

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep

0030 Oslo

Deres ref
200903950-/ AT

Vår ref
2011/274

Dato
18.01.2011

Høringsuttalelse – Forslag til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester

Nasjonalt kompetansesenter for helsetjenestens kommunikasjonsberedskap (KoKom) er høringsinstans for forslag til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. KoKom takker for muligheten til å uttale seg om lovforslaget.

I tillegg til dette lovforslaget er det sendt ut høring på forslag om ny folkehelselov og Nasjonal helse – og omsorgsplan (2011-2015).

Forslag til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester vil erstatte kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven. Forslaget vil og gi endringer i andre lover, bl.a. helsepersonelloven og spesialisthelsetjenesteloven.

KoKom vil i hovedsak kommentere det av lovteksten som er knyttet opp til vårt kjerneområde.

Lovforslagets implikasjon for andre lover

Den nye lovforslaget får implikasjoner for andre lover og forskrifter.

Helsepersonelloven

Det foreslås at helsepersonelloven skal gjelde for alt personell som yter helse og omsorgsarbeid. KoKom støtter dette forslaget. Vi støtter departementets forslag om en samordning av reglene om taushetsplikt. Dette innebærer at taushetsplikt i henhold til helsepersonelloven forvaltningsloven og sosialtjenesteloven vil være gjeldende for helsepersonell. Det er viktig at helsepersonell blir informert om endringen i loven og hvilke konsekvenser denne medfører.

Pasientrettighetsloven

Det blir i høringsnotatet foreslått å gjøre noen endringer i pasientrettighetsloven. Sett ut fra et pasientsynspunkt mener vi det er første setning i dagens lov som er viktig, nemlig at pasienten har rett til øyeblikkelig

hjelp. Denne må etter vårt syn ikke endres. Departementets forslag til ny § 2-1a og b ser vi som redaksjonelle rettelser.

Kommunens ansvar for helse- og omsorgstjenester

Fastlegeordningen

Fastlegeordningen blir diskutert i høringsnotatet kapittel 16 og omtalt bl.a. i lovforslagets § 3.

KoKom slutter seg til departementets ønske om å stimulere kommunene til å se fastlegefunksjonen i sammenheng med sitt øvrige tjenestetilbud. Vi deler synspunktet på at det er et grunnlag for bekymring at bare omkring halvparten av fastlegene deltar i kommunal legevaktsordning. Fastlegene er, innenfor arbeidstiden, også ansvarlige for det akuttmedisinske tilbudet til sine pasienter. Det er imidlertid grunn til å tro at arbeidsmengden med dette for de fleste er begrenset. Innenfor KoKoms mandatområde, medisinsk nødmeldetjeneste, betyr det at en vesentlig andel av fastlegekorpset ikke får den nødvendige mengdetrening. Dette vil gjelde så vel for akuttmedisin som for praktisk kjennskap til relevant kommunikasjonsutstyr og -prosedyrer.

KoKom slutter seg til at det er hensiktsmessig å regulere sentrale rettigheter og plikter på forskrifts- heller enn avtalenivå. Med en forskriftsmessig forankring vil oppfølging av avvik være betydelig enklere enn når det forutsetter innvirkning fra et flertall avtalepartnere.

Kommunens ansvar ved ulykker og akutte situasjoner

Kommunens ansvar ved ulykker og andre akutte situasjoner er ivarettatt i lovforslaget gjennom §§ 3-2 punkt 3, 3-5 og 5-3. I § 5-2 blir kommunens plikt til å utarbeide en beredskapsplan for helse og omsorgstjenesten fastslått. Vi ser det som en videreføring av gjeldende lovtekst hva gjelder medisinsk nødmeldetjeneste og beredskap.

Høringsdokumentet gir en god drøfting av begrepet øyeblikkelig hjelp. I § 3-5 får kommunene en plikt til å motta øyeblikkelig hjelp. Vi vil anta at presisering som § 3.5 sier er nødvendig. På den andre siden er det her grenseoppganger mot spesialisthelsetjenesten som må avklares.

Legevakt

Legevakt får en bred omtale i høringsnotatet. Vi merker oss at departementet vil komme tilbake til spørsmål om legevakt gjennom eget høringsnotat. Dette vil bli gjennomgått i en separat prosess ved KoKom.

Samarbeid mellom kommuner og regionale helseforetak

Lovforslagets kapittel 6 omtaler samarbeid mellom regionale helseforetak og kommunene. I henhold til forslaget får kommunene plikt til å inngå samarbeidsavtale med det regionale helseforetaket eller med helseforetak etter det regionale helseforetaks beslutning.

