



Nordland
FYLKESKOMMUNE

Folkehelse

Vår dato: 10.01.2011
Vår referanse: 11/1116

Deres dato:
Deres referanse:

Org.nr: 964 982 953

Helse- og Omsorgsdepartementet

Postboks 8011 Dep
0030 OSLO

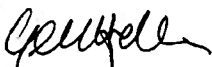
Høringsuttalelse - forslag til ny kommunal helse- og omsorgslov

Nordland fylkesting behandlet i møte 6.-9. desember 2010 sak 143/10 Høringsnotat – forslag til ny kommunal helse- og omsorgslov som har høringsfrist 18. januar 2011.

Vedlagt følger saksframlegg med vedtak. Dette kan også finnes på www.nfk.no under Fylkestinget og sak 143/10.

Vedtaket (side 12-14 i vedlegget) er altså Nordland fylkeskommunes høringssvar i saken.

Med vennlig hilsen


for Roar Blom
leder

Kjell Hjelle
folkehelserådgiver

Adresse

Postmottak
Fylkeshuset
8048 Bodø

Dir.: 75 65 05 58
Tlf: 75 65 05 60
Faks:

Saksbehandler:
Enhet:
E-post:

Kjell Hjelle
Folkehelse
post@nfk.no

Besøksadresse

FYLKESTINGSSAK

Saksnummer	Utvalg/komite	Møtedato
143/10	Fylkestinget	06.12.2010

Høring - forslag til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester

Sammendrag

Helse- og omsorgsdepartementet har 18. oktober 2010 sendt på høring forslag til ny kommunal helse- og omsorgslov med høringsfrist 18. januar 2011. Den nye loven vil sammen med forslaget til ny folkehelselov erstatte kommunehelsetjenesteloven, sosialtjenesteloven og lov om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet. Fylkeskommunene er ikke nevnt blant høringsinstansene til ny kommunal helse- og omsorgslov. De forskjellige lovreformene må imidlertid sees i sammenheng og i sammenheng med grunnlaget for ny nasjonal helseplan som også er på høring. Alt dette vil være elementer i oppfølgingen av samhandlingsreformen.

Den nye loven søker å tydeliggjøre ansvars- og oppgavefordeling både innad i kommuner og mellom forvaltningsnivå. Lovreformene vil medføre betydelig økte utfordringer for kommuner med hensyn til kapasitet, kompetanse, kvalitet og økonomiske ressurser.

Fylkesrådet tilrår at lovforslaget vedtas slik det er presentert. Det understrekes at kommunalt helsepersonell mer aktivt må medvirke i det helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid.

Bakgrunn

Helse- og omsorgsdepartementet har sendt på høring forslag til ny kommunal helse- og omsorgslov. Høringsnotatet er på 487 sider. Den nye loven vil sammen med forslaget til ny folkehelselov erstatte kommunehelsetjenesteloven, sosialtjenesteloven og lov om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet.

Forslaget er en oppfølging av St.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen, Innst. 212 S (2009-2010) Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om samhandlingsreformen og om en ny velferdsreform. I tillegg følger høringsnotatet opp NOU 2004:18 Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene og NOU 2005:3 Fra stykkevis til helt – En sammenhengende helsetjeneste.

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

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

Målene i reformen skal realiseres gjennom et sett av flere virkemidler. Samtidig som forslag til ny kommunal helse- og omsorgslov sendes på høring, er også forslag til ny folkehelselov på høring, samt at det gjennomføres en nettbasert høring om Nasjonal helse- og omsorgsplan. Den sistnevnte høringen er et ledd i departementets arbeid med planen som tas sikte på å fremmes i form av en stortingsmelding våren 2011. Det tas også sikte på at lovforslagene kan fremmes for Stortinget i form av lovproposisjoner våren 2011.

Hovedinnhold i høringsnotat og lovforslag

I forslag til ny kommunal helse- og omsorgslov tydeliggjøres kommunens overordnede ansvar for helse- og omsorgstjenester ("sørge-for-ansvar"), uten at kommunene samtidig pålegges bestemte måter å organisere tjenestene på. Kommunens plikter skal i all hovedsak videreføres, men pliktene foreslås utformet mer overordnet og profesjonsnøytralt. Dette vil gi kommunene et tydeligere og mer helhetlig ansvar og større frihet til å organisere og tilpasse tilbudet i samsvar med lokale behov. I forslaget oppheves skillet mellom helsetjenester og omsorgstjenester. I stedet foreslås en felles helse- og omsorgstjeneste med felles regelverk, herunder felles klage- og tilsynsinnsinstans. Helsepersonelloven skal gjelde for alt personell som yter tjenester etter den nye loven.

Forslaget innebærer også at pasient- og brukerrettigheter knyttet til kommunale helse- og omsorgstjenester videreføres, og at de samles i pasientrettighetsloven. Det vil medføre at rettighetene blir mer entydige og helhetlige for pasientene og brukerne, som ofte forholder seg til flere deltjenester i kommunen eller til tjenester både i kommunen og i spesialisthelsetjenesten.

Reformen fremhever kommunens ansvar for helsefremmende og forebyggende arbeid. Kommunene har allerede i dag et slikt ansvar, men det foreslås at dette tydeliggjøres i loven. Dette må ses i sammenheng med høringsnotatet om lov om folkehelsearbeid.

Lovforslaget er tenkt å sikre bedre samhandling innad i kommunen, men også mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Det foreslås lovregulert at kommuner og spesialisthelsetjeneste skal legge til rette for samhandling mellom ulike deltjenester og med andre tjenesteytere. Det foreslås å innføre et nytt avtalesystem mellom tjenestenivåene. Et lovfestet avtalesystem vil kunne bidra til et mer likeverdig partsforhold i avtaler, og sikre en mer enhetlig praksis.

I høringsnotatet redegjør departementet for endringer som det på sikt kan være aktuelt å ta inn i forskriften om fastlegeordningen. Fastlegeordningen er en ordning som det er stor brukertilfredshet med, og som det er viktig å videreføre. Fastlegene vil være sentrale i oppfølgingen av samhandlingsreformen. For blant annet å sikre helheten i allmennlegetjenesten, samt sørge for at det legges til rette for økt fokus på forebygging, er regjeringen opptatt av å sikre at kommunene får bedre styring med fastlegene. Ved senere revisjon av fastlegeforskriften kan det derfor være aktuelt å presisere og utdype hvilke tjenester fastlegene skal ha ansvar for å tilby innbyggerne på sin liste, samt innføre funksjons- og kvalitetskrav.

