



FYLKESRÅDSNOTAT

FYLKESRÅDSSAK NR.: 8/11

Løpenr.: 1621/11
Saknr.: 05/262-52
Ark.nr.: G00SAKSARKIV
Dato: 18.01.2011

Til: Fylkesrådet
Fra: Fylkesråd for kultur, miljø og helse

HØRINGSUTTALELSE - NY LOV OM KOMMUNALE HELSE- OG OMSORGSTJENESTER

...

Innledning

Helse- og omsorgsdepartementet har sendt på høring forslag til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. Forslagene i høringsnotatet vil erstatte kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven. I tillegg foreslås det endringer i andre lover, blant annet i pasientrettighetsloven og spesialisthelsetjenesteloven. Høringsforslaget er en oppfølging av St.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen og 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. Samtidig og med samme høringsfrist er sendt ut høringsnotat med forslag til ny folkehelselov som skal erstatte lov om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet og enkelte bestemmelser i kommunehelsetjenesteloven, samt Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015).

Fristen for å avgi høringsuttalelse for alle tre høringsnotat er **18. januar 2011**.

Høringsnotatet er på 480 sider. Det er en stor utfordring kort å skulle presentere alle sider ved dette lovforslaget i et saksfremlegg. Det er derfor klart at det er gjort et visst utvalg av problemstillinger i presentasjonen. I presentasjonen er det lagt vekt på nye problemstillinger og mindre vekt på ordninger som videreføres fra det gamle til det nye lovverket.

Bakgrunn

Store pasientgrupper er avhengig av at den kommunale helsetjenesten og spesialisthelsetjenesten fungerer som en sammenhengende behandlingsskjede som gir et helhetlig tilbud. Samhandlingen er i mange tilfeller ikke god nok. Dette kan medføre sviktende behandlingstilbud, unødvendige innleggelser i sykehus, for tidlig utskrivning fra sykehus, og mangelfull oppfølging fra hjemmesykepleie/sykehjem og legetjenesten. Spesielt eldre og funksjonshemmede med sammensatte lidelser, kronisk syke, funksjonshemmede, rusmiddelmisbrukere og mennesker med psykiske lidelser vil ha store fordeler av en bedre samhandling.

Helsetjenesten er fordelt på to forvaltningsnivå som henholdsvis er forankret i kommunene og de statlige foretakene. Men også innenfor foretakene og kommunene er det en rekke organisatoriske inndelinger. I tillegg skal helsetjenesten forholde seg til andre sektorer, for eksempel trygdekontor, sosialtjeneste og skole. Dette gjør at det er mange med ulik

organisatorisk forankring og faglig kompetanse som må samhandle med hverandre både innen og utenfor helsetjenesten. En hensiktsmessig innrettet lovgivning er et virkemiddel for å oppnå bedre samhandling. Høringsnotatet bygger i stor grad på tidligere omtale av temaet samhandling i ulike offentlige utredninger og meldinger

Innhold

Forslaget til ny kommunal helse- og omsorgslov tydeliggjør kommunens overordnede ansvar for helse- og omsorgstjenester ("sørge-for-ansvar"), uten at kommunene samtidig pålegges bestemte måter å organisere tjenestene på. Kommunens plikter skal videreføres, men pliktene foreslås utformet mer overordnet og profesjonsnøytralt. Dette vil gi kommunene et tydeligere og mer helhetlig ansvar, samt 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. Det foreslås at helsepersonelloven skal gjelde for alt personell som yter tjenester etter den nye loven. De lovforslag som foreslås i dette høringsnotatet, høringsnotat om forslag til ny folkehelselov, samt stortingsmeldingen om nasjonal helse og omsorgsplan, er sentrale virkemidler for å understøtte og realisere målene med samhandlingsreformen. Etter at høringen er gjennomført, tar departementet sikte på at lovforslagene fremmes for Stortinget i form av lovproposisjoner og at nasjonal helse- og omsorgsplan fremmes i form av en stortingsmelding våren 2011.

