrivningsklar må være entydige. Det må samtidig komme bestemmelser om at kommunen på overordnet medisinsk nivå må kunne kreve å bli tatt med i vurderingene omkring utskrivningsklarhet for den enkelte pasient. Dette vil være en ny oppgave som kommunene må finne løsninger på innen den samme rammen som øyeblikkelig hjelp-innleggelser i pleie- og omsorgstjenestene, og som må fullfinansieres gjennom foreslåtte overføring fra spesialisthelsetjenesten for at forsvarlig tilbud til pasientene skal kunne gis.

Generelt om ansvar for øyeblikkelig help-innleggelser, medfinansiering og utskrivningsklare pasienter;

Disse tre delene av lovforslaget må ses i sammenheng. Gjennom mange år har arbeidsfordelingen mellom kommunehelsetjenesten og annenlinjetjenesten i hovedsak utviklet seg gjennom sedvane. Dette har i stor grad vært styrt av faglig- og teknologisk utvikling. Når HOD nå ønsker å regulere dette gjennom lov- og forskriftsverk vil det være svært viktig at de faglige og økonomiske ressursene er på plass før endringer av ansvar for ulike pasientgruppe endres. Vi er sterkt i tvil om alle disse tre endringene skal gjøres på kort tid. Vi mener at en bør starte med endringene for utskrivningsklare pasienter, evaluere det, og så evt. gå videre med medfinansieringsansvar og øyeblikkelig hjelp innleggeler, forutsatt at ressurser og fagpersonell i mellomtiden har kommet på plass.

Krav til forsvarlighet, pasientsikkerhet og kvalitet (lovforslagets § 4-1, høringsnotatets kap. 19);

Vi støtter presiseringen av ansvar for forsvarlighetskrav på systemnivå. Dette har lenge i for stor grad fungert som et lovkrav rettet hovedsaklig mot det enkelte helsepersonell. I tillegg støttet forslaget om å endre internkontrollforskriftens navn til "Forskrift om styringssystem for helse- og omsorgstjenester"

Det er i lovforslaget beskrevet at det skal utvikles og drifte nasjonale kvalitetsindikatorer både i forhold til fastlegene, men også i forhold til øvrige kommunale tjenester. Det er i høringsnotatet på s. 239 uttalt at det er statens helsetilsyn og Helsetilsynet i fylket som har "*myndighet til å definere hva som anses som forsvarlig eller uforsvarlig...i den enkelte sak*". Det er i den nærmere definering av hva som er forsvarlig lagt til grunn at dette først og fremst er medisinske og fagmessige vurderinger som er må foretas. Det er noe uklart hvorvidt forsvarlighetsstandarden innebærer en endring i forhold til dagens rettstilstand. Det er etter vår vurdering en fare for at både

utarbeidelse og drifting av rettslige standarder gjennom tilsyn, klagebehandling og ikke rettslige bindende virkemidler som retningslinjer, veiledere mv vil medføre en ytterligere maktskyvning fra kommuner til direktorat/helsetilsyn og fylkesmenn. Det er følgelig tilsvarende en fare for at nevnte utvikling vil medføre en oppbygging av personell mv i statsforvaltningen kontra kommunen, og slik oppbygging av "baktung forvaltning" kontra oppbemanning av personell i kommunene.

Elektroniske samhandling (lovforslagets § 4-1 litra c 2. ledd, høringsnotatets kap. 32);

Vi støtter målsetningene om elektronisk dokumentasjon og samhandling i helsetjenesten, men deler ikke departementets vurderinger m.h.t. hvorfor dette ikke er mer implementert allerede. Vi er overbevist om at dette skyldes manglende finansiering i langt større grad enn manglende lovpålegg. Når denne utviklingen nærmest står stille i kommunene skyldes det bl.a. den erfaring kommunene ser at andre aktører har vært utsatt for gjennom lov- og forskriftsregulering, hvor resultatene for tjenesteyterne har vært store kostnader, mens det er for eksempel NAV og Helfo som har hatt gevinstene. Vi mener derfor at nasjonal myndighet må ta et langt større finansielt ansvar for utvikling, investering og drift av elektroniske kommunikasjonsløsninger, inkludert kommunikasjonsmodulene i EPJ-systemene. Det vil alltid være slik at også utviklingskostnadene til slutt vil bli fakturert brukerne av systemene. Det er således kun fulgt av dette at regulering i form av lov og forskrift gir mening.