For at kommunene skal kunne tilby gode alternativer til sykehusinnleggelser for pasienter som har behov for døgnopphold for observasjon, undersøkelse og behandling, vil det være av stor betydning at kommunene etablerer døgntilbud. Økonomiske insentiver i form av kommunal medfinansiering og samarbeidsprosjekter mellom helseforetak og kommuner vil legge til rette for at både kommuner og helseforetak vil se seg tjent med å etablere slike tilbud i kommunene. Høringsinstansene bes

særskilt om å komme med innspill på om det eventuelt bør lovfestes en plikt for kommunene til å sørge for slikt døgntilbud. En eventuell plikt vil i så fall være avgrenset til pasientgrupper der et slikt tilbud anses som like bra eller bedre enn innleggelse ved sykehus for pasienter og henvisende leger.

Det foreslås å innføre lovbestemte krav om at alle virksomheter i spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal drive systematisk arbeid for å styrke pasientsikkerheten. Det foreslås også å innføre lovbestemte krav til systematisk kvalitetsforbedringsarbeid i alle virksomheter i spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Det foreslås dessuten å endre meldeordningen etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 slik at ordningen blir et rent læringssystem. Ved å flytte meldeordningen fra Statens helsetilsyn til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, kan helsepersonell melde om uønskede hendelser uten frykt for sanksjoner, og vi kan få bedre data om omfang, fordeling og risiko. På den måten kan uønskede hendelser i større grad brukes som grunnlag for årsaksanalyse og læring for å forebygge og redusere faren for pasientskader.

Problemstilling

Forslaget til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester skal *erstatte og harmoniserer dagens kommunehelsetjenestelov og sosialtjenestelov*. Høringsfrist er 18. januar 2011. Dagens lovmessige skille mellom helsetjenester etter kommunehelsetjenesteloven og omsorgstjenester etter sosialtjenesteloven vil dermed bli opphevet. Den nye loven vil medføre en felles tjeneste med felles regelverk. Dette er nærmere omtalt i *kapittel 6*. I lovforslaget foreslås det at *helsepersonelloven skal gjelde for alt personell som yter tjenester* etter den nye loven. Dette vil innebære at personell som i dag yter tjenester omfattet av sosialtjenesteloven, - men som ikke er å anse for helsehjelp i henhold til helsepersonellovens definisjon - i fremtiden vil være underlagt helsepersonellovens bestemmelser knyttet til yrkesutøvelsen. Forholdet til helsepersonelloven og annen lovgivning er diskutert i høringsnotatets *kapittel 7* og *kapittel 8*.

Lovforslaget tydeliggjør *kommunens overordnede ansvar for helse- og omsorgstjenester* i form av et såkalt "sørge-for-ansvar", (*kapittel 10*). Det foreslåtte sørge-for-ansvaret tilsvarer reguleringsformen som i dag gjelder for spesialisthelsetjenesten. Etter departementets oppfatning bør de ulike tjenestenivåenes overordnede ansvar reguleres på en likeartet måte. Den foreslåtte reguleringen vil innebære en tydeligere ansvars plassering, uten at kommunen samtidig pålegges bestemte måter å organisere tjenestene på eller pålegges bruk av nærmere bestemte profesjonsgrupper. I henhold til forslaget vil kommunen bli gitt stor frihet til selv å velge hvordan ansvaret oppfylles.

For å tydeliggjøre hva sørge-for-ansvaret innebærer, foreslås det presisert at kommunen må planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten slik at tjenestene er i samsvar med krav i lov og forskrift. Tilsvarende presisering foreslås også i spesialisthelsetjenesteloven.

Det foreslås lovregulert at kommuner og spesialisthelsetjeneste skal legge til rette for samhandling mellom ulike deltjenester og med andre tjenesteytere, og at kommuner og spesialisthelsetjeneste skal legge til rette for at den enkelte pasient eller bruker gis et verdig, helhetlig og integrert helse- og omsorgstjenestetilbud.

Når det gjelder *kommunens plikter* foreslås det lovfestet en mer overordnet og profesjonsnøytral angivelse av kommunens plikter, jf. høringsnotatets *kapittel 11*. Etter departementets vurdering vil en slik overordnet måte å regulere kommunens plikter på være mer dynamisk og anvendbar i

forhold til helsefaglig utvikling og nye måter å organisere tjenestetilbudet på. Forslaget vil gi større mulighet for lokale tilpasninger og handlefrihet i forhold til en hensiktsmessig organisering av tjenestene ut fra lokale ønsker og behov. Forslaget gir kommunene større frihet når det gjelder organisering av ulike tjenester og når det gjelder sammensetning av nødvendig fagkompetanse for å oppfylle kommunens plikter. For mange pasienter og brukere vil nødvendige helse- og omsorgstjenester bestå av summen av ulike delbidrag fra flere fagprofesjoner. Med unntak for bruk av begrepet "fastlegeordning" er lovforslaget profesjonsnøytralt. Grunnen til at leger er nevnt i lovteksten er ikke at leger skal settes i en særstilling lovgivningsmessig, men at fastlegeordning er et organisatorisk krav til kommunen som følgelig må lovfestes. Profesjonsnøytral lovgivning vil understøtte tjenesteytelse på tvers av fagprofesjoner og samarbeid mellom deltjenester. Profesjonsnøytral lovgivning vil også motvirke at lovfestede profesjoner etter helsepersonelloven fremstår som mer viktige enn de som ikke er eksplisitt lovfestet. Også ordningen med brukerstyrt personlig assistanse diskuteres i kapittel 11. Departementet foreslår å videreføre gjeldende rett ved at kommunen skal ha plikt til å tilby denne ordningen.

Samhandlingsreformen legger opp til *økt aktivitet i kommunene*. I høringsnotatets *kapittel 12* er det redegjort nærmere for overføring av aktivitet fra spesialisthelsetjenesten til den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Som det vil fremgå er det deler av pasientforløp som er aktuelle for "overføring" til den kommunale helse- og omsorgstjenesten, ikke konkrete eller avgrensede oppgaver. Det legges opp til en gradvis oppbygging av kompetanse for å øke aktivitet og kvalitet i kommunene. Det må være en gjensidighet mellom kommuner og helseforetak når kommunene overtar aktiviteter. Lovpålagte avtaler vil være rammen for en slik gjensidig tilpasning.