Det nye forslaget erstatter dagens kommunehelsetjenestelov og sosialtjenestelov

Forslaget til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester skal erstatte og harmoniserer dagens kommunehelsetjenestelov og sosialtjenestelov. 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. Lovens virkeområde vil være helse- og omsorgstjenester som tilbys eller ytes av kommunen eller private med avtale med kommunen.

Departementet foreslår i dette høringsnotatet at tjenester som i dag reguleres av sosialtjenesteloven skal inngå i en ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. Det omfatter blant annet:

- Opplysning, råd og veiledning, jf. sosialtjenesteloven § 4-1
- Tjenester etter sosialtjenesteloven § 4-2, jf. § 4-3
- Individuell plan, jf. sosialtjenesteloven § 4-3a
- Tiltak for å lette særlig tyngende omsorgsoppgaver, jf. sosialtjenesteloven § 4-4

Departementet foreslår at tjenestene som den nye helse- og omsorgstjenesteloven skal omfatte, betegnes som helse- og omsorgstjenester. Dette innebærer at "helsetjenester" eller "sosialtjenester" i en rekke lovtekster erstattes med "helse- og omsorgstjenester".

Hvor langt kommunenes ansvar strekker seg vil måtte avgrenses mot spesialisthelsetjenestens ansvar. Departementet viser i den forbindelse til sørge-for-ansvaret som foreslås fastsatt i lovforslagets § 3-1, og hvor det i bestemmelsen fjerde ledd fastslås at kommunens helse- og omsorgstjeneste omfatter offentlig organisert helse- og omsorgstjeneste "som ikke hører under stat eller fylkeskommune". Det kommunale ansvaret foreslås altså fortsatt negativt avgrenset ved at det kommunale ansvaret for helse- og omsorgstjenester skal omfatte de offentlig organiserte tjenestene som ikke hører inn under stat (som har ansvar for spesialisthelsetjenester) og fylkeskommune (som har ansvar for tannhelsetjenester). Kommunens ansvar for nødvendige helse- og omsorgstjenester må derfor i denne sammenheng blant annet forstås i lys av den samlede organisering av helse- og omsorgstjenesten i landet.

Helsepersonelloven skal i følge forslaget gjelde for alt personell som yter tjenester etter den nye loven

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. Endringen i forhold til dagens regelverk består i at også personell som yter annen hjelp etter loven enn det som etter helsepersonelloven § 3 er å anse for helsehjelp, vil reguleres av helsepersonellovens bestemmelser.

Det at helselovgivning som hovedregel skal gjelde både for helsehjelp etter den nye loven og for "omsorgstjenester" medfører at det ikke vil være nødvendig å skille mellom helseshjelp og annen type hjelp etter den nye loven. Det vil innebære en betydelig forenkling at de samme reglene i hovedsak vil gjelde uavhengig av hva slags tjenester det dreier seg om. I tillegg vil løsningen gi et mer oversiktlig regelverk, både for tjenestemottakerne (pasientene og brukerne), tjenesteyterne, kommunene og andre brukere av den nye loven.

Departementet foreslår at helsepersonellovens regler om taushetsplikt skal gjelde for alt personell som tilbyr eller yter hjelp som omfattes av ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. 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 som kommenteres nærmere nedenfor. En lik regulering vil videre gjøre regelverket mer oversiktlig og forståelig for personellet, pasienter og brukere, og kan 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. Dette vil være likt som for spesialisthelsetjenesten. Etter lovforslaget foreslås det som nevnt at enhver som utfører tjeneste eller arbeid etter loven skal ha taushetsplikt etter forvaltningsloven §§ 13 til 13e. Departementet foreslår imidlertid å innskjerpe forvaltningslovens bestemmelser noe, ved at det i lovforslagets § 12-1 andre ledd foreslås at taushetsplikten etter loven også skal omfatte opplysninger om fødested, fødselsdato, personnummer, statsborgerforhold, sivilstand, yrke, bopel og arbeidssted. Dette er opplysninger som i utgangspunkt er unntatt fra forvaltningslovens taushetsplikt i § 13 andre ledd.

