

SAKSFREMLEGG

Sak nr.

Saksmappe nr: 2010/3610 Arkiv: Saksbehandler: Hege Askestad

Til behandling i:

Saksnr	Utvalg	Møtedato
81/2010	Tjenesteutvalget	08.12.2010
	Råd for eldre og mennesker med nedsatt funksjonsevne	
	Kommunestyret	

Forslag til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester - høringsuttalelse

Rådmannens forslag til vedtak:

Helse- og omsorgsdepartementet sendte, den 18.10.2010, ut forslag til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester på høring, med høringsfrist, den 18.01.2011. Lier kommune avgir med dette, følgende høringsuttalelse:

Generelt

- Det er viktig å påpeke at dersom formålet med den nye loven skal nås, må kommunene overføres betydelig mer ressurser enn det som er tilfelle i dag. Ved gjeldende lovgivning er det et stort gap mellom kommunens oppgaver og de ressurser som staten stiller til disposisjon for å gjennomføre disse oppgavene. Dette forholdet må endres betydelige innen iverksettelsestidspunktet til den nye loven.

Til lovforslagets § 3-1

Lier kommune deler departementets syn om at det er nødvendig å ha en ordning som tilgodeser den enkelte hjelpetrengendes behov for å søke hjelp der dette synes mest hensiktsmessig, og unngå at pasientene og brukerne blir kasteballer mellom kommuner, og slutter seg til at loven bør ha oppholdsprinsippet som hovedregel.

Imidlertid deler ikke Lier kommune departementets syn om ikke å videreføre reglene i dagens sosialtjenestelov § 10 andre ledd om at oppholdskommunen forut for inntaket i institusjoner skal være ansvarlig for å yte tjenester under oppholdet, og adgang til å kreve refusjon fra oppholdskommunen forut for inntaket i institusjonen.

Lier kommune vil peke på de betydelige utfordringer som oppholdsprinsippet gir for de store turistkommunene, med den boliggyrningen som er i ferd med å skje med hyttebebyggelsen, og at kommuner som er vertskommune for store institusjoner blir ekstra belastet med oppgaver og kostnader, ved at pasienter som ledd i utskrivningen blir bosatt i den kommunen hvor institusjonen ligger. Denne merkostnad er ytterligere forsterket de senere år hvor det har vært en sterk fremvekst av private institusjonslignende boligtiltak i enkelte kommuner. Selv om den såkalte privatpleien ble avviklet for flere år siden, har veksten i nevnte boliger/institusjoner nærmest opprettholdt denne privatpleien.

Det er derfor ikke tilstrekkelig at dagens lovfestede refusjonsadgang blir erstattet med adgang for departementet til å gi forskrifter om utgiftsfordeling mellom kommuner, når en pasient eller bruker får tjenester fra en annen kommune enn den kommunen der vedkommende er fast bosatt, eller har fast oppholdssted.

For øvrig bør etablering av institusjonslignende boliger godkjennes med hjemmel i ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, av den kommune de ligger i, og driften være under tilsyn av fylkesmannen.

Til lovforslagets § 3-3

- Det er vanskelig å måle effekten av helsefremmende og forebyggende arbeid. Derfor vil det være nødvendig, i dialog med kommunene, å komme frem til kriterier for å måle effekten av helsefremmende og forebyggende arbeid.

Til lovforslagets § 3-4

- Det synes urimelig at kommunen ”til en hver tid” skal ha oversikt over helsetilstanden i befolkningen og de positive og negative faktorer som kan innvirke på denne. Dette er ikke praktisk mulig, bestemmelsen ”kommunen skal ha oversikt over.....”, bør være tilstrekkelig.

Til lovforslagets § 3-5

- Det forutsettes at dersom det lovfestes at kommunen skal sørge for tilbud om døgnopphold for helse- og omsorgstjenester, til pasienter med behov for øyeblikkelig helsehjelp, vil en slik lovfesting bli supplert med en bestemmelse om at kommunen vil kunne oppfylle plikten ved å inngå avtale med andre kommuner eller helseforetak.

Til lovforslagets kapittel 4

- Når det gjelder kvalitetsdefinisjonen, så er det viktig å ha en definisjon som kan måles, enten objektivt eller subjektivt (opplevd kvalitet). Kommunene i Norge har lang og god erfaring med bruker- og pårørendeundersøkelser, basert på opplevd kvalitet som grunnlag for vårt forbedringsarbeid. Lovforslagets § 4-3, kan etter Lier kommunes vurdering, med fordel tas ut. Denne bestemmelsen er nærmest å anse som en ”resultatavtale” mellom departementet og direktoratet og bør kunne reguleres på annen måte.

Til lovforslagets § 5-5

- I tråd med gjeldende praksis bør begrepet ”kommuneoverlege”, benyttes gjennomgående. Det bør være en bedre samordning mellom lovteksten i § 28 i forslaget til ny lov om folkehelsearbeid og § 5-5 i forslaget til lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. § 5-5 bør inneholde en føring om at kommuner kan samarbeide om funksjonen som kommunelege, samt at deltakelse i lokal redningssentral ikke behøver å forankres i begge lover, men passer best inn i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester.

Det er behov for en revidert forskrift om fastlegeordningen, med innføring av nasjonale kvalitets- og funksjonskrav og tilhørende rapportering.

Til lovforslagets kapittel 6

- I høringsnotatet vektlegger departementet ikke ubetydelige stordriftsfordeler ved at kommuner samarbeider om å løse oppgaver innenfor helse- og omsorgstjenesten. Denne vurderingen deles i hovedsak, men stordriftsulempene er for lite vektlagt. Eksempelvis har ikke alltid sammenslåing av sykehus til større enheter gitt tilsvarende innsparinger, men

det vil trolig være en nedre grense for hva som vil være økonomisk regningssvarende. Imidlertid er den enkelte kommune best til å vurdere denne grensen.

Samarbeid kommuner i mellom, må derfor baseres på frivillighet. Høringsnotatet beskriver allerede kjente samarbeidsmodeller. Imidlertid er Kommune helsesamarbeidet Vestre Viken, et samarbeid mellom 26 kommuner i sykehusområdet til Vestre Viken HF, et godt eksempel på hvordan kommuner kan anse et samarbeid som hensiktsmessig.

Høringsnotatet beskriver den foreslåtte bestemmelsen om at departementet skal kunne påby samarbeid mellom kommuner når det finnes påkrevet, som en svært snever unntaksregel. Imidlertid bør ikke bestemmelsen i gjeldende kommunehelselov, videreføres. Når den anses som snever, og at det skal svært mye til før departementet eventuelt pålegger samarbeid, strider en slik bestemmelse mot det kommunale selvstyre. Den enkelte kommune vil best være i stand til å vurdere hvordan den skal levere gode helse- og omsorgstjenester til sine innbyggere.

Det går frem av høringsnotatet at departementet antar det vil være hensiktsmessig at Helsedirektoratet i samarbeid med KS utarbeider et veiledningsopplegg, herunder standardavtaler, til bruk i avtaleinngåelsen. Allerede på bakgrunn av St.meld nr. 47 (2008-2009), startet en rekke kommuner dialogen med helseforetakene med sikte på å ha samarbeidsavtaler klare når lov om kommunale helse- og omsorgstjenester er vedtatt, slik at samarbeidet kan starte på iverksettelsestidspunktet. Dersom Helsedirektoratet og KS nå skal utarbeide standardavtaler og veiledningsopplegg, forutsetter Lier kommune at det innhentes informasjon og synspunkter fra kommunene og helseforetakene, slik at det arbeidet som allerede er startet, legges til grunn.

I og med at avtalene skal bygge på partenes behov, kan for sterke synspunkter på hva avtalene skal inneholde, være uheldig. Departementet bør ha tiltro til at partene selv finner hvilke områder avtalene bør romme. Kommune helsesamarbeidet Vestre Viken og Vestre Viken HF har startet arbeidet med å utarbeide samarbeidsavtaler, og i enkelte av delregionene er også høyskolen tatt med som part, for å vurdere etablering av felles forsknings- og utviklingsenhet for kompetanseoverføring mellom partene.

Lier kommunes vurdering er at det enkelte helseforetak bør ha ansvaret for at det etableres samarbeidsavtaler med kommunen, ikke de regionale helseforetakene.

I de tilfelle der kommunene avtaler at de deler gjennomføringen av oppgavene seg i mellom, bør det være bestemmelsene i kommunelovens kapittel 5, eller lov om interkommunale selskaper som bør legges til grunn for samarbeidet.

Det kan også være behov for at kommunene eller et kommunesamarbeid etablerer egne juridiske enheter, for eksempel for å dekke grensesnittet mellom spesialisthelsetjenestens akuttmedisinske arbeid og kommunenes legevaksarbeid. I og med at den eneste selskapsform som er aktuell når kommuner og helseforetak sammen skal eie virksomhet som yter kommunal helse- og omsorgstjeneste, er aksjeselskaper, bør lov om interkommunale selskaper endres til også omfatte helseforetak.

Til forslaget om at partene skal ha mulighet til å si opp samarbeidsavtaler med ett års frist, vil Lier kommune foreslå at avtalene blir tidsbegrenset, slik at partene ikke må bruke tid på å reforhandle avtaler. Det kan heller være en klausul om reforhandling, dersom en av partene ønsker endringer.

I lovforslagets § 6-2 fremgår kravene til avtalenes innhold. Etter Lier kommunes vurdering er det behov for å tydeliggjøre at dette er et avtalesett som til sammen minimum skal innehold 1-10 elementer, og ikke en avtale. Det er lettere å bygge opp et avtalesett der element for element avtales festes og ikke nødvendigvis alle elementene i en omfattende avtale.

Til lovforslaget kapittel 7

Det bør ikke åpnes for at spesialisthelsetjenesten i visse tilfeller bør ha et selvstendig ansvar for å utarbeide individuell plan, da det er en risiko for at det kan bli uklare ansvarsforhold. Imidlertid er det vesentlig at spesialisthelsetjenesten må ha en plikt til å medvirke i arbeidet med individuell plan, bortsett fra i enkelte særskilte tilfeller der bare spesialisthelsetjenesten er involvert. I disse tilfelle bør det som i dag, være spesialisthelsetjenesten som har ansvar for utarbeide den individuelle plan.

Til spørsmålet om det er behov for å presisere begrepet ”langvarig”, er Lier kommune i tvil om det er hensiktsmessig å definere dette, da det bør foreligge en konkret vurdering fra tjenesteyters side, i hvert enkelt tilfelle.

Det bør ikke lovfestes en plikt til å ha en koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet. I og med at kommunen står fritt til å organisere sitt arbeid, må det være tilstrekkelig at det er en plikt for kommunen til å oppnevne en koordinator, og at kommunen har systemansvar for arbeidet med individuell plan og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator. Hvordan dette gjøres, må overlates til kommunen å beslutte.

Til lovforslagets kapittel 8

Det forsettes at kommunenes faktiske utgifter til å stille plasser til disposisjon for turnuskandidater i medisin og fysioterapi, dekkes fullt ut.

Kommunenes ansvar for forskning må få en tydelig plass i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester i kommunene og kommunene må få rammebetingelser for å styrke arbeidet med forskning og fagutvikling på kommunalt nivå. Det foreslås en ny § 8-3 Forskning, som regulerer kommunenes plikt til å medvirke i forskningsarbeid, og plikt til å vurdere forskningssamarbeid gjennom avtaler med andre kommuner og med helseforetak.

Til lovforslagets kapittel 9

Lier kommune slutter seg til departementets forslag, men ber om en vurdering omkring sosialtjenestelovens virkningsområde. Det gjelder for eksempel en bruker som bor i bolig med heldøgns omsorg og som har vedtak om bruk av tvang i boligen, men som ikke gjelder på vei til og fra skole, eller på skole. Det kan være like nødvendig med tvangstiltak på skolen, men dette er det ikke lovhjemmel for i dag, noe som bør vurderes.

Til lovforslagets kapittel 11

I og med at egenandelene er en viktig finansieringskilde for kommunene bør departementet starte arbeidet med å erstatte dagens egenbetalingsforskrifter, med en helhetlig forskrift for egenbetaling for kommunale helse- og omsorgstjenester.

Det konstateres at det gjennom denne høringen ikke blir en avklaring om kommunal medfinansiering, som er et svært viktig spørsmål for kommunene. Det presiseres at den økonomiske risikovurderingen for kommunene ikke må tillates å gi utslag som kan gi urimelige og ukontrollerte utslag for kommunenes økonomi. Det forutsettes at

kommunene får tilgang på relevant styringsinformasjon, slik at det er grunnlag for å kunne vurdere alternative tilbud og drive virksomhetsstyring.

Når departementet skal arbeide videre med den konkrete innretningen, forutsettes en avklaring på størrelsen på medfinansieringsandelen og modell for beregning av kommende års overføringer til kommunene.