I *kapittel 13* omtaler departementet behovet for *kommunale tilbud om døgnopphold for helse- og omsorgstjenester til pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp*. For at kommunene skal kunne tilby gode alternativer til sykehusinnleggelse for pasienter som har behov for døgnopphold for observasjon, undersøkelse og behandling, vil det være av stor betydning at kommunene etablerer døgntilbud. Økonomiske insentiver i form av kommunal medfinansiering og samarbeidsprosjekter mellom helseforetak og kommuner vil legge til rette for at både kommuner og helseforetak vil se seg tjent med å etablere slike tilbud i kommunene. Det foreslås ingen kommunal plikt til å sørge for et slikt døgntilbud, men høringsinstansene bes særskilt om å komme med innspill på om en slik plikt bør lovfestes. En eventuell plikt vil i så fall være avgrenset til pasientgrupper der et slikt tilbud anses som like bra eller bedre enn innleggelse ved sykehus for pasienter og henvisende leger.

I lov om kommunale helse- og omsorgstjenester foreslås det økt fokus på kommunens ansvar for *helsefremmende og forebyggende arbeid*, jf. høringsnotatet *kapittel 14*. Kommunen har allerede i dag et slikt ansvar, men dette foreslås ytterligere tydeliggjort i lovforslaget. Kommunens samlede ansvar for helsefremmende og forebyggende arbeid må sees i sammenheng med forslag til ny lov om folkehelsearbeid, jf. eget høringsnotat som er sendt på høring samtidig.

Departementet foreslår å videreføre dagens *kommunelegeordning*, jf. høringsnotatet *kapittel 15*. Departementet mener at medisinsk faglig og samfunnsmedisinsk kompetanse er nødvendig i kommunene for å utføre de oppgavene de er ansvarlige for av ikke-klinisk karakter etter dette lovforslaget og etter forslaget til ny lov om folkehelsearbeid. Etter departementets vurdering har *fastlegene* en helt sentral rolle for å nå målsettingene for samhandlingsreformen. I høringsnotatet foreslås en presisering av gjeldende forskriftshjemmel om at det kan gis forskrifter om kvalitets- og funksjonskrav, jf. *Kapittel 16*. I den forbindelse tar departementet sikte på å etter hvert foreslå endringer i fastlegeforskriften. Det tas sikte på at mer vil bli regulert i forskrift og mindre i avtaleverket. Departementet vil vurdere forslag for å presisere og utdype fastlegeforskriften med hensyn til hvilke tjenester fastlegene har ansvar for å gi innbyggerne på sin liste, samt vurdere innføring av nasjonale kvalitets- og funksjonskrav med tilhørende krav om rapportering. Det overordnede målet med slike forskriftsforslag vil være å øke kvaliteten på de tjenester innbyggerne mottar hos sin fastlege og å sikre at prioriterte oppgaver ivaretas av fastlegene. Slike

forskriftsforslag vil også ha som mål å etablere et tydeligere nasjonalt rammeverk for fastlegeordningen som vil bidra til bedre kommunal styring.

Helse- og omsorgstjenester skal være forsvarlige. På individnivå er dette allerede presisert for helsepersonell gjennom helsepersonelloven § 4, mens det på systemnivå er mer indirekte og fragmentarisk regulert. I forslaget foreslås det derfor å presisere *forsvarlighetskrav på systemnivå*, jf. nærmere om dette i høringsnotatets *kapittel 19*. Forsvarlighetsplikten vil innebære at kommunen skal tilrettelegge sine tjenester slik at den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og integrert helse- og omsorgstjenestetilbud og slik at helse- og omsorgstjenesten og personell som utfører tjenestene blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter. I kapitlet foreslås det også å presisere i lovforslaget at forsvarlighetsplikten vil innebære at kommunen skal tilrettelegge sine tjenester slik at den enkelte pasient eller bruker gis et verdig tjenestetilbud, jf. også *kapittel 20* hvor det foreslås å lovfeste i pasientrettighetsloven at den enkelte pasient eller bruker har rett til verdig tjenestetilbud.

Helse- og omsorgstjenesten er til for å hjelpe pasienter og brukere, og de aller fleste får god hjelp. Enkelte ganger skjer det likevel uønskede hendelser. Pasientsikkerhet handler om vern mot unødig skade som følge av helsetjenestens ytelser eller mangel på ytelser. Departementet foreslår å innføre lovbestemt krav om at alle virksomheter i spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal drive *systematisk arbeid for å styrke pasientsikkerheten*, jf. *kapittel 19*. Det må skapes en kultur hvor det er åpenhet om uønskede hendelser og risikoområder slik at man kan lære av feil og iverksette tiltak for å forebygge at lignende skjer igjen. Erfaringer fra pasienter, brukere og pårørende er viktige bidrag inn i pasientsikkerhetsarbeidet.

Departementet foreslår også å lovfeste *krav til systematisk kvalitetsforbedringsarbeid* i alle virksomheter i spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten, jf. høringsnotatets *kapittel 19*. Å lovfeste krav til systematisk kvalitetsforbedringsarbeid setter en retning og en visjon for helse- og omsorgstjenesten og vil harmonere godt med det arbeidet som er nedlagt over ca. 15 år i forbindelse med implementering av de nasjonale kvalitetsforbedringsstrategiene.

Det foreslås at den enkelte *pasient eller brukers rettigheter skal reguleres i pasientrettighetsloven*. Lovforslaget viderefører rettighetsomfanget på dagens nivå, men reguleringsformen vil bli annerledes enn i dag, jf. høringsnotatets *kapittel 20* og *kapittel 21*. Det at pasientrettighetsloven skal komme til anvendelse vil få betydning for pasienter og brukere som i dag ber om eller mottar tjenester omfattet av sosialtjenesteloven. I dag er både kommunens plikter og den enkeltes rettigheter samlet i sosialtjenesteloven. I henhold til lovforslaget skal kommunens ansvar og plikter reguleres i den nye kommunale helse- og omsorgsloven som utformes som en ren tjenestelov, mens den enkelte pasient eller brukers rettigheter som nevnt vil bli samlet i pasientrettighetsloven. Det å samle rettighetsbestemmelsene i pasientrettighetsloven følger av ønsket om å harmonisere regelverket, samtidig som felles regulering av rettigheter også vil kunne bidra til bedre samhandling mellom forskjellige tjenesteytere og de ulike forvaltningsnivåer. Det antas også at en felles og samlet regulering vil gjøre regelverket om rettigheter mer tilgjengelig for pasienter og brukere. I *kapittel 20* foreslås også å lovfeste at den enkelte pasient eller bruker har rett til verdig tjenestetilbud (verdighetsgarantien), jf. også *kapittel 19* hvor det foreslås å presisere i lovforslaget at forsvarlighetsplikten vil innebære at kommunen skal tilrettelegge sine tjenester slik at den enkelte pasient eller bruker gis et verdig tjenestetilbud.