Forholdet mellom helsepersonell-lov og forvaltningslov- saksbehandlingsregler

Etter pasientrettighetsloven er hovedregelen at forvaltningsloven ikke gjelder ved tildeling av helsehjelp. I dag gjelder imidlertid forvaltningsloven ved tildeling eller bortfall av sykehjemsplass, for vedtak om hjemmesykepleie og ved tildeling av omsorgstjenester.

Forvaltningsloven kapittel III inneholder alminnelige regler om saksbehandlingen. Disse reglene gjelder veiledningsplikt, saksbehandlingstid, muntlige konferanser og nedtegning av opplysninger, rett til å la seg bistå av fullmektig og taushetsplikt. I tillegg har dette kapitlet regler om adgang for Kongen til å fastsette frister og gi regler om nemnder. Pasientrettighetsloven har regler om rett til medvirkning og informasjon i kapittel 3, jf. også regler om informasjon i pasientrettighetsloven §§ 2-1 tredje ledd og 2-2. Disse reglene går lenger enn retten til veiledning i forvaltningsloven § 11. I tillegg har helsepersonelloven regler om krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp og regler om at helsepersonell skal sørge for at helsehjelpen ikke påfører pasienter, helseinstitusjon, trygden eller andre unødvendig tidstop eller utgift. Helsepersonelloven har også egne regler om taushetsplikt som er noe strengere enn reglene i forvaltningsloven. Etter dette finner departementet ikke grunn til å unnta reglene i forvaltningsloven kapittel II (Om ugildhet) og III (Alminnelige regler om saksbehandlingen) når det gjelder kommunens virksomhet etter den nye loven. Departementet

foreslår derfor en regel om at forvaltningsloven skal gjelde for kommunens virksomhet, med de særreglene 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 foreslår unntak fra reglene om enkeltvedtak i forvaltningsloven kapittel IV (Om saksforberedelse ved enkeltvedtak) og V (Om vedtaket). I tillegg viser departementet til forslag om videreføring av dagens regelverk, herunder saksbehandlingsreglene, når det gjelder bruk av tvang. Departementet foreslår at det tas inn en bestemmelse i den nye loven som presiserer at forvaltningsloven gjelder for kommunens virksomhet, med unntak for vedtak om hjelp etter § 3-2, avgjørelser om rett til kommunale helse- og omsorgstjenester. Andre avgjørelser skal følge reglene i forvaltningsloven, både kapitlene om enkeltvedtak og de andre kapitlene. Forslaget innebærer en harmonisering med reglene i helseforetaksloven § 5, der det framgår at forvaltningsloven som hovedregel skal gjelde for foretakenes virksomhet.

Retten til kommunale helse- og omsorgstjenester foreslås regulert i en ny bestemmelse i pasientrettighetsloven § 2-1a. Også saksbehandlingsreglene ved tildeling av hjelp vil etter departementets forslag bli regulert i pasientrettighetsloven. Departementet foreslår at regelen i pasientrettighetsloven § 2-7 første ledd endres, slik at det framgår at forvaltningsloven kapittel IV og V ikke skal gjelde for vedtak som treffes etter pasientrettighetsloven kapittel 2. Etter departementets vurdering bør imidlertid reglene om enkeltvedtak likevel som utgangspunkt gjelde ved tildeling av hjelp som ytes på institusjon eller i hjemmet, og som strekker seg over et visst tidsrom. Departementet har derfor foreslått at forvaltningsloven likevel skal gjelde ved tildeling av hjemmetjenester og plass i institusjon hvis hjelpen strekker seg over mer enn to uker. Dette skal innebære en smidigere ordning enn i dag i tilfeller der det er nødvendig å gi akutt og kortvarig hjelp, for eksempel ved behov for korttidsplass i institusjon.