Lier kommune vil avvente til det tidspunkt en eventuell forskrift om finansiering av utskrivningsklare pasienter sendes ut på høring, til å gi sin endelige uttalelse om dette. Imidlertid er det viktig å understreke at en slik forskrift må sendes ut på høring i så god tid at kommunene både kan ha tid til høring, og ikke minst god tid mellom fastsettelse og iverksettelse.

Endret ansvar og finansiering for utskrivningsklare pasienter fra psykisk helsevern og rusbehandling bør ikke innføres fra 01.01.2012, da data for utskrivningsklare pasienter fra disse er dårlige, bl.a. er "utskrivningsklar-definisjonen", vanskelig.

Forholdet til annen lovgivning

Det bør ikke være et tosporet system for taushetsplikt, da kommunens medarbeidere utfører tjenester besluttet av forvaltningen, og som utføres på vegne av den kommunale forvaltningen. Med de innskjerpingene som foreslås i forvaltningsloven, bør de nødvendige presiseringer være foretatt.

Klageordningen

Det er en stor fordel for kommunen og brukere at det blir en felles klage- og tilsynsinnsinstans. Ved å legge klage- og tilsynsordningen med helsetjenester under fylkesmannen vil det gi en mer samordnet og oversiktlig ordning.

Lier kommune vil understreke betydningen av forslaget om å presisere pasientrettighetsloven slik at klageinstansen ved prøving av vedtak, skal legge stor vekt på hensynet til det kommunale selvstyret ved prøving av det frie skjønn. Klageinstansen bør kun overprøve kommunale vedtak i forhold til loven, og en svært begrenset adgang til å overprøve kommunens skjønn.

Det er å anse som en stor fordel at klageinstansen ikke skal treffe nye vedtak i saken, men ved oppheving av kommunale vedtak, sende saken tilbake til ny behandling i kommunen.

Elektronisk samhandling

Før krav til elektronisk dokumentasjon og kommunikasjon vil kunne innføres, er det nødvendig at det først utarbeides en overordnet beskrivelse av de ulike elementer som må på plass for å kunne kommunisere elektronisk.

Annet

Til forslaget om at meldeordningen etter spesialisthelsetjenestens § 3-3, foreslås flyttet fra Helsetilsynet til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten – Nasjonal enhet for pasientsikkerhet, er det viktig å ha fokus på at dagens meldeplikt til Helsetilsynet også har en funksjon som en lærende prosess. Dersom disse meldingene kun får en funksjon å være informasjon til en statistikk eller lærende prosess via Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, vil det trolig komme færre meldinger og det vil trolig kunne føre til flere gjentakelser, som av risikohensyn for pasienten, bør stoppes og praksis omlegges. Informasjonen som grunnlag for individuelle tilsynssaker og systemtilsyn, kan dermed utebli.

Vedlegg:

1. Utkast til høringsuttalelse fra Kommunehelsesamarbeidet Vestre Viken
2. Forslag til lov om kommunale helse- og omsorgstjenester
3. Merknader til de enkelte bestemmelsene i lovforslaget

Rådmannens saksutredning**Sammendrag**

Gjennom forslag til ny kommunal helse og omsorgslov, folkehelselov og nasjonal helse- og omsorgsplan søker regjeringen å gå et skritt videre i arbeidet med å sette samhandlingsreformen ut i livet. Et av samhandlingsreformens viktigste mål er å skape et mer sømløst helsevesen, med økt fokus på forebygging av helseproblemer, og et bedre og bærekraftig helsevesen for fremtiden. Et annet uttalt mål at man i langt større grad skal kunne yte helsetjenester der folk bor, det vil si i kommunene. Regjeringen vil ta i bruk lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og sykehus, finansieringssystem (økonomiske insitamenter) for å nå sine målsettinger.

Etter rådmannens vurderinger forslaget til lov om kommunale helse- og omsorgstjenester i hovedsak en videreføring av gjeldene bestemmelser, og kan neppe sies å oppfylle målsettingen i Samhandlingsreformen. Vedlagte utkast til høringsuttalelse til lovforslaget skal etter planen behandles i kommunehelsesamarbeidet Vestre Viken over nytt år. Rådmannen foreslår å slutte seg til dette forslaget.

Utredning

Helse- og omsorgsdepartementet sendte, den 18.10.2010, ut forslag til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester på høring, med høringsfrist, den 18.01.2011.

Lier kommune har i samarbeid med de 26 kommunene i Kommunehelsesamarbeidet i Vestre Viken utarbeidet en utkast til høringsuttalelse (vedlegg 1).

Grunnlag for høringsuttalelsen**Innledning**

I St. meld. nr. 47 (2008-2009) er det presentert enkelte grep og overordnede prinsipper som i følge departementet skal sikre en fremtidig helse- og omsorgstjeneste som svarer på pasientens behov for koordinerte tjenester, og på de store samfunnsøkonomiske utfordringene ved den demografiske utviklingen og endring i sykdomsbildet. Departementet oppsummerer Samhandlingsreformens mål i hovedsak slik:

1. Å angi rammene for en ny kommunerolle – kommunenes oppgaver skal tydeliggjøres
2. Økt innsats på folkehelse og forebygging
3. Bedre legetjeneste i kommunene
4. Understøtte en klarere pasientrolle/helhetlig pasientforløp
5. Legge til rette for samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunenes helse- og omsorgstjeneste
6. Legge til rette for at spesialisthelsetjenesten kan utvikles slik at den i større grad kan bruke sin spesialiserte kompetanse

Lovgivning er ett av flere virkemidler for å støtte opp under disse målsettingene.

Merknader:

Det er viktig og riktig å få en lovgivning i helse og sosialtjenestene som er harmonisert og som fungerer sømløst innad i de organisasjonene loven er satt til å virke. De lover som i dag regulerer helse-, pleie- og sosialtjenestene i kommunen er mange, og det kan være med på å gjøre det vanskelig å yte sømløse tjenester.

Det foreliggende høringsnotat har en god intensjon, men oppleves som uoversiktlig, fullt av intensjoner, planer og tanker som til dels gjentar seg selv. Dokumentet er fullt av gode innspill og utgangspunkt for spennende diskusjoner om endring av retning innen tjenestene, og med nye visjoner, samarbeidsformer og andre tanker. Som høringsnotat til en ny lov, en lov som vil være "revolusjonerende" i kraft av at den skal samle helse og omsorgstjenestene i kommune Norge til ett rike, er det uoversiktlig og lite konkret.

Sentrale hovedtrekk i lovforslaget

I dette kapittelet gis det en kort innføring i høringsnotatets innhold og hovedtrekk, samt hvor man kan lese nærmere om bakgrunn og begrunnelse for forslagene.

Lovforslaget innebærer en tydeliggjøring av kommunens overordnede ansvar for helse- og omsorgstjenestene.

Det foreslås presisert at kommunen må planlegge, organisere, gjennomføre, overvåke, evaluere og korrigere virksomheten, slik at tjenestene er i samsvar med lov og forskrift.

Skillet mellom helsetjenester og omsorgstjenester oppheves og helsepersonelloven skal gjelde for alt personell som yter tjenester etter denne loven.

Pasient- og brukerrettigheter videreføres, men samles i pasientrettighetsloven.

Lovforslaget legger økt fokus på kommunens ansvar for helsefremmende og forebyggende arbeid.

Departementet foreslår å innføre lovbestemte krav om at det skal drives systematisk arbeid for å styrke pasientsikkerheten.

Det foreslås videre å innføre et lovpålagt avtalesystem mellom kommuner og helseforetak.

Merknader:

De eventuelle merknader til lovforslaget, kommenteres for seg nedenfor.

Lovforslagets struktur, formål og virkeområde

Etter departementets vurdering vil en felles lov om kommunale helse- og omsorgstjenster som opptar gjeldende kommunehelsetjenestelov og de resterende deler av sosialtjenesteloven, gi et bedre grunnlag for å oppnå et oversiktlig og helhetlig regelverk enn i to atskilte lover. En felles lov vil særlig ivareta behovene til personer som trenger flere sammensatte tjenester og gjøre det enklere for disse å orientere seg om kommunens plikter.

Lovens formål er særlig å:

- 1) forebygge, behandle og tilrettelegge for mestring av sykdom, skade, lidelse og nedsatt funksjonsevne,
- 2) fremme sosial trygghet, bedre levevilkårene for vanskeligstilte, bidra til økt likeverd og likestilling og forebygge sosiale problemer,
- 3) sikre at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig og til å ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre,
- 4) sikre tjenestetilbudets kvalitet og et likeverdig tjenestetilbud,
- 5) sikre økt samhandling og at tjenestetilbudet blir tilgjengelig for tjenestemottakerne og at det er tilpasset tjenestemottakernes behov,
- 6) sikre at tjenestetilbudet tilrettelegges med respekt for den enkeltes integritet og verdighet og
- 7) bidra til at ressursene utnyttes best mulig.

Merknader:

Formålet med loven er i stor grad en videreføring av gjeldende lovgivning og Lier kommune har ingen merknader til lovforslagets formål, virkeområde eller definisjoner. Imidlertid er det viktig å påpeke at dersom formålet skal nås, må kommunene overføres betydelig mer ressurser enn det som er tilfelle i dag. Ved gjeldende lovgivning oppleves det å være et stort gap mellom kommunens oppgaver og de ressurser som staten stiller til disposisjon for å ivareta disse oppgavene. Dette forholdet må endres betydelige innen iverksettelsestidspunktet til den nye loven.

Forholdet til annen lovgivning

Departementet foreslår at annen helselovgivning som utgangspunkt skal gjelde tilsvarende for alle tjenester etter den nye loven. Det betyr at øvrig helselovgivning som hovedregel skal gjelde både for helsehjelpen etter den nye loven og for tjenester som ikke anses som helsehjelp (omsorgstjenester). Endringene vil medføre at personell som arbeider innefor de samme og tilstøtende felt vil ha like plikter. Departementet vurderer at dette vil være en betydelig forenkling og at forslaget ivaretar både faglige hensyn og harmoniseringshensyn.

Høringsnotatet vurderer det gjeldende forslag opp mot, helsepersonelloven, helseregisterloven, pasientskadeloven, pasientrettighetsloven, lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen, barneverntjenesteloven, diskrimineringsloven, lov om kommunale råd for mennesker med nedsatt funksjonsevne, tannhelsetjenesteloven og forslaget til ny lov om folkehelsearbeid.

Merknader:

Når forsvarlighetskravet knyttet til helsepersonelloven foreslås å gjelde alt personell som yter tjenester etter ny helse- og omsorgslov, synes den logiske konsekvens å være at pasientskadelovgivningen omfatter de samme tjenester, uavhengig av om tjenestene utføres av helsepersonell med autorisasjon eller linsens, eller personer som opptrer på vegne av disse.

Nærmere om forholdet til helsepersonelloven

Departementet foreslår at alt personell som yter tjenester etter ny lov om kommunale helse og omsorgstjenester omfattes av helsepersonelloven (men ikke for de som faller inn under lov av 18. desember 2009 nr 131 om sosiale tjenester i arbeid og velferdsforvaltningen).

Helsepersonelloven regulerer helsepersonellets yrkesutøvelse og gir blant annet regler om forsvarlighet, øyeblikkelig hjelp, informasjon til pasient og dokumentasjonsplikt.

Departementet foreslår å samordne reglene om taushetsplikt ved at helsepersonellovens regler om taushetsplikt skal gjelde for alt personell som tilbyr eller yter hjelp eller tjenester som omfattes av forslaget til lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, (jf. lovforslaget § 2-1).

I tillegg foreslår departementet enkelte innskjerpinger i den forvaltningsmessige taushetsplikten som følger av forvaltningsloven og som enhver som yter tjeneste eller arbeid for et forvaltningsorgan er bundet av, jf. lovforslaget § 12-1. En lik regulering vil etter departementets vurdering gjøre regelverket mer oversiktlig og forståelig for personellet, pasienter og brukere, og kan dermed legge bedre til rette for samarbeid og opplæring.

Etter endringen vil det fortsatt foreligge et tosporet system for taushetsplikt i den kommunale helse- og omsorgstjenesten; den yrkesmessige/profesjonsbestemte taushetsplikten og den forvaltningsmessige taushetsplikt. Departementet viser til at det i praksis, kan diskuteres hvor stor den reelle forskjellen faktisk er mellom de to lovverkene.

Merknader:

Det bør etter Lier kommunes vurdering ikke være et tosporet system for taushetsplikt, da kommunens medarbeidere utfører tjenester besluttet av forvaltningen, og utføres på vegne av den kommunale forvaltningen. Med de innskjerpingene som foreslås i forvaltningsloven, bør nødvendige presiseringer være foretatt. Selv om pasientforløpet skal være helhetlig, vil tjenestene/oppgavene allikevel utføres på to nivåer, og derfor er det verken nødvendig eller hensiktsmessig at taushetsbestemmelsene er lik for kommunens helse- og omsorgstjeneste og for spesialisthelsetjenesten.