I høringsnotatets *kapittel 24* er det redegjort nærmere for ulike former for *samarbeid mellom kommuner* ved ytelse av helse- og omsorgstjenester.

Departementet foreslår *lovfesting av et avtalesystem mellom kommunen og regionale helseforetak/helseforetak*, som blant annet skal etablere en felles forståelse av lovgivningens fordeling av helse- og omsorgsoppgaver mellom tjenestenivåene og en felles forståelse av hvilke oppgaver partene til enhver tid skal løse, jf. høringsnotatets *kapittel 25*. Det lovpålagte

avtalesystemet skal bidra til å gi kommunene et mer likeverdig partsforhold i avtalen, og sikre en mer enhetlig praksis. Det nye lovpålagte avtalesystemet skal sikre at tjenesteyterne samhandler og koordinerer tjenestene slik at pasienten mottar en helhetlig tjeneste, i form av et planlagt og sammenhengende forløp av tjenester. En annen viktig målsetting i reformen er å hindre unødvendige innleggelser i sykehus og å lette utskrivning av pasienter som er ferdigbehandlet. Sett fra den kommunale helse- og omsorgstjenestens ståsted vil det være en målsetting å få til ordninger som gjør det enklere å planlegge innleggelse i sykehus til rett tid, i det lange ventelister i spesialisthelsetjenesten vil være kostnadskrevende for kommunene fordi de i ventetiden ofte vil måtte yte hjemmebaserte tjenester. Avtalebasert samarbeid vil være et godt verktøy for å nå disse målsettingene.

I høringsnotatet foreslås det lovfestet at kommunene har ansvar for utskrivningsklare pasienter fra dag en og det foreslås at kommuner og regionale helseforetak skal inngå samarbeidsavtaler om utskrivningsklare pasienter. Videre foreslås at departementet i forskrift skal gi nærmere bestemmelser om ordningens omfang og innhold, kriterier for når en pasient er utskrivningsklar og betalingssatser.

Det er i dag et problem for effektiv samhandling at IT-systemer i deler av helsetjenesten ikke bruker de standarder som er utviklet for *elektronisk samhandling*. Det medfører at systemene ikke kan snakke sammen. I ny lov foreslås det å gi departementet myndighet til å stille krav om at dokumentasjon og kommunikasjon av helseopplysninger skal skje elektronisk, jf. høringsnotatets *kapittel 32*. Eksisterende hjemler vil tas i bruk for å stille nasjonale krav til standardiserte og sertifiserte løsninger. Spesialisthelsetjenesten og kommunene skal videre ta hensyn til behovet for effektiv elektronisk samhandling ved anskaffelse og videreutvikling av sine journal- og informasjonssystemer. Samlet sett vil dette bidra til en mer effektiv utveksling av viktige pasientopplysninger og dermed også bedre helsehjelp.

Vurderinger

Det er positivt at loven tydeliggjør kommunens ansvar for helse- og omsorgsarbeid og at bestemmelser og krav til arbeid med kvalitet og kvalitetsutvikling og innhold i dette arbeidet er presisert. Det nye lovverket medfører store utfordringer for kommunene med hensyn til kapasitet, kompetanse, kvalitet og økonomi når det gjelder helse- og omsorgstjenestene.

Økt krav til samhandling med spesialisthelsetjenestene der det legges opp til økte krav til kommunenes oppgaver i helse- og omsorgstjenesten vil kreve betydelig engasjement fra begge hold, og det er viktig at dette blir et arbeid mellom likeverdige parter. Det må for eksempel gis tydelige detaljerte bestemmelser om omforente kriterier for hva som skal defineres som "utskrivningsklar pasient" dersom de skisserte ordninger skal fungere. Samarbeid og samhandling er blant hovedelementene i et helhetlig kvalitetssystem, og det må være et felles arbeid mellom partene for å utvikle dette.

Kommunene er forskjellige. Det kan også reises tvil om alle har mulighet for å etablere avansert heldøgnsstilbud mht observasjon og behandling ut fra sin størrelse, geografi, kapasitet, tilgang på fagpersonell og økonomiske ressurser etc. Derfor bør det kanskje ikke være en *plikt* å ha slikt tilbud i *alle* kommuner. Generelt ser det ut til at det kan være behov for utstrakt interkommunalt samarbeid på flere av de arbeidsområdene som framgår av lovforslaget og der forholdene ligger til rette for det.

Forslaget til ny kommunal helse- og omsorgslov må sees i sammenheng med samhandlingsreformen og med forslag til ny folkehelselov. Viktige deler av den tidligere kommunehelsetjenesteloven, som f. eks. miljørettet helsevern, er nå tatt inn i ny folkehelselov. Likevel er viktige deler av forebyggende og helsefremmende oppgaver fortsatt hjemlet i ny helse- og omsorgslov, for eksempel helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

Mens folkehelseloven retter seg mot folkehelseoppgavene som *kommunen* har, gir helse- og omsorgsloven bestemmelser om de forebyggende og kurative oppgavene til helse- og omsorgstjenesten i kommunen.

Det gis viktige føringer for fastlegeordningen. Blant annet er det forslag om at det skal komme endringer i fastlegeforskriften. Det er ønskelig å tydeliggjøre kommunens overordnede ansvar for denne tjenesten samtidig som man ønsker å innskjerpe fastlegens listeansvar (populasjonsansvar), bl.a. individrettet forebyggende arbeid og oppfølging av personer som har risiko for utvikling av kroniske lidelser.

Samhandlingsreformen peker på at sykdomsbildet som vil følge med den demografiske utviklingen framover bare kan håndteres gjennom sterkere innsats for å forebygge sykdom, samt bedre koordinering av helsetjenester. I henhold til dette må helsepersonell aktivt medvirke i det helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeidet i kommunene. Etablering av kommunale frisklivssentraler blir et viktig tiltak for å sikre denne koordineringen. Sentralene forankres i kommunens helsetjeneste med helsefaglig ledelse og flerfaglig sammensatt aktivitetspersonell. Sentralene vil dermed ha forankring både i ny folkehelselov og lov om helse- og sosialtjenesten.

Konsekvenser

Saken har ikke økonomiske, administrative eller personellmessige konsekvenser for Nordland fylkeskommune.