Det kan diskuteres hvor grensen bør gå mellom tildelinger der forvaltningslovens regler om enkeltvedtak bør følges og tildelinger der reglene om enkeltvedtak ikke bør følges. Departementets forslag går ut på 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 for et tidsrom på over to uker. Departementet ber særlig om tilbakemelding fra høringsinstansene til dette forslaget.

Klage- og tilsynsinstans

I forslaget til ny lov foreslås en felles helse- og omsorgstjeneste med felles regelverk, herunder felles klage- og tilsynsinstans.

Etter pasientrettighetsloven § 7-1 kan pasient eller representant for pasienten som mener at nærmere angitte bestemmelser er brutt, anmode den som yter helsehjelpen, om at rettigheten blir oppfylt. Reglene om formell klage i pasientrettighetsloven § 7-2 forutsetter at pasienten først har benyttet seg av ordningen etter § 7-1. Etter pasientrettighetsloven § 7-2 skal klagen sendes til Helsetilsynet i fylket. Ordningen etter forvaltningsloven § 32 bokstav b er at klagen skal fremsettes for det organet som har truffet vedtaket. Begrunnelsen for regelen i forvaltningsloven er særlig at det er hensiktsmessig at det organet som tidligere har behandlet saken og har sakens dokumenter, forbereder klagebehandlingen og får mulighet til selv å omgjøre vedtaket. Departementet finner at disse hensynene tilsier at regelen om at klagen skal fremsettes for det organet som har truffet vedtaket, også bør gjelde for avgjørelser etter den nye loven. Departementet foreslår derfor en ny bestemmelse i pasientrettighetsloven om at klagen skal sendes til den som har truffet enkeltvedtaket eller avgjørelsen. Et viktig

element i samhandlingsreformen er å oppnå harmonisering og samordning både horisontalt i kommunen og vertikalt overfor spesialisthelsetjenesten.

Dersom klagen blir avvist av den som har truffet enkeltvedtaket vil det være en videre klageadgang. Klageinstansen for avgjørelser etter den nye loven bør etter departementets syn være den samme uavhengig av hva klagen gjelder. For pasienter og brukere med sammensatte behov vil dette innebære en viktig forenkling ved at de kan henvende seg til en klageinstans i stedet for to forskjellige. Det vil også gjøre det enklere for klageinstansen å vurdere tjenestene i sammenheng hvis ansvarsområdet ikke er delt mellom to instanser. Det er en nær sammenheng mellom klagesaker og tilsynssaker som gjelder kommunale helse- og omsorgstjenester og klagesaker og tilsynssaker som gjelder spesialisthelsetjenesten. En klage eller anmodning om pliktbruddsvurdering vil ofte kunne omhandle både helse- og omsorgstjenesten i kommunen og helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Det er i tråd med de vurderinger som ligger til grunn for samhandlingsreformen, at behandling av klager på, og tilsyn med disse tjenestene ligger til samme instans. Dette innebærer at den instansen som velges som klageinstans, også bør behandle klager som gjelder spesialisthelsetjenesten.

Et argument for felles klage- og tilsynsinstans er at det er nær sammenheng mellom behandling av klagesaker og tilsynssaker. Pasienten eller brukeren vil ofte ikke ha kunnskap om skillet mellom en tilsynssak og en klagesak. Dersom myndighet til å behandle klagesaker og tilsynssaker legges til forskjellig instanser, vil dette gjøre det vanskelig for pasientene og brukerne å vite hvem som er riktig adressat for deres henvendelse.