Selv om det er behov for både faglig samarbeid mellom helsepersonell i kommunen og i spesialisthelsetjenesten, samt behov for tverrfaglig samarbeid i kommunen, bør et slikt samarbeid om enkeltpersoner i størst mulig utstrekning gjennomføres med vedkommende pasient/bruker som deltager. Dermed bør forvaltningslovens taushetsbestemmelser gjelde for de fremtidige kommunale helse- og omsorgstjenestene.

Nærmere om forholdet til forvaltningsloven

Etter departementets vurdering er det grunn til å skille mellom reglene i forvaltningsloven som gjelder for all virksomhet forvaltningsorganer driver, og reglene som bare gjelder for enkeltvedtak. Reglene om inhabilitet, veiledningsplikt, taushetsplikt mv. gjelder alle former for forvaltningsvirksomhet, det dreier seg ikke bare om enkeltvedtak. Departementet mener at det nå er grunn til å vurdere nærmere om eventuelle unntak fra forvaltningsloven bør gjelde hele loven, eller om bare deler av forvaltningsloven bør unntas.

Departementet foreslår derfor en regel om at forvaltningsloven skal gjelde for kommunens virksomhet, med de særregler som følger av den nye loven, jf. lovforslaget § 2-3. Departementets forslag innebærer at forvaltningsloven vil gjelde i den grad den nye loven ikke regulerer det aktuelle spørsmålet på en annen måte. Departementet viser her til "lex - spesialisprinsippet", som går ut på at særlovgivning ved eventuell motstrid går foran generelle regler. Departementet foreslår unntak fra reglene om enkeltvedtak i forvaltningsloven. Det er også foreslått enkelte særregler om taushetsplikt.

Departementet foreslår en videreføring av dagens regelverk, herunder saksbehandlingsreglene, når det gjelder bruk av tvang, jf. særlig lovforslaget kapittel 10 og høringsnotatet kapittel 33 om rettssikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemning.

Departementet fremmer forslag om at forvaltningslovens regler om enkeltvedtak (kapittel IV og V) bare skal gjelde ved tildeling av hjelp som gjelder tjenester i hjemmet og plass i institusjon som har en varighet utover 14-fjorten-dager. Departementet ber særlig om en tilbakemelding på dette forslaget.

Merknader:

Lier kommune har ingen merknader til departementets forslag, utover det som er kommentert ovenfor.

Kommunens ansvar for å sørge for nødvendig helse- og omsorgstjenester

Lovforslaget beskriver kommunens overordnede ansvar for helse- og omsorgstjenester gjennom å forplikte kommunen til å "sørge for" tjenester mer enn å forplikte kommunen til å "yte" tjenester. Det foreslås en presisering om at kommunen må planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten slik at tjenestene er i samsvar med krav i lov og forskrift. I forslaget legges det opp til at kommunene skal ha stor frihet til selv å velge hvordan ansvaret oppfylles.

Merknader:

Forslaget til lovregulering av kommunens overordnede ansvar for å sørge for nødvendige helse- og omsorgstjenester er en videreføring og presisering av gjeldende rett og Lier kommune har ingen merknader til dette forslaget.

Kommunens plikt til å tilby eller yte konkrete helse- og omsorgstjenester

Lovforslagets angir de tjenester kommunene har ansvaret for å tilby, enten selv eller ved at kommunen inngår avtale med andre offentlige eller private tjenesteytere. Lovforslaget skal ikke medføre noen innskrenkning av de kommunale oppgaver i forhold til gjeldende rett. Departementet ønsker å legge til rette for at kommunene skal kunne stå mest mulig fritt til å utvikle og organisere sine tjenester i samsvar med lokale behov og forhold. Videre uttales det at det er viktig at lovverket bør ha en fleksibel utforming som tar høyde for og støtter opp under ønsket utvikling, hvor teknologiske endringer kan medføre at flere tjenester kan ivaretas av kommunene. Det foreslås derfor en lovregulering som i mindre grad lister opp kommunens konkrete tjenester/oppgaver i lovteksten. For å oppfylle ansvaret etter § 3-1 skal kommunen blant annet tilby følgende:

1. Helsefremmende og forebyggende arbeid, herunder:

- a) opplysning, råd og veiledning
- b) helsetjeneste i skoler og
- c) helsestasjonstjeneste

2. Svangerskaps- og barselomsorgstjenester

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

- a) heldøgns medisinsk akuttberedskap og
- b) medisinsk nødmeldetjeneste

4. Utredning, diagnostisering og behandling, herunder fastlegeordning

5. Sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering

6. Andre helse- og omsorgstjenester, herunder:
- a) hjemmetjenester,
 - b) heldøgns tjenester i eget hjem eller institusjon,
 - c) personlig assistanse og
 - d) avlastningstiltak.

Lovforslaget er både diagnosenøytralt og profesjonsnøytralt. Lovforslagets profesjonsnøytralt vises ved at mange stillingsbetegnelser i gjeldende lov er erstattet av et begrep som mer omtaler hva tjenesten inneholder.

”Helsesøstertjeneste” erstattes av helsestasjonstjeneste, ”hemmesykepleie” erstattes av ”hjemmetjenester” og ”jordmortjeneste” inkluderes i ”svangerskaps- og barselomsorgstjenester”.

”Fysioterapitjenester” utgår også som begrep. Begrunnelsen er at yrkesgruppen bidrar inn i en rekke av de tjenester som er beskrevet og at en vil ha en profesjonsnøytral lov, det samme gjelder bl.a. ”ergoterapeuter” og ”kiropraktorer”.

Støttekontaktbegrepet videreføres ikke i den nye loven.

Lovforslaget innfører et nytt begrep: ”Heldøgns tjenester i eget hjem eller institusjon” og omfatter ulike helse- og omsorgstjenester som ytes eller er tilgjengelig 24 timer i døgnet, enten i tjenestemottakers hjem eller i institusjon for eksempel sykehjem.

Det understrekes i høringsutkastet at det er av sentral betydning at tjenestene omfatter både somatiske og psykiske lidelser og rusarbeid, men at lovteksten skal fremstå diagnosenøytralt. Det foreslås derfor ikke å lovfeste en særskilt plikt for kommunen til å sørge for psykisk helsetjeneste eller rusarbeid, men at disse forstås som en integrert del av kommunens totalansvar for helse- og omsorgstjenester.

Ernæringsarbeid nevnes ikke spesifikt i lovteksten. Dette begrunnes med at dette arbeidet vil komme inn på en rekke felter.

Helsetjenester i fengsler – er videreført i § 3-10. Ansvar har den kommunen der fengselet ligger, for å sikre et like godt helsetjenestetilbud for innsatte, som befolkningen for øvrig.

I lovforslagets § 3-6 videreføres de plikter kommunen allerede i dag har for pasient-, bruker- og pårørendeopplæring, men presiserer at det gjelder opplæring i dagliglivets praktiske gjøremål.

BPA (Brukerstyrt Personlig Assistanse) – videreføres som i dag slik at kommunene har plikt til å ha dette tilbudet, men innføres ikke som en rettighet.

Merknader:

Lier kommune er tilfreds med at lovforslaget både er diagnosenøytralt og profesjonsnøytralt.

Fremtidens kommunerolle og forholdet til spesialisthelsetjenesten

Det sentrale i lovforslaget er at kommunene skal tilby nødvendig helse- og omsorgshjelp som ikke er spesialisthelsetjeneste, og at kommunene innenfor disse rammer skal yte et forsvarlig, helhetlig og integrert behandlingstilbud.

Helseforetaket og kommunen må ut fra forsvarlighetskravet vurdere sin plikt til å yte den helsehjelp som pasienten har behov for.

De eventuelle problemer som oppstår som følge av ”gråsonene” vil kunne reduseres gjennom lovpålagte avtaler mellom helseforetakene og kommunene, som omtales annet sted.

I høringsnotatet ber departementet høringsinstansene om å komme med innspill til hvordan man kan hindre uønskede problemer som følge av gråsoner mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.

Merknader:

Lier kommune opplever en utskrivningspraksis som innebærer at pasienter defineres som utskrivningsklare før de i realiteten er det og dermed vurdert til å være kommunens ansvar. Dette medfører et unødvendig press på kommunen, og kan i ytterste konsekvens medfører at kommunen tar ”hjem” pasienter som ikke er kan nyttiggjøre seg kommunens tilbud da de er i behov av andre typer tjenester enn det kommunen skal være i stand til å håndtere. Dette medfører at de kanskje oppholder en plass i kommunens sykehjem som en annen pasient, som er utskrivningsklar, burde hatt. I arbeidet med å forberede samhandlingsreformen arbeider Kommunehelsesamarbeidet Vestre Viken og Vestre Viken HF om å definere utskrivningsklare pasienter. Dette i tillegg til lovpålagte samarbeidsavtaler vil kunne bidra til å løse uklarheter og redusere gråsoner mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Lier kommune vil allikevel understreke at endringer i lov og forskrift, ikke alene, er tilstrekkelig for oppnå en bedre pasientflyt, samt ivaretagelse av rett pasient på rett nivå. I tillegg er det viktig med holdningsendringer og målrettede informasjon og opplæringstiltak for å sikre en omforenlig forståelse av hverandre plikter og oppgaver. Det vil være helt avgjørende at ikke sykehusene endrer sine tilbud og oppgaver, før kommunene har fått en reell mulighet til å bygge opp og kunne håndtere sine nye oppgaver og tilbud.

Kommunens ansvar for øyeblikkelig hjelp

Lovforslagets § 3-5 innebærer at kommunen må sørge for at pasientene mottas for undersøkelse og, om nødvendig også får behandling eller annen helsehjelp som kommunen selv kan yte.

Departementet ønsker med dette å støtte opp under en utvikling hvor kommunene selv mottar og vurderer om pasientene kan få gode helse- og omsorgstilbud i kommunen, eller om vedkommende må henvises til spesialisthelsetjenesten.

Departementet anser at det bør være opp til den enkelte kommune å beslutte hvordan den best kan løse behovet for raske avklaringer av hjelpebehov i de kommunale tjenestene og at det derfor ikke er hensiktsmessig å regulere hvordan kommune skal innrette seg.

Departementet ber høringsinstansene særskilt å kommentere behovet for å lovfeste at kommunene skal sørge for tilbud om døgnopphold for helse- og omsorgstjenester til pasienter med behov for øyeblikkelig helsehjelp.

Departementet ber også om kommentarer til at 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, etter departementets vurdering, i så fall ikke kunne motsette seg en slik løsning.

Merknader:

Det synes åpenbart at kommunene i fremtiden må bruke sine institusjoner mer aktivt i form av korttidsopphold og observasjonsinnleggelser på egne sykehjem og/eller på lokalmedisinske sentre. Dette er en av de grunnleggende føringer i samhandlingsreformen. Dette bør derfor inn i lovteksten.

Lier kommune forutsetter at dersom det lovfestet at kommunen skal sørge for tilbud om døgnopphold for helse- og omsorgstjenester til pasienter med behov for øyeblikkelig helsehjelp, vil en slik lovfesting bli supplert med en bestemmelse om at kommunen vil kunne oppfylle plikten ved å inngå avtale med andre kommuner eller helseforetak.

Lier kommune legger til grunn at slike nye oppgaver fullfinansieres og at sykehusene ikke bygger ned sine tilbud før kommunen har fått tilført nødvendige ressurser til å håndtere dette, samt har etablert et tilbud for å kunne håndtere dette på en faglig forsvarlig måte.

Kommunens ansvar for helsefremmende og forebyggende arbeid

Bestemmelsen i lovforslagets § 3-3 skal tydeliggjøre kommunens ansvar for helsefremmende og forebyggende arbeid, og presiserer at dette bl.a. skal omfatte systematiske tiltak for å identifisere personer som står i fare for å utvikle psykisk eller somatisk sykdom/lidelse eller helseproblem, sosiale problemer eller et avhengighetsproblem, samt iverksette forebyggende tiltak i henhold til anerkjent faglig standard. Etter departementets vurdering er dette bare en tydeliggjøring og videreføring av kommunens ansvar i gjeldende lov.

Merknader:

Lier kommune gir sin tilslutning til lovforslagets tydeliggjøring av kommunens ansvar for helsefremmende og forebyggende arbeid, og at dette skal omfatte systematiske tiltak for å identifisere personer som står i fare for å utvikle psykisk eller somatisk sykdom/lidelse eller helseproblem, sosiale problemer eller et avhengighetsproblem, samt iverksette forebyggende tiltak i henhold til anerkjent faglig standard.