Den har stor betydning for helsetjeneste- og omsorgstilbudet til befolkningen i kommunene og dermed for folkehelsen i fylket.

Fylkesrådets innstilling til vedtak

1. Fylkestinget mener det er positivt at lovforslaget på mange områder gir avklaringer og tydeliggjør ansvarsforhold med hensyn til kommunens helse- og omsorgstjeneste.
2. Samhandlingsreformen og forslaget til ny helse- og omsorgslov legger opp til økt aktivitet i kommunene på helse- og omsorgsområdet. Dette setter økte krav til kommunene når det gjelder kompetanse, kapasitet, kvalitet og økonomi. Kommunene må gis tilstrekkelige ressurser og rammevilkår for øvrig til å kunne mestre de økte oppgavene.
3. Loven presiserer og setter relativt detaljerte krav til innholdet i kvalitetssystem og kvalitetsforbedringsarbeid. Dette er også helt nødvendig for at intensjonen om økt samhandling både innad i kommunene mellom forskjellige tjenester, mellom kommuner og ikke minst mellom primær- og spesialisthelsetjenesten skal kunne fungere med et tilfredsstillende resultat i forhold til tjenestekvaliteten. Det er positivt at elementer fra kvalitetsutvikling og internkontroll er tatt inn som krav i lovteksten. Prosedyrene for samarbeid og samhandling er et av de viktigste elementer i et kvalitetssystem. Det vil imidlertid være et omfattende arbeid å utvikle og implementere dette, og arbeidet må skje i et samarbeid mellom aktører som er likeverdige. Dette arbeidet vil også kreve at det settes

av tilstrekkelig tid og ressurser hvis det skal gi tilfredsstillende resultat. Virksomhetene må ha tilstrekkelig kapasitet til å arbeide med dette også.

4. Kvalitetsutvikling er primært et ledelsesansvar, men det krever medvirkning fra alle i organisasjonen. § 4-2 om pasientsikkerhet og kvalitet innebærer et krav til systematisk pasientsikkerhetsarbeid for enhver som yter helse- og omsorgstjenester etter denne loven. Det framgår at det kan gis forskrift med nærmere regler tilknyttet denne bestemmelsen, herunder krav til lokalpolitisk behandling av kvalitetskrav. Ettersom kvalitet ofte kan oppfattes som resultat i forhold til forventninger, vil det være viktig at lokalpolitiske nivå setter standarder og forplikter seg i forhold til hva som skal være kvalitetsnivået på tjenester i kommunen, slik at tjenestene kan tilføres nødvendige ressurser for å møte utfordringene.
5. Det framgår at samarbeidet mellom primær- og spesialisthelsetjenesten skal reguleres av avtaler mellom den enkelte kommune og helseforetak. Arbeidet med utforming av avtaler som kan være funksjonelle vil kunne være krevende. Slike avtaler må også utformes i et samarbeid mellom parter som oppfattes likeverdige. Det må settes detaljerte krav til innholdet i slike avtaler. For eksempel vil det være avgjørende at det finnes detaljerte omforente kriterier for hva som skal defineres som en "utskrivningsklar pasient" hvis det regelverket som det legges opp til skal kunne fungere etter hensikten.
6. Regelverk knyttet til taushetsplikt, konfidensialitet og personvern er hele tiden under press. Det må sikres at bestemmelser om taushetsplikt og personvern kan ivaretas i organiseringen av tjenestene etter den nye helse- og omsorgsloven. Det bør være særlig oppmerksomhet knyttet til denne utfordringen når det gjelder kravet til samkjøring av elektroniske systemer.
7. Det bør være stimuleringstiltak for å opprette heldøgns observasjons- og behandlingsplasser i kommunene for situasjoner der dette kan være et like bra eller bedre alternativ til sykehusinnleggelse. Dette forutsetter imidlertid at rammevilkårene for å drive slike tilbud forvarlig er til stede. Det bør ikke være en lovmessig plikt for enhver kommune å ha slikt tilbud.
8. Kommuneleger med medisinskfaglig og samfunnsmedisinsk kompetanse vil være viktige for å ivareta rådgivningsfunksjoner i forhold til helheten i helse- og omsorgstjenesten og for å ivareta oppgaver etter denne og andre lover (folkehelselov inkl. miljørettet helsevern, smittevern, helsemessig beredskap etc.). Samtidig er det viktig at fastleger blir nærmere tilknyttet den øvrige kommunale virksomheten i helse- og omsorgstjenesten. Fastlegenes oppgaver utenom det rent kurative arbeidet og deler av det som i dag er avtaleregulert bør derfor konkretiseres i en revidert fastlegeforskrift. Det bør videre gis funksjons- og kvalitetskrav i forskriften, jf øvrige kvalitetskrav som framgår av ny helse- og omsorgslov.
9. I henhold til Samhandlingsreformens intensjoner om mer forebygging, må kommunalt helsepersonell mer aktivt medvirke i det helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid. Det understrekes i denne sammenheng at i driften av kommunale frisklivssentrales vil et aktivt samarbeid med kommunalt henvisende helsepersonell være avgjørende for å oppnå ønskede resultater.

Bodø den 29.11.2010
Odd Eriksen
fylkesrådsleder
sign

Marit Tennfjord
fylkesråd for kultur og miljø
sign

06.12.2010 Fylkestinget

FT-143/10

Innstillinga fra komite for samferdsel ble lagt fram av saksordfører Jon Tørsel, SP:

I

1. Fylkestinget mener det er positivt at lovforslaget på mange områder gir avklaringer og tydeliggjør ansvarsforhold med hensyn til kommunens helse- og omsorgstjeneste.
2. Samhandlingsreformen og forslaget til ny helse- og omsorgslov legger opp til økt aktivitet i kommunene på helse- og omsorgsområdet. Dette setter økte krav til kommunene når det gjelder kompetanse, kapasitet, kvalitet og økonomi. Kommunene må gis tilstrekkelige ressurser og rammevilkår for øvrig til å kunne mestre de økte oppgavene.
3. Loven presiserer og setter relativt detaljerte krav til innholdet i kvalitetssystem og kvalitetsforbedringsarbeid. Dette er også helt nødvendig for at intensjonen om økt samhandling både innad i kommunene mellom forskjellige tjenester, mellom kommuner og ikke minst mellom primær- og spesialisthelsetjenesten skal kunne fungere med et tilfredsstillende resultat i forhold til tjenestekvaliteten. Det er positivt at elementer fra kvalitetsutvikling og internkontroll er tatt inn som krav i lovteksten. Prosedyrene for samarbeid og samhandling er et av de viktigste elementer i et kvalitetssystem. Det vil imidlertid være et omfattende arbeid å utvikle og implementere dette, og arbeidet må skje i et samarbeid mellom aktører som er likeverdige. Dette arbeidet vil også kreve at det settes av tilstrekkelig tid og ressurser hvis det skal gi tilfredsstillende resultat. Virksomhetene må ha tiltrekkelig kapasitet til å arbeide med dette også.
4. Kvalitetsutvikling er primært et ledelsesansvar, men det krever medvirkning fra alle i organisasjonen. § 4-2 om pasientsikkerhet og kvalitet innebærer et krav til systematisk pasientsikkerhetsarbeid for enhver som yter helse- og omsorgstjenester etter den loven. Det framgår at det kan gis forskrift med nærmere regler tilknyttet denne bestemmelsen, herunder krav til lokalpolitisk behandling av kvalitetskrav. Ettersom kvalitet ofte kan oppfattes som resultat i forhold til forventninger, vil det være viktig at lokalpolitiske nivå setter standarder og forplikter seg i forhold til hva som skal være kvalitetsnivået på tjenester i kommunen, slik at tjenestene kan tilføres nødvendige ressurser for å møte utfordringene.
5. Det framgår at samarbeidet mellom primær- og spesialisthelsetjenesten skal reguleres av avtaler mellom den enkelte kommune og helseforetak. Arbeidet med utforming av avtaler som kan være funksjonelle vil kunne være krevende. Slike avtaler må også utformes i et samarbeid mellom parter som oppfattes likeverdige. Det må settes detaljerte krav til innholdet i slike avtaler. For eksempel vil det være avgjørende at det finnes detaljerte omforente kriterier for hva som skal defineres som en "utskrivningsklar pasient" hvis det regelverket som det legges opp til skal kunne fungere etter hensikten.
6. Regelverk knyttet til taushetsplikt, konfidensialitet og personvern er hele tiden under press. Det må sikres at bestemmelser om taushetsplikt og personvern kan ivaretas i organiseringen av tjenestene etter den nye helse- og omsorgsloven. Det bør være særlig oppmerksomhet knyttet til denne utfordringen når det gjelder kravet til samkjøring av elektroniske systemer.
7. Det bør være stimuleringstiltak for å opprette heldøgns observasjons- og behandlingsplasser i kommunene for situasjoner der dette kan være et like bra eller bedre alternativ til

sykehusinnleggelse. Dette forutsetter imidlertid at rammevilkårene for å drive slike tilbud forvarlig er til stede. Det bør ikke være en lovmessig plikt for enhver kommune å ha slikt tilbud.

8. Kommuneleger med medisinsk faglig og samfunnsmedisinsk kompetanse vil være viktige for å ivareta rådgivningsfunksjoner i forhold til helheten i helse- og omsorgstjenesten og for å ivareta oppgaver etter denne og andre lover (folkehelselov inkl. miljørettet helsevern, smittevern, helsemessig beredskap etc.). Samtidig er det viktig at fastleger blir nærmere tilknyttet den øvrige kommunale virksomheten i helse- og omsorgstjenesten. Fastlegenes oppgaver utenom det rent kurative arbeidet og deler av det som i dag er avtaleregulert bør derfor konkretiseres i en revidert fastlegeforskrift. Det bør videre gis funksjons- og kvalitetskrav i forskriften, jf øvrige kvalitetskrav som framgår av ny helse- og omsorgslov.
9. I henhold til Samhandlingsreformens intensjoner om mer forebygging, må kommunalt helsepersonell mer aktivt medvirke i det helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid. Det understrekes i denne sammenheng at i driften av kommunale frisklivssentraler vil et aktivt samarbeid med kommunalt henvisende helsepersonell være avgjørende for å oppnå ønskede resultater.

II

1. Nordland fylkeskommunene vektlegger følgende element i forhold til det utsendte lovforslaget fra departementet:
 - Støtte vektleggingen av kommunal organisasjonsfrihet i høringsutkastet.
 - Understreke behovet for klarere avgrensing av statlig styringsrett i det endelige lovforslaget.
 - Forutsette at en kommunal medfinansieringsmodell kombineres med mekanismer for å begrense enkeltkommuners finansielle risiko.
 - At de økonomiske konsekvensene for kommunene må kartlegges bedre, og at økte kostnader forutsettes fullfinansiert.
2. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester.
Nordland fylkeskommune vurderer det slik at det er uklart hvilken status avtalen mellom kommunene og helseforetakene skal ha vedrørende oppgavefordeling, og slik også hvilken rolle et tvisteløsningsorgan skal ha.
3. Ny kommunerolle
Etter Nordland fylkeskommunes sin vurdering vil dette medføre en tydeliggjøring og forsterkning av kommunens ansvar og plikter spesielt for forebygging, samordning og oppfølging av allmennlegetjenesten. Det vil være viktig i det videre arbeidet å vurdere hvilke forutsetninger som må være avklart for at kommunene kan ivareta sitt økte ansvar. Nordland fylkeskommune legger til grunn at nye oppgaver fullfinansieres.
4. Styringsdata og kvalitetsindikatorer
Etter Nordland fylkeskommune sin vurdering kan dette være nyttige verktøy også for det lokale nivå, men det må gjøres en kost- og nyttevurdering av disse indikatorer, og unngå at dette medfører en ytterligere byråkratisert nasjonal styring av kommunene.
5. Økonomiske virkemidler
Nordland fylkeskommune er tilfreds med at regjeringen har gått bort fra forslaget om generell medfinansiering. En avgrenset kommunal medfinansiering kan få positive

konsekvenser for oppbygging og utvikling av kommunale helse- og omsorgstilbud, særlig i forhold til eldre og kronikere. Dette betyr at pasienter får tilbud om mer hjelp og behandling nær der de bor. Det bør imidlertid vurderes tilpasninger som begrenser den finansielle risikoen for enkeltkommuner, for eksempel tak for egenbetaling pr innleggelse. Nordland fylkeskommune mener at det er nødvendig med en grundigere utredning av medfinansiering på områdene psykisk helsevern og rus før dette forslaget vurderes innført. Nordland fylkeskommune ber om at samhandlingsreformen meldes opp som en kostnadsberegningssak under konsultasjonsordningen.