Lovhjemling av elektronisk dokumentasjon er fornuftig og finansielt uproblematisk. Elektronisk kommunikasjon krever imidlertid store investeringer og driftskostnader for kommunene. Som eksempel kan nevnes at vår kommune måtte koste 100.000 kr. for kommunikasjonsmodulen til helsestasjonsprogrammet HsPro for å kunne sende faktura for jordmor sitt arbeid til Helfo, selv om kostnadene til NHN allerede var tat. Årlig refusjon er på om lag 60.000. I tillegg kommer økte servicekostnader fordi en har denne modulen. Under forutsetning av statlig fullfinansiering støttes forslaget til pålegg om elektronisk kommunikasjon

Høringsnotatet poengterer selv (s. 376) at arbeidsprosessen ved overgang til elektronisk samhandling er undervurdert, og (s. 385) at kostnadene til slutt havner hos brukerne. Videre (s. 384) at forhandlinger, avtaler og incentiver skal benyttes i størst mulig utstrekning, samt (s. 377) at det ikke nødvendigvis er slik at den som har de største utgiftene ved tilrettelegging av elektronisk kommunikasjon også har de største gevinstene. Konklusjonene i høringsnotatet synes ikke å ta høyde for disse sentrale poengene.

NHN er et svært kostbart verktøy å benytte for brukerne av elektronisk samhandling. Vi er ikke i tvil om at hittil svært begrenset bruk av dette skyldes manglende vilje fra nasjonal helsemyndighet til medfinansiering av de tunge økonomiske løftene (investering og drift) som brukerne må gjøre. Når kostnadene er så høye, blir det vanskelig å se de rasjonaliserende gevinstene som vil komme ved utstrakt bruk blant mange aktører.

Vi må i tillegg minne om at bestemmelsene omkring egenbetaling for helsetjenester i kommunene gjør at regningene ikke kan sendes videre til pasientene.

Vi er prinsipielt enige i at utveksling av pasientinformasjon som hovedregel bør skje elektronisk. En lov hjemlet plikt til dette for tjenesteyterne i helsetjenesten må imidlertid følges av fullfinansiering fra statlig side, hvis ikke vil det medføre en ytterligere ressursmessig utarming av flere deler av helsetjenesten med bl.a. sviktende rekruttering til primærhelsetjenesten som konsekvens.

Departementet ber særskilt om høringsinstansenes synspunkter på kravene til elektronisk dokumentasjon og kommunikasjon. Ut fra ovenstående støtter vi innføring av dette snart for alle deler av helsetjenesten, men kan knapt poengtere sterkt nok behovet for statlig finansiering av den elektroniske kommunikasjonen. Dette føyer seg inn i en usedvanlig lang rekke høringsuttalelser fra kommunene siste 10 år. Det å utsette de økonomiske konsekvensene til en evt. forskriftsregulering er således ikke tilfredsstillende.

Vi støtter forslagene om forsvarlige IKT-systemer, og støtter vurderingen av at dette er en videreføring og tydeliggjøring av gjeldende rett. Vurderingen av kostnadene knyttet til elektronisk samhandling er imidlertid helt feil, jfr. ovenstående.

Vi støtter forslagene om krav til funksjonalitet og standarder. Dette vil gjøre etableringen av den elektroniske kommunikasjonen mulig, og er helt nødvendig. Vi tror også at det må lovbestemmelser til for å fortgang i dette. Igjen er det imidlertid slik at sluttregningen vil komme til brukerne av systemene, slik at staten må ta ansvar for kostnadene hos EPJ-leverandørene. Vi ser, gitt finansiering, ikke noen grunn til at dette skal vente til senere.

Vi støtter forslagene om sertifisering, og mener at det kan nevnes særskilt i Helseregisterlovens § 16, forutsatt finansiering. De bør først og fremst komme på følgende områder;

Kommunikasjon med helseregistre.

Utteksling av EPJ-opplysninger mellom ulike virksomheter

Tidsperspektivet mellom vedtak av forskrift og iverksettelse er først og fremst et spørsmål om vilje til statlig finansiering av tiltakene.

Klageordning (høringsnotatets kap. 19);

Statens myndighet for tilsyn og klagebehandling bør samles i ett statlig organ. Dette bør ligge til fylkesmannen i fylkene. Dette vil hindre uklare roller i møtet mellom staten og kommuner.

Det er positivt at kvalitetskrav i forhold til pasientsikkerhet blir behandlet lokalpolitisk (jmf. § 4-2).

Dette betinger imidlertid at kommuner og tilsynsmyndighet har en lik oppfatning av hvilke kvalitetsindikatorer og – krav som skal gjelde.

Det er positivt at statlig klageorgan fratas muligheten til å omgjøre vedtak fattet av kommunen.

Dersom klageorganet er uenig med kommunens vedtak, kan det sende saken tilbake til kommunen. Dette vil gi kommunen en helt ny posisjon vis a vis klageorganet, og samtidig gi kommunen en mulighet til å vurdere saken på nytt.