Det er vanskelig å måle effekten av helsefremmende og forebyggende arbeid. Det vil derfor være nødvendig, i dialog med kommunene å komme frem til kriterier for å måle effekten av helsefremmende og forebyggende arbeid.

Kommunelegens rolle

Bestemmelsen i lovforslagets § 3-5 er i hovedsak en videreføring av gjeldende lov, med ett unntak:

Etter gjeldende lov skal kommunelegens tilråding om begrunnelse alltid følge saken når kommunen behandler saker om miljørettet helsevern, smittsomme sykdommer og helsemessig beredskap. Denne særlige saksbehandlingsregelen anser departementet at det ikke lenger er behov for, da forvaltningsloven har regler om forsvarlig saksbehandling og departementet kan

ikke se at det er behov for regler som avviker fra dette. Det vil kunne være å betrakte som en saksbehandlingsfeil om en innstilling innen nevnte fagområder ikke forelegges kommunelegen eller fremmes uten at dennes syn fremkommer.

Merknader:

Lier kommune har ingen merknader til lovforslagets § 5-5. I tråd med gjeldende praksis bør begrepet "kommuneoverlege", benyttes gjennomgående.

Vi foreslår en bedre samordning mellom lovteksten i § 28 i forslaget til ny lov om folkehelsearbeid og § 5-5 i forslaget til lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. § 5-5 bør inneholde en føring om at kommuner kan samarbeide om funksjonen som kommunelege, samt at deltakelse i lokal redningssentral ikke behøver å forankres i begge lover, men passer best inn i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester.

For øvrig bør ikke oppgaven "å videresende dødsmeldinger" fastslås i lovteksten, men bør heller nedfelles i forskrift eller rundskriv.

I tillegg til de arbeidsoppgaver departementet peker på i høringsnotatet, ønsker Lier kommune å påpeke betydningen av å sikre helseaspektet i den kommunale planlegging.

Det bør i § 5-5 ligge en forskriftshjemling vedrørende det samfunnsmedisinske arbeidet og kommunelegens funksjon i kommunene.

Fastlegeordningen – endringer og nye krav til fastlegene

Regjeringen forutsetter at veksten i legetjenester i hovedsak skal skje i kommunene. Dette skal gi rom for økt innsats til prioriterte grupper på fastlegens liste i tillegg til en styrking av allmennmedisinske offentlige oppgaver. Regjeringen vil legge til rette for sterkere kommunal styring av fastlegene. Det foreslås å forskriftsfeste nasjonale kvalitets- og funksjonskrav med tilhørende rapportering. Fastlegens listansvar presiseres og utvides, blant annet til proaktiv oppfølging av pasienter som ikke selv oppsøker legen.

Departementet vil med en eventuell endring av finansieringsordningen vurdere hvorvidt kommunene kan gis mulighet til å belønne fastleger avhengig av resultat, i form av økonomiske virkemidler for bedre å kunne styre fastlegene, herunder øke frihet når det gjelder per-capita tilskuddet.

Det varsles at det ikke vil bli foreslått noen økning av påleggshjemmelen på 7,5 timer til offentlige legeoppgaver.

Merknader:

Lier kommune støtter departementets vurdering om at forsterket og godt integrert legetjeneste i kommunenes helse- og omsorgstjeneste er en viktig forutsetning for at kommunene skal kunne ta flere oppgaver og et utvidet ansvar i helsetjenesten. I den anledning understrekes behovet for en revidert forskrift om fastlegeordningen, med innføring av nasjonale kvalitets- og funksjonskrav og tilhørende rapportering.

Når det gjelder forslaget om ikke å øke påleggshjemmelen på 7,5 timer til offentlige legeoppgaver, ønsker Lier kommune å påpeke at det er store forskjeller mellom store kommuner og små kommuner i hvilken grad påleggshjemmelen er utnyttet. Svært mange små

kommuner har utnyttet påleggshjemmelen fullt ut og vil ha vansker med å styrke det offentlige allmennmedisinske legearbeidet.

Undervisning, praktisk opplæring og videre- og etterutdanning

Lovforslagets bestemmelser i §§ 8-1 og 8-2 er en videreføring av dagens bestemmelser, men Departementet ønsker en presisering ved at utdanning skal inngå som samarbeidsområde i nye samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak.

Det vil være avgjørende at både den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten har, og tar ansvar for å gi god og hensiktsmessig opplæring til medarbeidere, studenter og lærlinger som skal ha sitt arbeid i helse- og omsorgstjenesten.

For å nå de politiske mål som settes for samhandlingsreformen må kompetanse kanaliseres til kommunehelsetjenesten og prioriterte fagområder, og utdanningene må tilpasses fremtidige kommunale oppgaver, og de myndighetsmessige rammebetingelsene må legges til rette for at utdannet personell nettopp kanaliseres til den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Kommunens ansvar for utdanningsoppgaver ønskes i lovforslaget tydeliggjort: Den tiden studenter/elever bruker i praksisutdanning/læretid må oppleves tilfredsstillende og meningsfull, da dette igjen påvirker valg av arbeidssted etter endt utdanning, og utfordring for kommunene er, etter departementets vurdering å ha kapasitet og kompetanse til oppfølging av disse. Økt kompetanse krever økt antall, og andel utdannet personell. (Høringsnotatet vises til kompetanseløftet 2015 og undervisningssykehjem/-hjemmetjenester).

Departementet vil utarbeide en felles forskrift for ny helse og omsorgslov og lov om spesialisttjenester hvor helse og omsorgssektorens medvirkning til undervisning og praktisk opplæring presiseres. Samarbeid om utdanning skal være et av områdene som skal inngå i de lovpålagte samarbeidsavtalene mellom helseforetak og kommunene hvor de skal samarbeide om utdanningsbehov og legge felles planer.

Merknader:

Endret fokus fra spesialisthelsetjenesten til å fokusere på verdiene og kompetansen som ligger i kommunene i dag samt oppbygging og styrking av tjenestene, vurderes av Lier kommune som positivt. Det å gjøre det mer attraktivt og prestisjefyllt å arbeide i kommunale helse- og omsorgstjenester anses som et løft for fremtiden og i tråd med samhandlingsreformen.

Lier kommune har ingen vesentlige merknader til ansvaret for undervisning, praktisk opplæring og videre- og etterutdanning. Vi ser at det kan være noen utfordringer for kommunen i å opparbeide nok kompetanse og kapasitet til oppfølging av elever/studenter, men dette er noe vi som kommune jobber aktivt med å forbedre (jf. Prosjektet Lier kommune en god studentarena).

Det forutsettes at kommunens faktiske utgifter til å stille plasser til disposisjon for turnuskandidater i medisin og fysioterapi, dekkes fullt ut.

Forskning

Departementet legger til grunn at kunnskapsbehovet i primærhelsetjenesten og den kommunale omsorgstjenesten i liten grad kan ivaretas gjennom forskningen i

spesialisthelsetjenesten, noe som har sammenheng med at det er ulike problemstillinger, sykdommer og pasientgrunnlag i de to tjenestenivåene.

For å understøtte nødvendig samarbeid om forskning og utvikling med de regionale helseforetakene, samt kompetanseoverføring mellom helseforetakene og den kommunale helse- og omsorgstjeneste om forskning og kunnskapsbasert praksis, foreslår departementet at dette inngår som et tema partene skal omtale i samarbeidsavtaler.

Merknader:

Kommunenes ansvar for forskning må få en tydelig plass i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester i kommunene og kommunene må få rammebetingelser for å styrke arbeidet med forskning og fagutvikling på kommunalt nivå. Dette bør lov- og forskriftsfestes og ikke gjøres til gjenstand for avtalebasert utvikling. Lier kommune støtter seg til høringsuttalelsen fra Kommunehelsesamarbeidet Vestre Viken, som foreslår en ny § 8-3 Forskning som regulerer kommunenes plikt til å medvirke i forskningsarbeid, og plikt til å vurdere forskningssamarbeid gjennom avtaler med andre kommuner og med helseforetak.

Forskning i primærhelsetjenesten er per dato nærmest fraværende. Midler til forskning i førstelinjetjenesten utgjør 1 % av de samlede forskningsmidler innen helsetjenesten, samtidig som ca 90 % av pasientene behandles her.

Lier kommune deler departementets forslag om at forskning og utvikling, samt kompetanseoverføring mellom helseforetakene og den kommunale helse- og omsorgstjeneste om forskning og kunnskapsbasert praksis skal inngå som et tema i samarbeidsavtaler. Det vises til våre merknader til dette nedenfor.

Forskning i kommunehelsetjenesten vil i stor grad adskille seg fra den forskning som i dag er den dominerende ved sykehus og forskningsinstitutter. Det er på kommunalt nivå en først og fremst kan lykkes med praksisnær, pasientnær og anvendbar forskning.

Krav om forsvarlige tjenester, kvalitet og pasientsikkerhet

Departementet foreslår å tydeliggjøre kommunens virksomhetsansvar ved at en i ny lov om kommunale helse og omsorgstjenester presiserer at tjenestene som ytes skal være forsvarlige og fylle krav om verdighet, jfr drøfting om verdighetsgaranti.

Departementet foreslår videre å lovfeste krav til virksomhetene om å drive systematisk pasientsikkerhetsarbeid i alle deler av helsetjenesten. De foreslår også at begrepet "pasientsikkerhet" bør defineres i lov.

Departementet mener også at kravet til internkontroll opprettholdes og at det systemiske kvalitetsforbedringsarbeidet integreres i dette systemet.

Departementet foreslår å ta definisjonen på kvalitet inn i loven og at følgende definisjon legges til grunn;

"Med kvalitet forstås i hvilken grad helsetjenestens 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."

Departementet legger inn en åpning for at internkontrollforskriften bør endre navn til: Forskrift om styringssystemer for helse og omsorgstjenester. Dette for å få frem hva formålet med forskriften er og hva den regulerer.

Merknader:

Lier kommune støtter forslaget om å tydeliggjøre at tjenestene som ytes skal være forsvarlige og iht verdighetsgarantien. Dette forutsetter en ressursituasjon i kommunene som gjør en i stand til å ivareta det som loven her krever.

Lier kommune støtter forslaget om å drive systematisk pasientsikkerhetsarbeid og internkontroll, og har ingen merknader til verken definisjon eller lovteksten. Vi ønsker likevel å påpeke viktigheten av et samordnet, enkelt kvalitetsforbedringssystem som ikke byråkratiserer og tapper kommunene for ressurser, men som gir bedre kvalitet med mindre ressurser.

Når det gjelder kvalitetsdefinisjonen, så er det viktig å ha en definisjon som kan måles, enten objektivt eller subjektivt (opplevd kvalitet). Kommunene i Norge har lang og god erfaring med bruker- og pårørendeundersøkelser basert på opplevd kvalitet som grunnlag for vårt forbedringsarbeid.

Vurderingen videre er at lovforslagets § 4-3, med fordel kan tas ut. Denne bestemmelsen er nærmest å anse som en "resultatavtale" mellom departementet og direktoratet og bør kunne reguleres på annen måte.

Rett til kommunale helse- og omsorgstjenester – materielle rettigheter

Departementet foreslår å erstatte dagens mer detaljerte utforming av rettigheter etter sosialtjenestelovens § 4-3, med den rettslige standarden "nødvendig helse- og omsorgstjenester" og anser dette å innebære en videreføring av gjeldende rett, og ingen utvidelse eller innskrenkelse av den enkeltes rettigheter.

De strukturelle valg ved utforming av ny lovregulering er basert på et ønske om å skille plikter og rettigheter for å unngå dobbeltregulering av den enkeltes materielle rett til helsehjelp og samle flest mulig at rettighetsbestemmelsene inn i pasientrettighetsloven.

Lovforslaget innebærer en felles rettighetsbestemmelse for kommunale helse- og omsorgstjenester der pasientrettighetsloven § 2-1 splittes til: a) kommunale helse- og omsorgstjenester og b) spesialisthelsetjenesten.

Lovforslaget innebærer ingen endring i retten til øyeblikkelig hjelp.

Barns rett til helsekontroll er nedfelt i pasientrettighetsloven og videreføres ikke i ny lov. Foreldres plikt til å sørge for at barns rett til helsekontroll videreføres, men foreslås i pasientrettighetsloven, samsvarende med dagens regulering i kommunehelsetjenesteloven.

Departementet sendte i juni 2009 et forslag om endring i kommunehelsetjenesteloven om rett til helsehjelp på høring der det ble foreslått å presisere innholdet i begrepet nødvendig helsehjelp ved å fremheve begrepet verdighet som et grunnleggende element i helsetjenesten. Utredningen og tilbakemeldingene konkluderte med at et tjenestetilbud som ikke oppfyller grunnleggende verdighetskrav, heller ikke kan oppfattes som et forsvarlig tjenestetilbud.