Kommunal betalingsplikt for uskrivningsklare pasienter fra første dag foreslås av regjeringen, slik også et samlet Storting ga sin tilslutning til ved behandling av Samhandlingsmeldingen. Nordland fylkeskommune mener at kostnadsberegning av ordningen er viktig. Det er av stor betydning at det sikres forutsigbarhet knyttet til praktiseringen av ordningen. Nordland fylkeskommune mener at det bør være en uavhengig tvisteløsningsordning for tvister mellom kommuner og helseforetak om praktiseringen av betalingsplikten.

6. **Legetjenesten**
Etter Nordland fylkeskommunes sin vurdering vil en forsterket og godt integrert legetjeneste i kommunenes helse- og omsorgstjeneste være en forutsetning for at kommunene skal kunne ta flere oppgaver og et større ansvar i helsetjenesten. Det vil bli viktig i det videre arbeid å vurdere hvilke virkemidler som må være medvirkende for at kommunene skal kunne ivareta sitt økte ansvar.
7. **Ledelse, personell og kompetanse**
Etter Nordland fylkeskommune sin vurdering må staten tilpasse utdanningskapasiteten og utdanningsinnhold ut fra behovene for kompetanse i kommunene. Forskningsinnsatsen og kunnskapsutviklingen må øke betraktelig. Utvikling av samhandlingskompetanse er viktig på begge forvaltningsnivåene.
8. **Nødvendig IKT-verktøy**
Nordland fylkeskommune mener at reformen må bidra til bedre elektronisk samhandling i helsesektoren generelt og mellom helseforetakene og kommunene/ fylkeskommunene spesielt. Det må bety krav om mer standardiserte IT- løsninger og plattformer som gjør det mulig å kommunisere bedre elektronisk mellom helseforetakene, fastlegene og den kommunale helse- og omsorgssektoren.
9. **Implementering**
Nordland fylkeskommune er tilfreds med at regjeringen har lyttet til innspillene om en skrittvis implementering av reformen. Det blir viktig å sikre at sykehusene ikke bygger ned tilbud før kommunene har bygd opp sine tjenester.

Richard Dagsvik, FrP, fremmet FrPs forslag fra komiteen:

Endring punkt 2:

Samhandlingsreformen og forslaget til ny helse- og omsorgslov legger opp til økt aktivitet i kommunene på helse- og omsorgsområdet. Dette setter økte krav til kommunene når det gjelder kompetanse, kapasitet, kvalitet og økonomi. ~~Kommunene må gis tilstrekkelige ressurser og rammevilkår for øvrig til å kunne mestre de økte oppgavene. Det forutsettes at før loven iverksettes må det foreligge garanti for at nødvendig kompetanse er tilgjengelig for~~

kommunene. Det forutsettes også at kommunene gis nødvendige økonomiske ressurser i form av øremerkede overføringer for å kunne mestre det økte oppgaveomfanget.

Votering:

Komiteinnstillinga romertall I punkt 1 vedtatt mot 2 stemmer.

Komiteinnstillinga romertall I punkt 2 vedtatt mot 10 stemmer avgitt for FrPs forslag til punkt 2.

Komiteinnstillinga romertall I punkt 3 vedtatt mot 2 stemmer.

Komiteinnstillinga romertall I punktene 4-9 enstemmig vedtatt.

Komiteinnstillinga romertall II vedtatt enstemmig vedtatt.

Vedtak:

I

1. Fylkestinget mener det er positivt at lovforslaget på mange områder gir avklaringer og tydeliggjør ansvarsforhold med hensyn til kommunens helse- og omsorgstjeneste.
2. Samhandlingsreformen og forslaget til ny helse- og omsorgslov legger opp til økt aktivitet i kommunene på helse- og omsorgsområdet. Dette setter økte krav til kommunene når det gjelder kompetanse, kapasitet, kvalitet og økonomi. Kommunene må gis tilstrekkelige ressurser og rammevilkår for øvrig til å kunne mestre de økte oppgavene.
3. Loven presiserer og setter relativt detaljerte krav til innholdet i kvalitetssystem og kvalitetsforbedringsarbeid. Dette er også helt nødvendig for at intensjonen om økt samhandling både innad i kommunene mellom forskjellige tjenester, mellom kommuner og ikke minst mellom primær- og spesialisthelsetjenesten skal kunne fungere med et tilfredsstillende resultat i forhold til tjenestekvaliteten. Det er positivt at elementer fra kvalitetsutvikling og internkontroll er tatt inn som krav i lovteksten. Prosedyrene for samarbeid og samhandling er et av de viktigste elementer i et kvalitetssystem. Det vil imidlertid være et omfattende arbeid å utvikle og implementere dette, og arbeidet må skje i et samarbeid mellom aktører som er likeverdige. Dette arbeidet vil også kreve at det settes av tilstrekkelig tid og ressurser hvis det skal gi tilfredsstillende resultat. Virksomhetene må ha tiltrekkelig kapasitet til å arbeide med dette også.
4. Kvalitetsutvikling er primært et ledelsesansvar, men det krever medvirkning fra alle i organisasjonen. § 4-2 om pasientsikkerhet og kvalitet innebærer et krav til systematisk pasientsikkerhetsarbeid for enhver som yter helse- og omsorgstjenester etter denne loven. Det framgår at det kan gis forskrift med nærmere regler tilknyttet denne bestemmelsen, herunder krav til lokalpolitisk behandling av kvalitetskrav. Ettersom kvalitet ofte kan oppfattes som resultat i forhold til forventninger, vil det være viktig at lokalpolitiske nivå setter standarder og forplikter seg i forhold til hva som skal være kvalitetsnivået på tjenester i kommunen, slik at tjenestene kan tilføres nødvendige ressurser for å møte utfordringene.
5. Det framgår at samarbeidet mellom primær- og spesialisthelsetjenesten skal reguleres av avtaler mellom den enkelte kommune og helseforetak. Arbeidet med utforming av avtaler som kan være funksjonelle vil kunne være krevende. Slike avtaler må også utformes i et samarbeid mellom parter som oppfattes likeverdige. Det må settes detaljerte krav til innholdet i slike avtaler. For eksempel vil det være avgjørende at det finnes detaljerte omforente kriterier for hva som skal defineres som en "utskrivningsklar pasient" hvis det regelverket som det legges opp til skal kunne fungere etter hensikten.