Fylkesmannen har lang tradisjon som klageinstans etter særlovgivningen på de fleste kommunale sektorområdene, og fremstår i dag overfor både publikum og kommunene som en viktig administrativ rettssikkerhetsinstans i forhold til kommunale vedtak, og rettsriktigheten av disse. Dette gjelder bl.a. områder som følger av sosialtjenesteloven, lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen, barnehageloven, opplæringsloven og plan- og bygningsloven. Fylkesmannen er også i all hovedsak ansvarlig for lovlighetskontrollen med kommunale vedtak etter kommuneloven. Hensynet til samordning av klageordningene i kommunesektoren tilsier at Fylkesmannen også blir klageinstans etter den nye loven. Dette er i overensstemmelse med Bernt-utvalgets forslag, som fikk tilslutning fra et flertall av høringsinstansene. Også Aasland-utvalget anbefalte at alle oppgaver som er lagt til Helsetilsynet i fylket overføres til fylkesmannsembetet. Fylkesmannen er videre regional tilsynsmyndighet etter flere lover der Statens helsetilsyn er faglig overordnet og har instruksjonsmyndighet overfor embetet. Statens helsetilsyn vil, uavhengig av valg av regional klageinstans, fortsatt kunne ha overordnet klage- og tilsynsansvar for helse- og sosialtjenesten i landet.

Argumentene for fylkesmannsløsningen er at det organisatorisk innebærer en forenkling og bedre ryddighet i ansvarslinjene. For publikum og kommunene vil det innebære en klar forenkling ved at de da bare har Fylkesmannen å forholde seg til, uavhengig av hvilket fagområde man søker avklaring på. Innbyggere og kommuner vil kunne sende en henvendelse til én regional instans, i stedet for to i saker der i dag både Fylkesmannens og Helsetilsynet i fylkets formelle kompetanse er berørt. Internt i embetet forutsettes det at den faglige myndigheten delegeres videre til fylkeslegen, som fortsatt vil være helseoppgavenes faglige ansikt utad. En slik ordning vil ikke forhindre at fylkesmannen på helseområdet vil stå under full faglig instruksjon av Helse- og omsorgsdepartementet via Statens helsetilsyn. Å samle den faglige myndigheten på hele helse- og sosialområdet til Fylkesmannen vil videre være å oppfylle Stortingets vedtak om full integrering av fylkeslegeembetet.

Argumentene for Helsetilsynet i fylket (fylkeslegen) som klage- og tilsynsinstans er at de har opparbeidet en faglig legitimitet og autoritet i forhold til helsetjenesten. En overføring av

oppgaver fra helsetilsynet i fylket til Fylkesmannen kan oppfattes som en faglig svekkelse, både i befolkningen og i de medisinske fagmiljøene, selv om det ikke skjer endringer når det gjelder kompetanse og bemanning. Et slikt mulig inntrykk kan imidlertid motvirkes ved en tydeligere og gjennomgående intern organisering, ved at det etableres en samlet helse- og omsorgsavdeling under ledelse av fylkeslegen ved alle fylkesmannsembeter. Ved valg av Helsetilsynet i fylket som klageinstans vil man oppnå en horisontal og vertikal samordning innen helse- og deler av det tidligere sosialområdet. Ved valg av Fylkesmannen som klageinstans vil man imidlertid få en vertikal og horisontal samordning både innen hele helse- og sosialområdet, og i tillegg vil kommunene oppnå en horisontal samordning knyttet opp mot de øvrige fagområdene hvor Fylkesmannen er klageinstans. Departementet konkluderer ikke i dette høringsnotatet, men oppfordrer høringsinstansene til å uttale seg om hvilken instans som bør være klageinstans.

Forholdet til pasientrettighetsloven

Forslaget innebærer at pasient- og brukerrettigheter knyttet til helse- og omsorgstjenester videreføres, men at de samles i pasientrettighetsloven, idet det vil være en fordel om pasienter/brukere i størst mulig grad kan forholde seg til en enkelt lov for å avklare sine rettigheter.

Forholdet til forslag om ny lov om folkehelse

Mens den kommunale helse- og omsorgsloven gir bestemmelser om helse- og omsorgstjenestene i kommunene, retter folkehelseloven seg mot kommunen som sådan, og tiltakene som kan følge av loven vil kunne iverksettes i mange ulike sektorer, for eksempel i skoler og barnehager, samferdselssektor og i helsetjenestene. I de fleste tilfeller vil de to lovene regulere forhold som klart faller under den ene eller den andre loven. Begge lovene omfatter imidlertid helsefremmende og forebyggende tiltak.