Departementet deler høringsinstansenes oppfatning om at kravet til et verdig tjenestetilbud allerede i dag kan innfortolkes i dagens forsvarlighetskrav.

Bestemmelsen om at enhver har rett til et verdig tjenestetilbud går inn som en presisering i pasientrettighetsloven som da blir i samsvar med forsvarlighetsbestemmelsen i ny lov § 4-1.

I høringsnotatet av juni 2009 ble det også lagt frem et forslag om forskrift for en verdig eldreomsorg og selv om flere av høringsinstansene ga uttrykk for at det ikke ønskelig å fremheve en gruppe, "verdig omsorg" – gjelder alle grupper, har regjeringen den 12.11.2010 fastsatt en forskrift for verdig eldreomsorg etter gjeldene lovgivning.

I sosialtjenestelovens § 7-11 er det gitt egne bestemmelser om rettigheter under opphold i institusjon eller bolig med heldøgns omsorgstjenester, men vurderer at det er mindre grunn til videreføring av denne bestemmelse da det er egne regler om rettssikkerhet ved bruk av makt og tvang overfor personer med psykisk utviklingshemming. Jf lovforslaget kap 9 og pasientrettighetsloven § 4-4.

Bestemmelsen om rett til vedtak ved særlig tyngende behov, jf sosialtjenesteloven § 4-4, videreføres i pasientrettighetsloven.

Merknader:

Lier kommune har ingen merknader til de materielle rettighetene i lovforslaget. Det anses som en forbedring, både for tjenesteapparatet og tjenestemottaker at det skilles mellom kommunens plikter i ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, og den enkeltes rettigheter etter pasientrettighetsloven.

Prosessuelle rettigheter

Prosessuelle rettigheter er mer eksplisitt lovregulert i gjeldene rett for helsetjenester enn for sosiale tjenester. Departementet legger til grunn at de samme prinsippene bør gjelde for mottakere av sosiale tjenester.

På denne bakgrunn foreslås en endring i pasientrettighetsloven kapittel 3, hvor det presiseres at rett til medvirkning og informasjon skal gjelde både for "pasienter og bruker". Videre skal rett til samtykke gjelde for både "pasienter og bruker" i kapittel 4.

Retten til fastlege foreslås overført fra kommunehelsetjenesteloven til pasientrettighetsloven.

Rett til medvirkning, informasjon og samtykke fastslås i pasientrettighetsloven.

Rett til journalinnsyn etter pasientrettighetsloven kapittel 5 foreslås ikke endret i innhold, men foreslås utvidet til "pasienter og brukere".

For å sikre barns partsrettigheter under saksbehandlingen, foreslår departementet en ny bestemmelse i pasientrettighetsloven som tilsvarende andre ledd fra gjeldende sosialtjenestelov § 8-3, der det heter at "et barn skal kunne opptre som part i en sak og gjøre partsrettigheter gjeldende dersom de har fylt 12 år og forstår hva saken gjelder. I en sak som gjelder tiltak overfor rusmiddelmisbrukere under 18 år, skal barnet alltid regnes som part".

Departementet antar beskjedne administrative og økonomiske konsekvenser ved å forendre / utvide brukernes prosessuelle rettigheter, som omfatter i hovedsak reglene om samtykke og journalinnsyn.

Merknader:

Lier kommune har ingen merknader til lovforslagets prosessuelle rettigheter.

Individuell plan

I lovforslaget er det foreslått en plikt til å utarbeide individuell plan for pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester. Dette er en videreføring av gjeldene regler.

Imidlertid er det foreslått en ny regel for å klargjøre hvem som har ansvaret for å sette i gang arbeidet med planen og koordinere planarbeidet i de tilfellene en pasient har behov for tilbud både etter den nye loven og spesialisthelsetjenesteloven eller psykisk helsevernloven. Etter forslaget skal kommunen ha dette ansvaret. Forslaget innebærer at kommunen vil ha et hovedansvar for å utarbeide individuell plan, med det fratar ikke spesialisthelsetjenesten ansvar for å medvirke i arbeidet.

I lovforslaget er det foreslått en hjemmel for departementet til å gi nærmere regler om hvilke pasient- og brukergrupper plikten omfatter, og om planens innhold. Dette innebærer en videreføring av gjeldende regler.

Langvarige tjenester = behov av en viss varighet og koordinerte tjenester = to eller flere tjenester som må eller bør sees i sammenheng.

Merknader:

Lier kommune støtter departementet i at kommunen skal ha ansvaret for å sette i gang arbeidet når bruker har behov for tilbud etter ny lov og spesialist tjenesteloven.

Til spørsmålet om det bør åpnes for at spesialisthelsetjenesten i visse tilfeller bør ha et selvstendig ansvar for å utarbeide individuell plan, for eksempel ved særskilt krevende pasienter, vurderer Lier kommune at det ikke bør åpnes for dette, da dette kan medføre en økt risiko for uklare ansvarsforhold.

Imidlertid er det vesentlig at spesialisthelsetjenesten må ha en plikt til å medvirke i arbeidet med individuell plan, bortsett fra i enkelte særskilte tilfeller der bare spesialisthelsetjenesten er involvert. I disse tilfelle bør det som i dag, være spesialisthelsetjenesten som har ansvar for utarbeide den individuelle plan.

Koordineringsansvar

I lovforslaget er det foreslått en plikt for kommunen til å oppnevne koordinator, noe som innebærer en lovfesting av regler som i dag framgår av forskrift om individuell plan. Det er også foreslått en hjemmel for departementet til å gi nærmere regler om ansvaret for koordinator.

I tillegg er det foreslått en plikt for kommunen til å ha en koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet, noe som også innebærer en lovfesting av regler som i dag framgår av forskrift om habilitering og rehabilitering. Det er i tillegg foreslått at enheten skal ha et systemansvar for arbeidet med individuell plan og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator.

Merknader:

En lovregulering vurderes å gjøre reglene mer synlige og tilgjengelige for alle. Imidlertid er det en forutsetning at ansvaret for å utarbeide individuell plan er forankret i ledelsen og at leder sørger for at rammebetingelser er tilstede for å kunne fylle en koordinatorrolle.

Til departementets ønske om innspill om det er behov for å presisere begrepet ”langvarig” er Lier kommune i tvil om det er hensiktsmessig å definere dette, men at det bør foreligge en konkret vurdering fra tjenesteyters side.

Lier kommune er uenig i at det lovfestes en plikt til å ha en koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet. I og med at kommunen står fritt til å organisere sitt arbeid må det være tilstrekkelig at det er en plikt for kommunen til å oppnevnte en koordinator og at kommunen har systemansvar for arbeidet med individuell plan og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator. Kommunene har et ansvar som innebærer å sørge for. Hvordan dette ivaretas, må overlates til kommunen å beslutte.

Samarbeid mellom kommuner

I lovutkastet § 6-7 foreslås at departementet i forskrift eller gjennom enkeltvedtak kan pålegge kommuner å samarbeide. Departementet vurderer det slik at dersom den kommunale helse- og omsorgstjenesten over hele landet i årene fremover skal utvikles i samsvar med fremtidens kommunerolle, vil det oppstå et behov for at det etableres omfattende interkommunalt samarbeid for å oppnå tilstrekkelig innbyggergrunnlag, tilstrekkelig kompetanse og nødvendig økonomisk styrke.

Kommuner som samarbeider om å løse oppgaver innenfor helse- og omsorgstjenesten, vil ikke bare kunne utvikle mer robuste fagmiljøer, men kan oppnå stordriftsfordeler utover det man alene kan oppnå. I noen tilfeller er samarbeid helt avgjørende for å kunne dekke pasientenes rett til tjenester. Dette gjelder spesielt for de mindre kommunene.

Departementet vurderer det slik at samkommunemodellen eller vertskommunemodellen i mange tilfeller vil kunne være de mest hensiktsmessige måtene å møte nye fremtidige utfordringer og oppgaver innen helse- og omsorgssektoren, især for de minste kommunene. Samkommunemodellen og vertskommunemodellen er tiltenkt å kunne løse større og mer omfattende oppgaver som krever særlig fagkompetanse. Av den grunn vil departementet oppfordre kommunene til å vurdere disse modellene for samarbeid.

Ved samarbeid om drift av f.eks. lokalmedisinske sentra kan, etter departementets vurdering interkommunale selskaper være en aktuell samarbeidsform.

I de tilfeller hvor kommunen har problemer med å tilby gode og forsvarlige helse- og omsorgstjenester på enkelte områder til sine innbyggere legger lovutkastet opp til at kommunen må inngå samarbeid med andre nærliggende kommuner og at utgangspunktet for et slikt samarbeid bør inngås frivillig.

Departementet mener at i de tilfeller hvor et slikt samarbeid ikke inngås frivillig, og hvor mangelen på dette medfører en risiko for at pasientene ikke får de helse- og omsorgstjenester de har krav på etter loven, må departementet kunne påby et slikt samarbeid.

Departementet foreslår å videreføre kommunehelsetjenesteloven § 1-6 første ledd. Etter denne bestemmelsen kan departementet påby samarbeid mellom kommuner når det finnes påkrevet

for en tilfredsstillende løsning av oppgaver innen helsetjenesten, og om nødvendig gi regler for dette, herunder også om fordeling av utgifter. Kommunehelsetjenesteloven § 1-6 annet og tredje ledd om gjensidig bistand mellom kommuner foreslås også videreført.

For at innbyggere som har rett til fylkeskommunale tannhelsetjenester skal få informasjon om sin rettighet (via kommunal pleie- og omsorgstjeneste) og gis mulighet til å få innfridd sin rett er det også nødvendig at kommunen og fylkeskommunen samarbeider. For å få frem kravet til helhetlige og integrerte tjenester, vil departementet derfor foreslå å videreføre dagens kommunehelsetjenestelov § 1-4 fjerde ledd.

Når det gjelder lovforslagene er dette en videreføring av gjeldende rett, og følgelig mener departementet at det ikke vil medføre økonomiske og administrative konsekvenser.

Merknader:

Lier kommune slutter seg til at samarbeid kommuner i mellom, må baseres på frivillighet. Høringsnotatet beskriver allerede kjente samarbeidsmodeller. Kommunehelsesamarbeidet Vestre Viken, som Lier kommune deltar i som en av de 26 kommunene i sykehusområdet til Vestre Viken HF, er enda et godt eksempel på hvordan kommuner kan anse et samarbeid som hensiktsmessig.

I høringsnotatet vektlegger departementet ikke ubetydelige stordriftsfordeler ved at kommuner samarbeider om å løse oppgaver innenfor helse- og omsorgstjenesten. Lier kommune deler i hovedsak denne vurdering, men ser behov for at også mulige stordriftsulempene må drøftes av departementet.

Høringsnotatet beskriver den foreslåtte bestemmelsen om at departementet skal kunne påby samarbeid mellom kommuner når det finnes påkrevet, som en svært snever unntaksregel. Imidlertid bør ikke bestemmelsen i gjeldende kommunehelselov, videreføres. Når den anses som snever og at det skal svært mye til før departementet eventuelt pålegger samarbeid, strider en slik bestemmelse mot det kommunale selvstyret. Departementet sier selv i høringsnotatet at det ikke vil være særlig aktuelt å pålegge et slikt samarbeid, fordi kommunene selv ser en egen interesse av å inngå et slikt samarbeid. Det er nettopp det kommunene gjør, og de vil best være i stand til å vurdere hvordan de skal levere gode helse- og omsorgstjenester til sine innbyggere.

Avtalebasert lovpålagt samarbeid

Departementet fremhever i St.meld. nr. 47 (2008-2009) *Samhandlingsreformen* i flere sammenhenger, avtaler som et velegnet og viktig verktøy for å understøtte og realisere tiltak i samhandlingsreformen.

Departementet foreslår på denne bakgrunn å lovregulere samarbeidsavtaler som kan understøtte samhandling innenfor helse- og omsorgstjenesten i flere sammenhenger, og understøtte gjennomføringen av samhandlingsreformen, og antar det vil være hensiktsmessig at Helsedirektoratet i samarbeid med KS, utarbeider et veiledningsopplegg, herunder standardavtaler, til bruk i avtaleinngåelsen.

Høringsnotatet legger til grunn at det er et etablert prinsipp innenfor helsetjenesten om at helsehjelpen skal utføres på laveste effektive omsorgsnivå (LEON-prinsippet), som bl.a. i praksis vil si at dersom allmennlegetjenesten kan yte tilstrekkelig og forsvarlig helsehjelp til en pasient, skal fastlegen ikke henvise vedkommende til spesialisthelsetjenesten. Dette

kan, etter departementets vurdering, bli lettere å gjennomføre ved avtalebasert samarbeid lokalt.