Krav til avtalens innhold blir omtalt i § 6.2. KoKom savner i denne paragrafen et punkt som spesifikt omtaler medisinsk nødmeldetjeneste

Da medisinsk nødmeldetjeneste ble opprettet, gav Sosialdepartementet i 1990 ut forskrift om medisinsk nødmeldetjeneste. I denne forskriften ble kommuner og fylkeskommunen pålagt å samarbeide om denne tjenesten. Samarbeidet dreide seg om teknisk så vel som operative drift. Dette samarbeidet resulterte i at det flere steder ble inngått samarbeidsavtaler med kommune og fylkeskommune hvor også økonomiske forhold ble omtalt. I forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus viser § 7 til at kommune og helseforetak har et gjensidig samordningsansvar hva gjelder kommunikasjonen mellom kommunale legevaktordning og øvrige akuttmedisinske tjenester. Selv om samordningsansvaret er forskriftsfestet, foreslår vi at medisinsk nødmeldetjeneste og samarbeid i akuttmedisinske situasjoner omtales som et særskilt punkt i § 6-2. Dette synet støttes slik vi leser det av Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015). Helsetilsynet har i klagesaker knyttet til akuttmedisinske hendelser blant annet vist til mangelfull samhandling mellom kommunehelsetjenesten (legevakt) og spesialisthelsetjenesten.

I loven eller i merknader til loven bør det fremkomme at avtale om medisinsk nødmeldetjeneste skal omfatte at det etableres et forpliktende samarbeid i akuttmedisinske situasjoner samt samarbeid om de tekniske løsningene.

I krav til avtalens innhold blir det i § 6-2 punkt 3 omtalt tiltak mot unødvendig innleggelse av pasienter i sykehus. Vi kan ikke se at høringsnotatet gir en definisjon av begrepet unødvendig innleggelse. Etter at en pasient har gjennomgått nødvendige undersøkelser, prøver og observasjon kan man kanskje hevde undersøkelsen med mer kunne vært foretatt på et lavere omsorgsnivå enn et sykehus. Dermed er det ikke sagt at innleggelsen var unødvendig. Vi vil foreslå at punkt § 6-2 punkt 3 utgår.

KoKom støtter at det i noen kommuner etableres senger for observasjon og behandling av pasienter som et kommunalt ansvar. Slike observasjonssenger må kunne ta imot pasienter hver dag hele døgnet. I forbindelse med "kommunale observasjonssenger" bør det benyttes telemedisinske løsninger slik at sykehuset kan delta med blant annet faglige råd i behandlingen. En kan her se for seg at akuttmedisinsk kommunikasjonssentral (AMK-sentral) kan få oppgaver som kommunikasjonsknutepunkt mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. KoKom tar gjerne del i å utrede og teste slike tjenester i vår simulator.

Avtale om organisering og finansiering av oppgaver som det samarbeides om blir omtalt i § 6-2, pkt 8. Som nevnt over kommer departementet tilbake til legevakt i en egen høring. Fra KoKoms side ønsker vi imidlertid å understreke allerede nå at prehospital akuttmedisin er et oppgavefelt der nært samarbeid mellom kommune og helseforetak er en forutsetning for at befolkningen mottar tjenester på et akseptabelt faglig og organisatorisk kvalitetsnivå.

Tjenesten er i dag forankret i forskrift om akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus. I forbindelse med den aktuelle gjennomgangen av regelverket med fokus på samhandling, er det grunnlag for å se på gjeldende bestemmelser på området på nytt, med sikte på å regelverksfeste forutsetninger som skal til for å få denne samhandlingen til å fungere, ikke minst i urbane og periurbane områder.

Forsvarlige IKT-systemer og hensynet til e- samhandling

Vi deler høringsnotatets vurderinger om behov for standardisering. Det er en forutsetning at kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten forholder seg til det samme sett av protokoller og formater for utveksling av informasjon, dersom samhandlingen skal kunne bli bedre.

Fra et akuttmedisinsk ståsted vil en effektiv og dynamisk informasjonsstrøm mellom aktørene være en nødvendighet for å kunne gi publikum den nødvendige tillit og behandlingspersonalet nødvendig trygghet for å gjennomføre medisinske prosedyrer. En del prosedyrer iverksettes av f.eks. ambulansearbeider først etter konferanse med spesialist i sykehus. En kan tenke seg tilsvarende forhold mellom primær og spesialisthelsetjenestene i en samhandlingssituasjon. Bruken av IKT systemer vil kunne bidra til økt trygghet for behandler og å sikre pasienten et kvalitativt godt tilbud på et lavere behandlingsnivå.