Departementet foreslår at dagens regler om miljørettet helsevern i kommunehelsetjenesteloven ikke videreføres i ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, men at disse bestemmelsene inngår i en ny lov om folkehelse.

Helse- og omsorgsloven regulerer helsetjenestene som kommunene skal sørge for å tilby befolkningen. Blant annet dreier dette seg om tiltak rettet mot identifiserte risikogrupper og individer, samt definerte helsetjenester i loven som helsestasjons- og skolehelsetjenester. Forslaget til ny folkehelselov har et generelt gruppe og befolkningsperspektiv og kan rette seg mot alle typer påvirkningsfaktorer. I tillegg til helse- og omsorgssektorens innsats, ligger påvirkningsfaktorer i mange ulike samfunnssektorer. Det er imidlertid ikke noe mål å fastsette noen vanntette skott mellom disse to lovene. Lovverkene bør derimot kunne være til dels overlappende i forhold til visse tiltak for å sikre at helseutfordringene møtes i nødvendig grad i kommunens helse og omsorgstjeneste. Et tiltak kan gjerne falle inn under begge lovene, dvs. at tiltaket har to formål; både et folkehelseformål og et formål om å tilby helsefremmende og forebyggende helsetjenester til de aktuelle pasientene. Det sentrale er at kommunen sørger for tilstrekkelige helsefremmende og forebyggende tiltak. I forhold til ny folkehelselov vil helsetjenesten med andre ord i utgangspunktet være å anse som en samfunnssektor blant flere som sitter med virkemidler på folkehelseområdet. Gjennomgangen av hvilke tjenester det foreslås at kommunen skal sørge for på individ eller gruppenivå må også sees i sammenheng med kommunens generelle ansvar for helsefremmende og forebyggende virksomhet jfr høringsnotat med forslag til ny folkehelselov. Hvilke forebyggende og helsefremmende oppgaver som reguleres av helse- og omsorgsloven og hva som omfattes av ny folkehelselov, er nærmere omtalt i høringsnotatet om ny folkehelselov.

Lovforslaget tydeliggjør kommunens overordnede ansvar for helse- og omsorgstjenester

Forslaget tydeliggjør kommunens overordnede ansvar i form av et såkalt "sørge-for-ansvar". Det foreslåtte sørge-for-ansvaret tilsvarende 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. Dette innebærer bl.a. mer bruk av funksjonskrav, og mindre bruk av organisatoriske krav og profesjonsangivelser. 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.

Kommunen skal "sørge-for" helse- og omsorgstjenester til personer som "bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen". Det er drøftet om det bør skje endringer i denne formuleringer, og hvem som er ansvarlig for å betale for helsetjenestene.

Dette innebærer at ansvaret også omfatter en person som kun oppholder seg kortvarig i en kommune, for eksempel i forbindelse med ferie. Det er imidlertid en forutsetning for kommunens ansvar at personen har rett til helsehjelp i landet. Dette vil hovedsaklig bestemmes av pasientrettighetsloven. Spørsmålet om hvem som omfattes av rett til tjenester fra kommunen er særlig relevant for personer uten lovlig opphold i landet. Personer uten lovlig opphold vil i noen grad ha rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester. Grensene for ansvaret er imidlertid uklare. Departementet tar om kort tid sikte på å sende på høring et forslag om presisering av virkeområde for pasientrettighetslovens kapittel 2, ved en endring i prioriteringsforskriften, for å klargjøre hvilken rett personer som oppholder seg ulovlig i landet har til helsetjenester.