Et avtalebasert lokalt samarbeid vil ha den fordel at det kan fungere fleksibelt og dynamisk når man skal komme frem til hvilken helsehjelp det er forsvarlig og riktig at kommunen tilbyr, og hvilke oppgaver som krever spesialisert kompetanse og utstyr, og som dermed fortsatt må løses av spesialisthelsetjenesten. Det vil etter forslaget ikke være rom for at partene avtaler seg bort fra det ansvaret som er pålagt dem i loven. Det kan for eksempel ikke avtales at en kommune skal ha det overordnede ansvaret for oppgaver som spesialisthelsetjenesteloven legger til foretakene.

Departementet mener at kommunene og foretakene selv bør ta ansvaret for å sørge for god samhandling gjennom avtalebasert samarbeid som binder sektorene i helsetjenesten sammen til en mer helhetlig helse- og omsorgstjeneste.

Helseforetakene tilbyr i følge departementet, ofte av tradisjonelle grunner, og på grunn av de etablerte rammebetingelsene, tjenester som det hadde vært en fordel om ble tilbudt av kommunene i pasientens nærområde, mer kostnadseffektivt. Som en del av den nye kommunerollen forutsetter departementet at utviklingen snus, slik at kommunene i fremtiden løser oppgavene når kommunene er riktig ansvarsnivå. Dette medfører at kommunene på sikt vil kunne få nye oppgaver ved å overta egnede oppgaver fra spesialisthelsetjenesten, men forutsetter økt kompetanse og en styrket fagutvikling i kommunesektoren. I denne sammenheng er det nødvendig at også kommunenes oppfatning av om pasienter er utskrivningsklare, blir hørt. En god måte å sikre dette på, er etter departementets vurdering, at kommuner og foretak samarbeider om avtalebaserte tiltak.

Dersom kommuner og foretak etablerer et samarbeid om tiltak som skal hindre unødvendig innleggelse av pasienter i sykehus, for eksempel med kommunale senger for observasjon og behandling, vil det også være behov for et nært samarbeid om kriterier for når det er nødvendig med sykehusinnleggelse, det vil si når det ikke er forsvarlig at pasienten tas hånd om av kommunehelsetjenesten. Disse kriteriene vil være avhengige av hva slags tilbud som etableres i kommunen, hvilken kompetanse og ressurser for øvrig som finnes der, og må utarbeides i et avtalebasert samarbeid lokalt.

Departementet antar at avtalene som et klart utgangspunkt ikke kan anses å være av privatrettslig art og derfor heller ikke vil være "kontrakt" i anskaffelseslovens forstand. Den enkelte samarbeidsavtale må vurderes konkret for å ta stilling til om det skjer en delegering av myndighetsoppgaver eller om det er tale om et tjenestekjøp. Dersom samarbeidsavtalene er å anse som tjenestekjøp, kommer anskaffelsesregelverket til anvendelse. Det forutsetter at samarbeidsavtalene vil få stor prinsipiell betydning for kommunens oppfyllelse av det lovpålagte ansvaret for den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og at de i samsvar med kommunelovens system må behandles på øverste politiske nivå.

Departementet foreslår at det innenfor spesialisthelsetjenesten blir de regionale helseforetakene som får ansvaret for å sørge for at det etableres samarbeidsavtaler med kommunene i helseregionen, men foreslår at de regionale helseforetakene har et valg om å overlate til, i alle fall noen av helseforetakene å forhandle frem og inngå samarbeidsavtaler på de enkelte fagområdene.

Det kan også inngås et avtalebasert samarbeid mellom kommuner. Slike avtaler kan, på samme måten som avtaler mellom kommuner og foretak, konkretisere det ansvaret

kommunene er pålagt og kommunene kan avtale at de deler gjennomføringen av oppgavene mellom seg, for eksempel kan en kommune drive legevaktvirksomhet på vegne av både seg selv og en eller flere andre kommuner.

Høringsnotatet beskriver dagens situasjon der pasienter ansett som utskrivningsklare av spesialisthelsetjenesten, mens de allikevel blir liggende i sykehus fordi de ikke får et passende kommunalt tilbud. Andre pasienter havner unødvendig på sykehus, selv med enklere medisinske tilstander, fordi det ikke finnes et tilbud i kommunen som er tilpasset det behovet pasienten har. Andre pasienter igjen blir liggende i kommunehelsetjenesten i påvente av behandling i spesialisthelsetjenesten.

Erfaringer med samarbeid mellom kommuner og foretak synes å vise at samlokalisering av tjenestene er viktig for å lykkes. Det er derfor viktig at det gjennom det avtalebaserte samarbeidet foretas en vurdering av om de fremtidige tilbudene skal samles i egne virksomheter, for eksempel som lokalmedisinske sentre, som forankres i kommune og inngår avtalebasert samarbeid, eller om det opprettes kommunale team eller kompetansesentre, lavterskeltilbud, tverrfaglige, ambulante team, brukerstyrte døgnplasser, forsterkede sykehjemsavdelinger, distriktsmedisinske sentre osv.

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, foreslår 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, jf. lovforslaget § 6-2. Departementet vil likevel ikke foreslå spesifikke krav til avtalens innhold, men krav av mer generell karakter som departementet mener det er viktig at partene samarbeider om.

De minimumskrav departementet vil foreslå at avtalen skal inneholde er blant annet tiltak for utskrivningsklare pasienter, samarbeidsrutiner, tiltak mot unødvendige innleggelser, faglige nettverk og samarbeid om IKT-løsninger lokalt. Avtalene bør omfatte IKT-systemer, kompetanseutvikling og utdanning. Departementet ber partene drøfte og vurdere om ikke også forskning bør være en del av avtalene på frivillig basis.

Det foreslås 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. Departementet vurderer også om det er hensiktsmessig å fastsette en avtaleperiode på fire år eller om avtalene bør være tidsbegrenset.

Det foreslås at departementet skal ha anledning til å sette en bindende frist for når avtalene må være inngått i samsvar med minstekravene, og det foreslås å pålegge de regionale helseforetakene en plikt til å sende alle inngåtte avtaler inn til Helsedirektoratet, for at departementet skal kunne få oversikt over om de aktuelle avtalene er inngått.

Helsedirektoratet kan, på eget initiativ, kalle partene inn til mekling dersom fristen oversittes. Helsedirektoratet skal i slike tilfeller gjennom råd og veiledning hjelpe partene til å komme frem til en frivillig avtale, men skal ikke selv kunne fatte vedtak om avtalens innhold. Det foreslås ingen statlig godkjenningsordning for avtalene, eller eget tvisteløsningsorgan på nåværende tidspunkt.

Merknader:

Det går frem av høringsnotatet at departementet antar det vil være hensiktsmessig at Helsedirektoratet i samarbeid med KS utarbeider et veiledningsopplegg, herunder standardavtaler, til bruk i avtaleinngåelsen. Allerede på bakgrunn av St.meld nr. 47 (2008-

2009), startet en rekke kommuner dialogen med helseforetakene med sikte på å ha samarbeidsavtaler klare når lov om kommunale helse- og omsorgstjenester er vedtatt, slik at samarbeidet kan starte på iverksettelsestidspunktet. Dersom Helsedirektoratet og KS nå skal utarbeide standardavtaler og veiledningsopplegg, forutsetter Lier kommune at det innhentes informasjon og synspunkter fra kommunene og helseforetakene, slik at det arbeidet som allerede er startet, legges til grunn.

Høringsnotatet legger til grunn at samarbeidsavtalene bør omfatte IKT-systemer, kompetanseutvikling og utdanning og legger til at "forskning er også et tiltak som partene bør drøfte og vurdere å ta inn i avtalene på frivillig basis". I og med at avtalene skal bygge på partenes behov, kan for sterke synspunkter på hva avtalene skal inneholde, være uheldig. Departementet bør ha tiltro til at partene selv finner hvilke områder avtalene bør romme. Til opplysning så har Lier kommune, gjennom deltakelse i Kommune helsesamarbeidet Vestre Viken og helseforetaket startet arbeidet med å utarbeide samarbeidsavtaler. I enkelte av delregionene er også høyskolen tatt med som part for å vurdere etablering av felles forsknings- og utviklingsenhet for kompetanseoverføring mellom partene.

Lier kommunes vurdering er at det enkelte helseforetak bør ha ansvaret for at det etableres samarbeidsavtaler med kommunen, ikke de regionale helseforetakene.

I de tilfelle der kommunene avtaler at de deler gjennomføringen av oppgavene seg i mellom, bør det være bestemmelsene i kommunelovens kapittel 5, eller lov om interkommunale selskaper som bør legges til grunn for samarbeidet.

Det kan også være behov for at kommunene eller et kommunesamarbeid etablerer egne juridiske enheter, for eksempel for å dekke grensesnittet mellom spesialisthelsetjenestens akuttmedisinske arbeid og kommunenes legevaksarbeid. I og med at den eneste selskapsform som er aktuell når kommuner og helseforetak sammen skal eie virksomhet som yter kommunal helse- og omsorgstjeneste, er aksjeselskaper, bør lov om interkommunale selskaper endres til også omfatte helseforetak.

Til departementets forslag om at partene skal ha mulighet til å si opp samarbeidsavtaler med ett års frist, vil Lier kommune foreslå at avtalene blir tidsubegrenset, slik at partene ikke må bruke tid på å reforhandle avtaler. Avtalen bør inneholde en klausul, som innebærer mulighet for partene til reforhandling av inngått avtale.

I lovforslagets § 6-2 fremgår kravene til avtalenes innhold. Lier kommune vurderer at det er behov for en tydeliggjøre at dette er et avtalesett som til sammen minimum skal innehold 1-10 elementer, og ikke en avtale. Det er lettere å bygge opp et avtalesett der element for element avtales festes og ikke nødvendigvis ikke alle elementene i en omfattende avtale.

Klageordning

Klageordningen foreslås regulert i pasientrettighetsloven med tilpasning til reglene om klage i forvaltningsloven. Det legges opp til at det skal være en felles klage- og tilsynsinstans istedenfor to. Departementet har ikke konkludert om Fylkesmannen eller Helsetilsynet skal være klageinstans. Det foreslås en ny bestemmelse som avskjærer klageorganets kompetanse til å treffe nytt vedtak.

Det er forslag til endring om at kommunen selv velger om de skal opprette egne klageorganer som i dag gjelder etter kommunehelsetjenesteloven.

Pasientrettighetsloven § 7-1 foreslås opphevet. Etter denne bestemmelse kan pasient eller representant for pasienten som mener at nærmere bestemmelser er brutt, anmode den som yter helsehjelpen, om at rettigheten blir oppfylt. Dette betyr at klagen skal sendes til organet som har truffet enkeltvedtaket eller avgjørelsen.

Merknader:

Det er, etter Lier kommunes vurdering, en stor fordel for kommunen og brukere at det blir en felles klage- og tilsynsinstans. Ved å legge klage- og tilsynsordningen med helse- og omsorgstjenesten under fylkesmannen vil det gi en mer samordnet og oversiktlig ordning.

Lier kommune vil understreke betydningen av forslaget om å presisere pasientrettighetsloven slik at klageinstansen ved prøving av vedtak, skal legge stor vekt på hensynet til det kommunale selvstyret ved prøving av det frie skjønn. Klageinstansen bør kun overprøve kommunale vedtak i forhold til loven, og en begrenset adgang til å overprøve kommunens skjønn. Klageinstansens avgjørelser kan få betydelige økonomiske konsekvenser for kommunene og dermed begrense det kommunale selvstyre.

Det anses som en stor fordel at klageinstansen ikke skal treffe nye vedtak i saken, men ved oppheving av det kommunale vedtak, sende saken tilbake til ny behandling i kommunen.

En opphevelse av pasientrettighetsloven § 7-1 kan gi en mer byråkratisk ordning, ved at loven kan frata brukere og helsepersonell mulighet til å løse eventuelle tvister på lavest mulig nivå.

Tilsyn

Departementet foreslår at Statens helsetilsyn fortsatt bør ha ansvar for overordnet tilsyn med helse- og omsorgstjenesten i landet og påse at virksomheter drives på en faglig forsvarlig måte og i samsvar med lov og forskrift.

Departementet konkluderer ikke når det gjelder hvem som bør være felles regional tilsynsinstans. Høringsinstansene oppfordres spesielt til å uttale seg om dette.

I valg av regional tilsynsinstans er det en rekke hensyn som må ivaretas:

- Tilsynsmyndigheten må ha tillit og faglig tyngde til å utøve myndighet på dette området.
- Tilsynsmyndighet for spesialisthelsetjenesten må kunne ivareta at eierforholdene ikke Alltid følger fylkesgrensene.
- Det må være en instruksjonsmulighet for overordnet tilsynsmyndighet som sikrer enhetlig tilsyn innen samme helseforetak.
- Tilsynsmyndigheten må kunne pålegges samarbeid med tilsynsmyndigheten i et annet fylke, når det er nødvendig.
- Det er derfor ønskelig med samme tilsynsordning for den kommunale helse- og omsorgstjenesten som for spesialisthelsetjenesten, for å hindre svikt i samhandlingen mellom forvaltningsnivåene.