Vi er av den oppfatning at kravene til elektronisk samhandling må være tilpasset kommunens tjenestenivå, og at spesialisthelsetjenesten må være pålagt å kunne ta imot alle standardiserte formater. Dette vil gjøre det mulig å nivåinndeले tilbudene som kommuner av ulik størrelse og kapasitet har, og bidra til å holde kostnadene nede for kommuner som velger å dekke befolkningens tilbud ved å kjøpe tjenester eksternt.

KoKom støtter synspunktet om at det vil være hensiktsmessig og nødvendig å ta i bruk pålegg i lov og forskrift som virkemiddel for å kunne oppnå elektronisk samhandling innen rimelig tid.

Sertifisering

KoKom har erfaring som testinstans for utstyr til helseradionettet. Dette innebærer å teste utstyr og programvare slik at både kommunikasjonsprotokoller og funksjonalitet blir i oppfylt i tråd med de spesifikasjonene som foreligger.

Vår erfaring er at en sertifisering sikrer at systemets opprinnelige funksjonalitet opprettholdes, men at tilgangen til godkjente produkter blir lav. Godkjenningen er i vårt tilfelle ikke avgiftsbelagt, men det krever likevel en del ressurser, fra leverandøren, knyttet til tilpassningsarbeid i forbindelse med lansering av nye produkter. Dette fører til at man får redusert innovasjon, og at kun "gamle" modeller blir tilgjengelig.

Brukerne finner det også krevende at man ikke får anledning til å anskaffe utstyr etter egen beskrivelse/ behov, uten at leverandøren gjør en godkjenning. Leverandørene ønsker lav risiko og krever gjerne at første kunden dekker store deler av kostnaden ved godkjenning, dette bidrar også til redusert innovasjon og produktutvikling.

Basert på våre erfaringer vil derfor anbefale at man begrenser sertifiseringsordningen til standardisering av meldinger, og etablerer systemer for "selv test" slik at kostnaden med ordningen blir lavest mulig. Funksjonelle systembeskrivelser bør etableres for alle system og evt. del system slik at leverandørene har mulighet til å få rammer for sin virksomhet. På en del områder innenfor helsevesenet er markedet svært begrenset, og vi frykter at en omfattende og kostbar godkjenningsordning vil kunne redusere innovasjon og tilgang på nye og mer effektive applikasjoner og anvendelsesområder.

I høringsnotatet ber departementet høringsinstansene om særskilt kommentar på tre spørsmål

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

Funksjonskrav:

Alle systemer som skal leveres til helsetjenesten bør ha spesifikasjoner som beskriver funksjonalitet og verifikasjonskrav så entydig som mulig.

Det er vesentlig at brukermiljøene blir hørt i prosessen med å utarbeide spesifikasjoner.

Standarder:

Det bør spesifiseres minimumsstandarder til protokoller og format slik at meldinger kan utveksles mellom applikasjoner fra ulike leverandører. Det bør også stilles krav til verifikasjonsmetode for å sikre at en melding er mottatt.

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

Avhengig av omfanget bør leverandørenes tid til implementering av endringer være maksimalt 6 mnd. etter at en forskrift er godkjent.

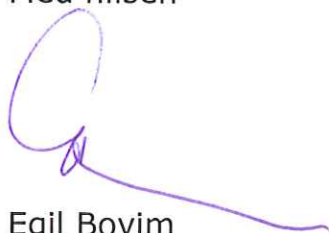
c. Behov for overgangsordninger.

Ingen overgangsordninger bør etableres, men det bør være mulighet for helseforetak og kommuner å søke om dispensasjon fra krav, dersom man må gjøre ny utlysning, eller av en eller annen ikke teknisk grunn ikke kan få gjennomført leveransen.

Konklusjon:

KoKom slutter seg i det alt vesentlige til de forslagene som fremkommer, men påpeker at det på noen områder er behov for en noe sterkere presisering. Etter vårt syn vil presiseringene ikke gå utover den handlefrihet som aktørene i helsetjenesten bør ha for å kunne videreutvikle tjenesten i tråd med faglige, organisatoriske og teknologiske utviklinger i fremtiden.

Med hilsen



Egil Bovim
direktør



Åge Jensen
rådgiver