Økonomi – hvilken kommune har ansvaret

Når det gjelder finansiering og egenbetaling foreslår departementet å videreføre dagens hovedregel om at det er den enkelte kommune som er ansvarlig for utgifter til de helse- og omsorgstjenester de er forpliktet til å yte. Forslaget innebærer en videreføring av hovedregelen om at den kommunen der pasienten eller brukeren bor eller midlertidig oppholder seg, skal være ansvarlig for å dekke utgiftene til tjenester og tiltak kommunen er ansvarlig for å yte. 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 i dag har for 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 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.

Departementet har diskutert økonomisk ansvarsfordeling mellom kommuner i tilfeller hvor personer mottar helse- og omsorgstjenester under midlertidig opphold i en annen kommune enn hjemstedskommunen. De forskjellige løsningene som er diskutert er økonomisk ansvar etter bosted, økonomisk ansvar etter opphold, kombinert oppholds- og bostedsprinsipp (dvs

oppholdskommunen har bare økonomisk ansvar for øyeblikkelig hjelp) og gjestepasientordninger.

Departementet foreslår at lovverket fortsatt bør ha oppholdsprinsippet som hovedregel, dvs. at det er den kommune hvor det enkelte pasient eller bruker oppholder seg, som til enhver tid er ansvarlig for å sørge for nødvendige helse- og omsorgstjenester. Dette innebærer dette at kommunen ikke bare har plikt til å yte helsehjelp til sine egne innbyggere, men også til pendlere, feriegjester og midlertidig bosatte skoleelever og studenter. I forarbeidene til kommunehelsetjenesteloven er det presisert at hjelpeapparatet uhindret skal stå til disposisjon for alle, uavhengig av kommunetilhørighet. Denne ordningen kan medføre store utgifter for enkelte kommuner. Andebu kommune viste til i en høring i forbindelse med sosialtjenesteloven at kommunen er vertskommune for to store institusjoner og uttalte at ”Dersom unntaksbestemmelsene opphører eller vertskommunene ikke er sikret full økonomisk kompensasjon, så vil det økonomiske ansvaret for Andebu bli uoverkommelig.” Også enkelte andre kommuner (vertskommuner) og fylkesmannen i Troms savnet eller ønsket mer detaljerte regler om kommunens refusjonsansvar.

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. For å sikre et nyansert og fleksibelt regelverk foreslår departementet en forskriftshjemmel til å gi nærmere bestemmelser om utgiftsfordeling mellom kommuner.

Helhetlige pasientforløp - Lovpålagt avtalesystem mellom kommuner og helseforetak

Det er vanskelig å dele opp et pasientforløp, i den forstand at man til enhver tid kan peke på hvor ansvaret ligger. I pasientforløpet til en kols-pasient vil man for eksempel ikke kunne peke eksakt på når ansvaret til spesialisthelsetjenesten starter og når kommunehelsetjenesten overtar ansvaret, eller omvendt. I mange tilfeller vil helsehjelpen også gis vekselvis mellom de to tjenestenivåene. Med andre ord er departementet av den oppfatning at det alltid vil være ”gråsoner” mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten på et overordnet nivå. Dette ligger også implisitt i kravet til helhetlige og integrerte tjenester som er gjennomgående i helselovgivningen. Det grunnleggende er at tjenestenivåene skal samarbeide slik at pasienten får god og forsvarlig helsehjelp. Helseforetaket og kommunen må ut fra forsvarlighetskravet vurdere sin plikt til å yte den helsehjelp som pasienten har behov for. Ved en konkret henvendelse fra en pasient, kan verken helseforetaket eller kommunen avvise pasienten med den begrunnelse at man ikke har ansvaret for den tjenesten pasienten har behov for. Det vil si at dersom en pasient oppsøker kommunehelsetjenesten, må pasienten vurderes, og dersom kommunen ikke kan gi pasienten forsvarlig helsehjelp, må pasienten henvises videre. Dette vil gjelde tilsvarende for spesialisthelsetjenesten. I et konkret tilfelle hvor pasienten ikke har fått oppfylt de rettigheter som følger av lovgivningen, vil klage- og/eller tilsynsinstansen måtte vurdere ut i fra de konkrete omstendigheter hvem som ikke har oppfylt sitt lovpålagte ansvar. På et generelt grunnlag er det likevel ikke mulig til enhver tid å definere hvor ansvaret ligger i et pasientforløp, i motsetning til konkrete oppgaver og tjenester. Slik er det i lovgivningen i dag, og slik vil den også være i fremtiden.