Disse hensynene kan ivaretas både gjennom å velge Fylkesmannen som regional klage- og tilsynsinstans og ved valg av *Helsetilsynet i fylket*.

Aspekter ved valg av *Fylkesmannen* som felles regional tilsynsinstans:

- Fylkesmannen er i dag regional tilsynsmyndighet etter en rekke lover og hensynet til samordning av statlig tilsyn med kommunesektoren tilsier at Fylkesmannen også bør være tilsynsinstans etter ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester.

- Løsningen innebærer færre statlige enheter på regionalt nivå, og vil være en betydelig forenkling både for kommunene som møter én tilsynsinnsinstans uavhengig av fagområde, og for innbyggerne som får felles tilsynsinnsinstans for alle kommuneplikter, enten dette er på barnevernsområdet, helse, sosial, opplæring, miljø eller annet, jf. ovenfor.
- Fylkeslegens særstilling kan sies å svekke samordningen av statens tilsyn med kommunesektoren, og samordningen kan bli ytterligere svekket hvis også tilsynet med omsorgstjenesten legges inn under Helsetilsynet i fylket.

Aspekter ved valg av *Helsetilsynet i fylket* som felles regional tilsynsinnsinstans:

- Instansen har opparbeidet faglig autoritet og legitimitet i helsetjenesten.
- Det kan oppfattes som en faglig svekkelse, både i befolkningen og de faglige miljøene dersom oppgaver som i dag utføres av Helsetilsynet i fylket (fylkeslegen), blir overført til Fylkesmannen, selv om det ikke skjer endringer når det gjelder kompetanse og bemanning på området. Dette kan motvirkes ved en tydeligere organisering og en samla helse- og omsorgsavdeling under ledelse av fylkeslegen ved alle fylkesmannsembeter.
- Overføring av oppgaver fra Helsetilsynet i fylket til Fylkesmannen kan føre til at det blir vanskelig å rekruttere tilstrekkelig personell med nødvendig helsefaglig kompetanse.

Merknader:

Lier kommune støtter forslaget om å videreføre Statens helsetilsyn som overordnet tilsynsmyndighet med helse- og omsorgstjenesten. Videre støtter vi forslaget om en felles regional tilsynsinnsinstans. I valget mellom fylkesmann eller helsetilsyn i fylket, er ikke alle praktiske og lovmessige forhold belyst, og vi har dermed for liten kunnskap til å gi en kvalifisert uttalelse. Vi mener at likevel at det i høringsnotatet er listet opp flere aspekter som taler for å velge fylkesmannen fremfor å velge helsetilsynet i fylket. Hvis dette inntrykket samsvarer med virkeligheten, og det er slik at det er fylkesmannen som best ivaretar alle hensyn som må tas når en velger regional tilsynsmyndighet, støttes dette av Lier kommune.

Økonomisk ansvarsfordeling mellom kommuner – oppholdsprinsippet

De kommunale helse- og omsorgstjenestene har hatt en betydelig utvikling de siste årene, noe som i følge departementet medfører at oppholdsprinsippet får mer vidtrekkende konsekvenser for kommunene. I tillegg har den generelle velstandsutviklingen medført økt mobilitet i befolkningen og økt fritid for den enkelte. Høringsnotatet reiser derfor spørsmålet om *oppholdsprinsippet* fortsatt skal legges til grunn innen de kommunale helse- og omsorgstjenestene, og om det fins løsninger som kan avhjelpe situasjonen for ferie- og hyttekommuner m.m.

Departementet slår fast at det er nødvendig å ha en ordning som tilgodeser den enkelte hjelpetrengendes behov for å søke hjelp der dette synes mest hensiktsmessig og unngå at pasientene og brukerne blir kasterboller mellom kommuner.

Kommunal- og regionaldepartementet har i "*Retningslinjer for skjønnstildelingen 2010*" redegjort for hvilke forhold som fylkesmennene bør vektlegge ved tildelingen av skjønnsmidler. Her er det anført at Fylkesmannen i sin fordeling av skjønnsmidler til kommunene, bør ta hensyn til kommuner som har forholdsvis høye kostnader knyttet til mange fritidsboliger.

Etter en helhetsvurdering finner departementet at hensynet til en lett tilgjengelig helse- og omsorgstjeneste i kommunene tilsier at lovverket fortsatt bør ha oppholdsprinsippet som

hovedregel. Departementet er enig i at det kan være behov for et mer fleksibelt og nyansert regelverk tilpasset de til enhver tid foreliggende finansierings- og tilskuddsordninger. På denne bakgrunn foreslår departementet at dagens regler om at kommunen skal ha ansvaret for alle som bor eller oppholder seg i kommunen videreføres, men at det gis en fullmakt for departementet til å gi nærmere forskrifter om utgiftsfordeling mellom kommuner når en pasient eller bruker får tjenester fra en annen kommune enn den kommunen der vedkommende er fast bosatt eller har fast oppholdssted.

Reglene i sosialtjenesteloven § 10 andre ledd om at oppholdskommunen forut for inntaket i institusjonen skal være ansvarlig for å yte tjenester under oppholdet og adgang til å kreve refusjon fra oppholdskommunen forut for inntaket i institusjonen, videreføres ikke.

Den forskjellen vi har mellom tjenester regulert i kommunehelsetjenesteloven og tjenester regulert i sosialtjenesteloven blir dermed ikke videreført. Forslaget innebærer at en lovregulert adgang til å kreve refusjon bortfaller, men at det kan gis nærmere regler om dette i forskrift. Hensikten med å foreslå en forskriftshjemmel er, ifølge departementet å gi en mulighet til å videreføre gjeldende ordning. Departementet legger til grunn at lovforslaget ikke medfører økonomiske eller administrative konsekvenser. Før det eventuelt fremmes forslag til forskrift om videreføring av gjeldende adgang til å kreve refusjon, må økonomiske og administrative konsekvenser utredes nærmere. Et slikt forslag må også på vanlig måte sendes på høring.

Merknader:

Lier kommune deler departementets syn at det er nødvendig å ha en ordning som tilgodeser den enkelte hjelpetrequendes behov for å søke hjelp der dette synes mest hensiktsmessig og dermed unngå at pasientene og brukerne blir kasteballer mellom kommuner. På bakgrunn av dette slutter vi oss til at loven bør ha oppholdsprinsippet som hovedregel.

Lier kommune deler imidlertid ikke departementets syn om ikke å videreføre reglene i dagens sosialtjenestelov § 10 andre ledd om at oppholdskommunen forut for inntaket i institusjoner skal være ansvarlig for å yte tjenester under oppholdet, og adgang til å kreve refusjon fra oppholdskommunen forut for inntaket i institusjonen. Erfaringen er at kommuner som er vertskommune for store institusjoner blir ekstra belastet med oppgaver og kostnader, ved at pasienter som ledd i utskrivningen blir bosatt i den kommunen hvor institusjonen ligger. Denne merkostnad er ytterligere forsterket de senere år hvor det har vært en sterk fremvekst av private institusjonslignende boligtiltak i enkelte kommuner. Selv om den såkalte privatpleien ble avviklet for flere år siden, har veksten i nevnte boliger/institusjoner nærmest opprettholdt denne privatpleien.

Som det fremgår av NOU 1995:14, står bl.a. Lier kommune i en særstilling når det gjelder pasienter i privat psykiatrisk forpleining, med 33 % av landets pasienter i privatpleie på det tidspunkt. Selv om pasienter i privat forpleining er regulert i forskrift av 21.12.2000, er aldri den utfordringen som for eksempel Lier og tilsvarende kommuner har, tatt tilstrekkelig hensyn til, i verken i gjeldende bestemmelser, eller i det nye lovutkastet.

Det er ikke, etter Lier kommunes vurdering, tilstrekkelig at dagens lovfestede refusjonsadgang blir erstattet med adgang for departementet til å gi forskrifter om utgiftsfordeling mellom kommuner, når en pasient eller bruker får tjenester fra en annen kommune enn den kommunen der vedkommende er fast bosatt, eller har fast oppholdssted. Denne utfordringen er tidligere tatt opp med politisk ledelse i Helse- og

omsorgsdepartementet, som i møte i 2006 lovet at disse forhold skulle hensyntas i det kommende lovarbeid, hvilket ikke kan ses å være gjort.

Under alle omstendigheter bør etablering av denne type boliger/institusjoner, godkjennes med hjemmel i ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, av den kommune de fysisk ligger i, og driften være under tilsyn av fylkesmannen.

Finansiering og egenbetaling

Lovforslaget legger til grunn at kommunen er ansvarlig for utgifter til de helse- og omsorgstjenester den er forpliktet til å yte, og at dette ansvaret lovfestes, jf. lovforslaget § 11-1. Videre foreslår departementet å videreføre bestemmelsen om at staten yter årlig rammetilskudd til delvis dekning av kommunens utgifter, og viderefører dermed i all hovedsak bestemmelsene i dagens kommunehelsetjenestelov, og i dagens sosialtjenestelov.

Brukerne av helse- og omsorgstjenester betaler egenbetaling etter ulike forskrifter, avhengig av om de mottar tjenester i eller utenfor institusjon. Dersom skillet mellom tjenester i og utenfor institusjon, fjernes, innebærer det at reglene om egenbetaling også må endres. Departementet legger imidlertid ikke frem forslag til endringer nå. Departementet foreslår derfor å opprettholde dagens forskriftsstruktur for finansiering og egenbetaling etter folketrygdloven. Det innebærer at en harmonisert felles forskrift kun vil erstatte dagens forskrifter som er gitt med hjemmel i kommunehelsetjenesteloven § 2-3 og sosialtjenesteloven § 11-2.

Merknader:

Egenandelene er en viktig finansieringskilde for kommunene, imidlertid er det en forutsetning av de totale økonomiske rammer for kommunene utvides for å gjennomføre forslagene i ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. Lier kommune har for øvrig ingen merknader til finansieringsordningen, men ber departementet starte arbeidet med å erstatte dagens egenbetalingsforskrifter, med en helhetlig forskrift for egenbetaling for kommunale helse- og omsorgstjenester.

Kommunal medfinansiering

Den kommunale helse- og omsorgssektoren finansieres i dag i hovedsak gjennom fri inntekter (skatteinntekter og rammeoverføringer fra staten, øremerkede tilskudd, bidrag fra folketrygden samt brukerbetaling). Kommunalt medfinansiering innebærer at kommunene får et økonomisk medansvar for behandlingen i spesialisthelsetjenesten. Dette skal gi et insentiv til at kommunene selv skal vurdere hvordan egen innretning av kommunale tjenester kan påvirke forbruket av spesialisthelsetjenester, og motivere kommunene og sykehus til å samarbeide.

Det legges opp til å avgrense det kommunale medfinansierings ansvaret til å gjelde:

- Somatiske pasienter over 80 år
- Medisinske innleggelser/behandlinger

I tillegg vil departementet vurdere å innføre kommunal medfinansiering av psykisk helsevern og rusbehandling.

Den kommunale medfinansieringsmodellen er ikke ferdigstilt og foreligger derfor ikke.

Merknader:

Lier kommune registrer at det gjennom denne høringen ikke blir en avklaring om kommunal medfinansiering, som er et svært viktig spørsmål for kommunene. Et sentralt element i Samhandlingsreformen er å etablere økonomiske incentiver for kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og til høringsnotatets tre ulike innretninger av modellene:

- 1. En generell medfinansiering for alle diagnoser og aldre*
- 2. En avgrensing knyttet til diagnose, medisinske innleggelser/behandling.*
- 3. En aldersbasert avgrensing for somatiske pasienter over 80 år.*

Skal kommunen kunne håndtere dette, uten at det innebærer for stor risiko og urimelige og ukontrollerte utslag for kommunenes økonomi, må kommunene ha tilgang på relevant styringsinformasjon. Slik informasjon vil være helt avgjørende for å kunne vurdere alternative tilbud og drive virksomhetsstyring.

Når departementet skal arbeide videre med den konkrete innretningen, forutsettes en avklaring på størrelsen på medfinansieringsandelen og modell for beregning av kommende års overføringer til kommunene.

Det skal gjennomføres en høringsrunde som skal inngå i grunnlaget før det endelige valget av fremtidig finansieringssystem og før iverksetting må de konkrete problemstillingene avklares. Lier kommune er spent på endelig utfall av medfinansieringsmodellen, og dens økonomiske og administrative konsekvenser. Om modellen fungerer iht dens formål vil dette kunne medføre en mulighet for kommunene som medfører at man i langt større grad enn hva dagens praksis innebærer kan være i stand til å ivareta flere og andre behov i kommunehelsetjeneste, dvs ivareta medisinsk behandling der folk bor (kommunen). Det presiseres at dette selvsagt forutsetter nødvendige ressurser i form av økonomi, kompetanse og kapasitet.