6. Regelverk knyttet til taushetsplikt, konfidensialitet og personvern er hele tiden under press. Det må sikres at bestemmelser om taushetsplikt og personvern kan ivaretas i organiseringen av tjenestene etter den nye helse- og omsorgsloven. Det bør være særlig oppmerksomhet knyttet til denne utfordringen når det gjelder kravet til samkjøring av elektroniske systemer.
7. Det bør være stimuleringsiltak for å opprette heldøgns observasjons- og behandlingsplasser i kommunene for situasjoner der dette kan være et like bra eller bedre alternativ til sykehusinnleggelse. Dette forutsetter imidlertid at rammevilkårene for å drive slike tilbud forvarlig er til stede. Det bør ikke være en lovmessig plikt for enhver kommune å ha slikt tilbud.
8. Kommuneleger med medisinsk faglig og samfunnsmedisinsk kompetanse vil være viktige for å ivareta rådgivningsfunksjoner i forhold til helheten i helse- og omsorgstjenesten og for å ivareta oppgaver etter denne og andre lover (folkehelselov inkl. miljørettet helsevern, smittevern, helsemessig beredskap etc.). Samtidig er det viktig at fastleger blir nærmere tilknyttet den øvrige kommunale virksomheten i helse- og omsorgstjenesten. Fastlegenes oppgaver utenom det rent kurative arbeidet og deler av det som i dag er avtaleregulert bør derfor konkretiseres i en revidert fastlegeforskrift. Det bør videre gis funksjons- og kvalitetskrav i forskriften, jf øvrige kvalitetskrav som framgår av ny helse- og omsorgslov.
9. I henhold til Samhandlingsreformens intensjoner om mer forebygging, må kommunalt helsepersonell mer aktivt medvirke i det helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid. Det understrekes i denne sammenheng at i driften av kommunale frisklivssentraler vil et aktivt samarbeid med kommunalt henvisende helsepersonell være avgjørende for å oppnå ønskede resultater.

II

1. Nordland fylkeskommunene vektlegger følgende element i forhold til det utsendte lovforslaget fra departementet:
 - Støtte vektleggingen av kommunal organisasjonsfrihet i høringsutkastet.
 - Understreke behovet for klarere avgrensning av statlig styringsrett i det endelige lovforslaget.
 - Forutsette at en kommunal medfinansieringsmodell kombineres med mekanismer for å begrense enkeltkommuners finansielle risiko.
 - At de økonomiske konsekvensene for kommunene må kartlegges bedre, og at økte kostnader forutsettes fullfinansiert.
2. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester.
 Nordland fylkeskommune vurderer det slik at det er uklart hvilken status avtalen mellom kommunene og helseforetakene skal ha vedrørende oppgavefordeling, og slik også hvilken rolle et tvisteløsningsorgan skal ha.
3. Ny kommunerolle
 Etter Nordland fylkeskommunes sin vurdering vil dette medføre en tydeliggjøring og forsterkning av kommunens ansvar og plikter spesielt for forebygging, samordning og oppfølging av allmennlegetjenesten. Det vil være viktig i det videre arbeidet å vurdere hvilke forutsetninger som må være avklart for at kommunene kan ivareta sitt økte ansvar. Nordland fylkeskommune legger til grunn at nye oppgaver fullfinansieres.

4. **Styringsdata og kvalitetsindikatorer**
Etter Nordland fylkeskommune sin vurdering kan dette være nyttige verktøy også for det lokale nivå, men det må gjøres en kost- og nyttevurdering av disse indikatorer, og unngå at dette medfører en ytterligere byråkratisert nasjonal styring av kommunene.
5. **Økonomiske virkemidler**
Nordland fylkeskommune er tilfreds med at regjeringen har gått bort fra forslaget om generell medfinansiering. En avgrenset kommunal medfinansiering kan få positive konsekvenser for oppbygging og utvikling av kommunale helse- og omsorgstilbud, særlig i forhold til eldre og kronikere. Dette betyr at pasienter får tilbud om mer hjelp og behandling nær der de bor. Det bør imidlertid vurderes tilpasninger som begrenser den finansielle risikoen for enkeltkommuner, for eksempel tak for egenbetaling pr innleggelse. Nordland fylkeskommune mener at det er nødvendig med en grundigere utredning av medfinansiering på områdene psykisk helsevern og rus før dette forslaget vurderes innført. Nordland fylkeskommune ber om at samhandlingsreformen meldes opp som en kostnadsberegningssak under konsultasjonsordningen.

Kommunal betalingsplikt for uskrivningsklare pasienter fra første dag foreslås av regjeringen, slik også et samlet Storting ga sin tilslutning til ved behandling av Samhandlingsmeldingen. Nordland fylkeskommune mener at kostnadsberegning av ordningen er viktig. Det er av stor betydning at det sikres forutsigbarhet knyttet til praktiseringen av ordningen. Nordland fylkeskommune mener at det bør være en uavhengig tvisteløsningsordning for tvister mellom kommuner og helseforetak om praktiseringen av betalingsplikten.
6. **Legetjenesten**
Etter Nordland fylkeskommunes sin vurdering vil en forsterket og godt integrert legetjeneste i kommunenes helse- og omsorgstjeneste være en forutsetning for at kommunene skal kunne ta flere oppgaver og et større ansvar i helsetjenesten. Det vil bli viktig i det videre arbeid å vurdere hvilke virkemidler som må være medvirkende for at kommunene skal kunne ivareta sitt økte ansvar.
7. **Ledelse, personell og kompetanse**
Etter Nordland fylkeskommune sin vurdering må staten tilpasse utdanningskapasiteten og utdanningsinnhold ut fra behovene for kompetanse i kommunene. Forskningsinnsatsen og kunnskapsutviklingen må øke betraktelig. Utvikling av samhandlingskompetanse er viktig på begge forvaltningsnivåene.
8. **Nødvendig IKT-verktøy**
Nordland fylkeskommune mener at reformen må bidra til bedre elektronisk samhandling i helsesektoren generelt og mellom helseforetakene og kommunene/ fylkeskommunene spesielt. Det må bety krav om mer standardiserte IT- løsninger og plattformer som gjør det mulig å kommunisere bedre elektronisk mellom helseforetakene, fastlegene og den kommunale helse- og omsorgssektoren.
9. **Implementering**
Nordland fylkeskommune er tilfreds med at regjeringen har lyttet til innspillene om en skrittvis implementering av reformen. Det blir viktig å sikre at sykehusene ikke bygger ned tilbud før kommunene har bygd opp sine tjenester.

Vedlegg
Lovforslag

DokID
157460

Utrykt vedlegg: Høringsnotat – Forslag til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester

Hele høringsnotatet (487 sider) finnes på Helse- og omsorgsdepartementets internettside på følgende adresse: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/hocringer.html?id=1904>.