Avtalebasert lovpålagt samarbeid (lovforslagets kap. 6, høringsnotatets kap. 25);

Departementet har i forhold til forslag om utskrivningsklare pasienter, hvor kommunen skal ha ansvaret for pasienten fra 1. dag, ikke konkludert med hvorvidt man i avtalen kan fravike betalingsansvaret fra 1. dag. Generelt bærer høringsnotatet preg av at man på den ene side ønsker at avtaler skal være bindende, men på den andre siden ønsker man det allikevel ikke for eksempel i forhold til oppgaveløsning. Det er derfor uklart hvor langt partene kan inngå bindende avtaler, og det blir da tilsvarende uklart hvilket mandat og rolle et tvisteløsningsorgan etter avtalen kan gis. Det vil som nevnt uansett være HOD som, uavhengig av en avgjørelse fra et tvisteløsningsorgan, ved enkeltbeslutning kan fastsette hvorvidt det er kommunene eller foretaket som er ansvarlig for en oppgave. Det forhold at det er uklart hvorvidt avtalene er ment å være rettslig bindende i forhold til oppgaveløsning, og det forhold at HOD uansett kan beslutte ansvarsfordeling ved enkeltbeslutning, skaper en klar ubalanse og manglende likeverdighet mellom statsforvaltningen og kommunene.

Det forhold at tvisteløsningsordninger skal avtales lokalt, medfører også at avgjørelser fra et tvisteløsningsorgan ikke vil ha noe rettskildemessig vekt i forhold til andre kommuner hvor tilsvarende spørsmål om uklare ansvarsforhold kan oppstå. Det er også spørsmål om slike lokale tvisteløsningsorgan vil ha tilstrekkelig kompetanse til å ta avgjørelser når en tvist, som antas ikke å skje ofte, bringes inn for organet, og om dette organ derfor kan bidra til å skape forutsigbarhet mellom foretakene og kommunen og at en eventuell avgjørelse etterleves av partene i praksis. Etter vår oppfatning er avtalesystemet for lite utredet i høringsnotatet. For at et eventuelt avtalesystem skal virke og skape likeverdighet mellom partene er derfor nødvendig med nærmere utredninger av virkning av bruk av avtaler i forbindelse med vedtakelsen av ny lov.

Det er i forhold til tvister på barnevernområdet mellom kommuner og stat opprettet et tvisteløsningsorgan på nasjonalt plan som også kan danne mønster for en tilsvarende ordning innenfor helse.

Vedtak om tildeling av tjenester i hjemmet og plass i institusjon (høringsnotatets kap. 9, forvaltningslovens bestemmelser);

Vi støtter forslaget om at forvaltningsloven kun skal gjelde for vedtak som gjelder tjenester i hjemmet og plass i institusjon for et tidsrom over to uker.

Rettsikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkeltpersoner med psykisk utviklingshemming og rusmisbrukere (lovforslagets kap. 9 og 10, høringsnotatets kap. 33 og 34);

Reglene for tvang overfor personer med kognitiv svikt (f.eks. demente) må tas inn i ny Lov om kommunale helse og omsorgstjenester på lik linje med psykisk utviklingshemmede og rusmisbrukere. Bakgrunnen for dette er at saksbehandlingsregler, Fylkesmannens rolle og gjennomføring for alle disse tre gruppene har mange likhetstrekk

Generelt om finansiering av kommunale tjenester i hht. dette lovforslaget;

Vi mener prinsipielt at finansiering av kommunale tjenester etter denne lov skal skje gjennom rammebevilgninger til kommunene. Evt. justering av kommunenes prioriteringer må skje gjennom tilsyn fra Fylkesmannen i hht. denne lov og lov om statlig tilsyn med helsetjenesten.

Juridiske forhold

Høringsuttalelsen i seg selv har ikke juridiske konsekvenser, men lovforslaget som sådan vil ha det, ref. ovenfor.

Økonomiske konsekvenser

Høringsuttalelsen i seg selv har ikke økonomiske konsekvenser, men lovforslaget som sådan vil ha det, ref. ovenfor.

Barn og unges interesser

Høringsuttalelsen i seg selv har ikke konsekvenser for barn og unge, men lovforslaget som sådan vil ha det.

Miljøkonsekvenser

Ikke aktuelt.

HMS

Ikke aktuelt.

Vurderinger

Ny kommunal helse- og omsorgslov vil få stor betydning for kommunene. Forslaget er både en samling og modernisering av eksisterende lovverk. Samtidig tydeliggjøres kommunens overordnede ansvar for helse- og omsorgstjenester ("sørge-for-ansvar"), uten at kommunene samtidig pålegges bestemte måter å organisere tjenestene på. Kommunens plikter skal i all hovedsak videreføres, men pliktene foreslås utformet mer overordnet og profesjonsnøytralt. Dette vil gi kommunene et tydeligere og mer helhetlig ansvar og større frihet til å organisere og tilpasse tilbudet i samsvar med lokale behov.

Det er en stor utfordring at konkretisering av kommunenes plikter, både m.h.t. økonomi og ansvar for tjenesteyting, vil komme i senere forskrifter. En rekke forslag vil kunne forrykke ansvarsfordelingen mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten uten at kommunene er sikret finansiering.

Videre er forslagene m.h.t. elektronisk kommunikasjon og økt kommunalt finansieringsansvar for fastlegeordningen svært krevende.

Videre behandling

Saken oversendes bystyret for endelig vedtak.