Kommunalt finansieringsansvar for utskrivningsklare pasienter

Lovforslaget innebærer en lovfesting om at kommunen har et finansielt ansvar for utskrivningsklare pasienter (fra dag én). Videre foreslås det at kommunene pålegges en plikt til å inngå samarbeidsavtale med regionalt helseforetak i fht utskrivningsklare pasienter.

Lovforslaget presiserer at departementet i forskrift kan fastsette nærmere bestemmelser om ordningens omfang og innhold, kriterier for når en pasient er utskrivningsklar og betalingssatser etter første ledd. Bestemmelsen gir også departementet hjemmel til i forskrift å fastsette hva samarbeidsavtale etter andre ledd minimum skal inneholde.

Merknader:

Lier kommune vil avvente til det tidspunkt en eventuell forskrift om finansiering av utskrivningsklare pasienter sendes ut på høring, til å gi sin endelige uttalelse. Imidlertid er det viktig å understreke at en slik forskrift må sendes ut på høring i så god tid at kommunene både kan ha tid til høring, og ikke minst at det avsettes tilstrekkelig tid mellom fastsettelse og iverksettelse.

Lier kommune vurderer at man ikke kan endre ansvar og finansiering for utskrivningsklare pasienter fra psykisk helsevern og rusbehandling fra 01.01.2012. Dette vurderes å ikke være tilstrekkelig utredet, og kan derfor ikke innføres fra nevnte dato.

Lovendringer som understøtter elektronisk samhandling

Det foreslås å gi departementet myndighet til å stille krav om at dokumentasjon og kommunikasjon av helseopplysninger skal skje elektronisk. Det skal tas hensyn til behovet for effektiv elektronisk samhandling ved anskaffelser og videreutvikling av journal- og informasjonssystemer.

Merknader:

I samhandling mellom de ulike aktører bør elektronisk kommunikasjon være den ordinære måten å kommunisere for å nå helsepolitiske mål, forbedre kvaliteten og effektivisere arbeidet.

Til spørsmålet om når krav til elektronisk dokumentasjon og kommunikasjon vil kunne innføres for ulike brukergrupper og innen hvilke områder er det Lier kommunes vurdering, nødvendig at det først utarbeides en overordnet beskrivelse av de ulike elementer som må på plass for å kunne kommunisere elektronisk, da det vil kreve samordning av nettverk, maskinvare og programvare for alle aktører. Kommunen er kjent med at det foregår mye arbeid på dette feltet, men at arbeidet er forsinket i fht opprinnelig plan. Som kommune ønsker vi å koble oss opp mot Norsk Helsenett og gjøre bruk av elektronisk samhandling, men ser at dette medfører økte utgifter for kommunen (investering, samt drift, samt behov for nye rutiner og arbeidsformer som støtter opp under dette).

Rettsikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemning

Departementet foreslår at reglene i sosialtjenestelovens kapittel 4A inntil videre beholdes uendret, med mindre tilpasninger. Spørsmålet om reglene om tvang i helse- og omsorgssektoren bør samles i en felles lov, eller på annet vis bli mer samordnet enn i dag, blir problematisert

Merknader:

Lier kommune slutter seg til departementets forslag, men ber om en vurdering omkring sosialtjenestelovens virkningsområde. Det gjelder for eksempel en bruker som bor i bolig med heldøgns omsorg og som har vedtak om bruk av tvang i boligen, men som ikke gjelder på vei til og fra skole, eller på skole. Det kan være like nødvendig med tvangstiltak på skolen, men dette er det ikke lovhjemmel for i dag, noe som bør vurderes.

Særlige tiltak overfor rusmiddelmissbrukere, herunder bruk av tvang

Reglene i sosialtjenesteloven kapittel 6 er i hovedsak foreslått videreført uendret. Departementet uttaler at de ikke har hatt kapasitet til å utrede dette nærmere i dette høringsnotatet. Sosialtjenesteloven § 6-1 foreslås imidlertid ikke videreført da tjenestene som er regulert i denne bestemmelsen, vil falle inn under den overordnede reguleringen av helse- og omsorgstjenester i lovforslaget § 3-2.

For øvrig er det foreslått enkelte mindre tilpasninger som går ut på at "sosialtjenesten" erstattes med "kommunen", samt i tillegg er det foreslått at definisjonen av pårørende i pasientrettighetsloven § 1-3 bokstav b skal legges til grunn i stedet for å ha særregler om dette i den nye loven. Det er også foreslått at begrepet "klienten" erstattes med "pasienten eller brukeren".

Merknader:

Lier kommune har ingen merknader til departementets forslag da det i hovedsak innebærer en videreføring av gjeldende rett.

Pasient- og brukervedvirkning

Bestemmelsen i lovforslagets skal sikre pasient- og brukervedvirkning innenfor den kommunale helse og omsorgstjenesten, og er bygd opp etter samme modell av den ordning som gjelder i spesialisthelsetjenesten.

Helseforetaksloven § 35 innebærer at representanter for pasienter og andre brukere skal blir hørt i forbindelse med regionalt helseforetakets årlige utarbeidelse av plan for virksomheten i de kommende årene og at regionalt helseforetak skal etablere system til innhenting av pasienters og andre brukeres erfaringer og synspunkter.

Kommunehelsetjenesteloven inneholder ingen tilsvarende bestemmelser, mens det i Sosialtjenesteloven § 3-3 er fastslått at sosialtjenesten ”bør samarbeide med brukergruppene organisasjoner og med frivillige organisasjoner som arbeider med de samme oppgaver som sosialtjenesten”.

Merknader:

Lier kommune har ingen merknader til forslaget om å sikre pasient- og brukervedvirkning innenfor den kommunale helse og omsorgstjenesten, etter modell av den ordning som gjelder i spesialisthelsetjenesten. Imidlertid vil dette delvis innebærer en ny oppgave for kommunen med økonomiske og administrative konsekvenser som må hensynstas.

Beredskapsarbeid

Beredskapen er en viktig del av kommunens samlede ansvar. Lovforslaget viderefører en plikt for kommunen til å utarbeide en beredskapsplan for sin helse- og omsorgstjeneste, i samsvar med lov om helsemessig og sosial beredskap og viderefører kravet om at planen skal samordnes med kommunens øvrige beredskapsplaner.

I § 3-4 videreføres kommunens plikt til å ha oversikt over helsetilstanden.

Merknader:

Lier kommune har ingen merknader til dette punktet da det i all hovedsak er en videreføring av gjeldende rett.

Politiattest

Lovforslaget om politiattest er en videreføring av kommunehelsetjenesteloven § 3-1 og sosialtjenesteloven § 8-10. Bestemmelsen presiserer at kravet til politiattest gjelder for enhver som yter tjeneste til barn eller utviklingshemmede enten de er ansatt i kommunen eller i privat virksomhet, eller er private tjenesteytere som yter tjenester på vegne av kommunen.

Merknader:

Lier kommune har ingen merknader til bestemmelsen.

Andre temaer

Det foreslås bl.a. at spesialisthelsetjenestens § 3-3 meldinger endrer fokus og at meldingene nå skal sendes til Nasjonalt kompetansesenter.

Merknader:

Spesialisthelsetjenestens § 3-3 "Meldeplikt til helsetilsynet" har også i dag en hovedhensikt som en lærende prosess. Det utarbeides rapporter og tabeller som både kan benyttes lokalt i helseforetakene og fylkene til læring, som grunnlag for oppfølging av det enkelte helseforetak fra Helsetilsynet i fylket, samt som grunnlag for oppfølging der det er særlig grunn for inngripen fra Helsetilsynet i fylket i forhold til alvorlighetsgraden.

Dersom disse meldingene "degraderes" til å være informasjon til en statistikk eller en lærende prosess via Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, vil det trolig komme færre meldinger, kanskje vil det føre til flere gjentakelser innen områder, som av risikohensyn for pasienten, må stoppes, praksis omlegges, og informasjonen som grunnlag for individuelle tilsynssaker og systemtilsyn, kan utebli.

Det er en tilsvarende, bestemmelse for kommunehelsetjenesten, beskrevet i Helsepersonellovens "Melding om betydelig personskade". Det vil trolig være bedre om disse to bestemmelsene ble slått sammen, og at meldeplikten blir utvidet til å gjelde begge nivå; både spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Dette vil trolig være betryggende for både utfører og mottager av tjenester, samt å være en del av kontroll av og oppfølging av tjenestene, i tråd med internkontrollforskriften.

Økonomiske og administrative konsekvenser

I lovforslaget skal kommunens plikter, etter departementet vurdering, i all hovedsak videreføres i samme omfang og innhold som i dag og derfor etter departementets vurdering vil forslagene ikke innebære økonomiske og administrative konsekvenser.

Økonomiske og administrative konsekvenser av kommunal medfinansiering og utskrivningskrivningsklare pasienter vil bli redegjort i høringsnotat om nasjonal helse- og omsorgsplan.

Merknader:

I alt for stor grad konstaterer departementet i forbindelse med lovforslag at forslagene ikke antas å ha økonomiske og administrative konsekvenser. Imidlertid er det slik at når dette gjentas, vil det over tid ha betydelige økonomiske og administrative konsekvenser for kommunen. Imidlertid er forholdene slik at når dette synspunkt gjentas ved et hvert nytt/endret forslag, vil selv mindre endringer over tid, kunne medføre betydelige økonomiske og administrative konsekvenser for kommunen. Departementet må ta hensyn til dette i sitt videre arbeid.

Oppsummering

Ny lov medfører ikke vesentlige endringer i hva som er kommunens oppgaver etter tidligere lover. Det kan slik være vanskelig å se hva som er den nye kommunerollen. Det forutsettes imidlertid økt aktivitet fra kommunen i forhold til;

- ü Forebygging, tidlig intervensjon og tiltak mot unødvendig innleggelse av pasienter i sykehus.

- ü Samarbeid og samordning med andre kommuner, fylkeskommuner og helseforetak, herunder plikt til å inngå avtaler med helseforetak.
- ü Å etablere en egen pasient koordinator til mennesker med behov for langvarige og sammensatte tjenester.
- ü At det åpnes for at departementet i lov eller forskrift senere kan pålegge kommunen å opprette øyeblikkelig hjelp tilbud som døgnkontinuerlig.
- ü Ansvar for å følge opp allmennlegetjenesten, herunder i forhold til kvalitet.
- ü Å vurdere samarbeidsløsninger med helseforetak og andre kommuner, slik som lokal medisinske sentra.

Som nevnt innledningsvis er lovforslaget i hovedsak en videreføring av gjeldene bestemmelser og kan ikke sies å oppfylle målsettingen i Samhandlingsreformen, slik lovutkastet nå foreligger.

Til dels gir lovforslaget en tydeliggjøring av kommunens oppgaver, men gir bare konturene av en ramme for den bebudede nye kommunerollen. Slik lovforslaget foreligger, fører det ikke til økt innsats for folkehelse og forebygging – det er også her gjeldende regelverk som er videreført.

Lovforslaget gir i seg selv ingen bedret legetjenesten i kommunene, selv om det kan komme gjennom revisjon av fastlegeforskriften.

Kommunene er, fra tidligere, gitt et betydelig ansvar for å realisere reformens målsettinger. Den nye kommunerollen, med økt ansvar og nye oppgaver, vil få store konsekvenser for den enkelte kommune: styrket kompetanse, godt lederskap og endrede rammebetingelser. Vurderingen er at departementet gjennom lovforslaget har undervurdert de samlede konsekvenser for kommunene. Det er ikke snakk om de store endringene, men samlet sett vil dette kunne medføre endrede og økte økonomiske og administrative konsekvenser for kommunene.

Det er viktig at man søker en skrittvis implementering av reformen, slik at man rustet kommunen til å håndtere den nye rollen. Like viktig blir det å sikre at sykehusene ikke bygger ned tilbudene sine før kommunene har bygd opp sine tjenester, og i stand til å overta. Nytt lovverk alene er ikke nok for å nå målene i samhandlingsreformen. En stor utfordring er at kommunene i dag sliter med å rekruttere og beholde nødvendig fagkompetans. Skal vi lykkes her må det fra statlig hold sees på arbeidsbetingelsene for de største gruppene som jobber i denne tjenesten (f eks lønn, mulighet for 100 % stilling, fagutvikling). Dette er viktige grep for å sikre kommunen større tilgang på fagkompetanse, og som er helt avgjørende for om kommunen skal kunne overta flere av oppgavene som nå ivaretas av spesialisthelsetjenesten på en kostnadseffektiv måte av høy kvalitet.

Imidlertid vil det først være når finansieringen av bestemmelsene i lovforslaget er kjent at en vil kunne si om forslagene bidrar til å oppnå målsettingen i Samhandlingsreformen.