Departementet er følgelig av den oppfatning at man må erkjenne at det eksisterer "gråsoner" mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, og at fordelingen av ansvar mellom de to nivåene ikke fullt ut kan løses gjennom lov eller forskriftsregulering. De eventuelle problemer som oppstår som følge av "gråsonene" vil kunne reduseres gjennom lovpålagte avtaler mellom helseforetakene og kommunene. I lovforslaget er det minimumsvilkår at avtalene skal omfatte en *"etablering av en felles forståelse av lovgivningens fordeling av helse- og omsorgsoppgaver mellom forvaltningsnivåene og en felles forståelse av hvilke oppgaver partene til enhver tid skal løse"*.

Departementet mener dette vil være et viktig tiltak for å redusere eventuelle problemer som følge av gråsoner mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. I tillegg til å bli enige om en felles forståelse av oppgavefordelingen, skal partene bli enige om organisering og finansiering av oppgaver som det samarbeides om. Departementet ber høringsinstansene komme med andre innspill eller forslag i forhold til hvordan man kan hindre uønskede problemer som følge av "gråsoner" mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.

En sentral målsetting med samhandlingsreformen er at pasienter skal sikres et godt pasientforløp uansett om behandlingen gis av kommunehelsetjenesten eller spesialisthelsetjenesten eller fra begge nivåene. Et godt pasientforløp innebærer blant annet at pasienten får rett helsehjelp, på rett sted, til rett tid. Pasienter skal ikke uten medisinsk grunn måtte vente urimelig lenge på nødvendige undersøkelser og behandling. Departementet er opptatt av at det regelverket vi har skal understøtte og bidra til gode og forsvarlige pasientforløp. Departementet er i tvil om gjeldende regelverk er godt nok eller om det bør endres slik at det understøtter gode pasientforløp på en bedre måte. Departementet foreslår ingen lovendring i dette høringsnotatet i forhold til de problemstillinger som drøftes, men det bes om høringsinstansenes synspunkter på de problemstillingene som reises.

Pasientrettighetsloven inneholder bestemmelser som også skal bidra til å sikre et godt behandlingsforløp for pasientene. Hovedregelen i pasientrettighetsloven § 2-2 om vurderingsfrist går ut på at alle pasienter som blir henvist til spesialisthelsetjenesten har rett til å få sin helsetilstand vurdert innen 30 dager for de som ikke trenger øyeblikkelig hjelp. Departementet ber om høringsinstansenes vurdering av om den generelle vurderingsfristen bør være kortere enn 30 dager for alle henvisninger (for eksempel 10 virkedager) eller om en kortere frist eventuelt bare bør gjelde for enkelte pasientgrupper. Samtidig bes det om høringsinstansenes vurdering av om ordlyden i bestemmelsene skal endres slik at det kommer klart frem at den individuelle frist som settes for (prioritert) nødvendig helsehjelp i noen tilfeller kan være tidspunktet for innkalling til utredning og ikke nødvendigvis tidspunktet for selve behandlingen.

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. 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.

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. Departementet er av den oppfatning at lovfesting av ulike minimumskrav vil

være hensiktsmessig for å gi kommunene et mer likeverdig partsforhold i avtalene, og sikre enhetlig praksis. 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. Det er viktig at det er partene selv som finner lokale løsninger til det beste for pasientene, og at lovens minimumskrav ikke er til hinder for god samhandling. De minimumskrav departementet vil foreslå at avtalen skal inneholde er blant annet tiltak for utskrivningsklare pasienter, samarbeidsrutiner, tiltak mot unødvendige innleggelser, faglige nettverk, samarbeid om IKT-løsninger lokalt.

Som nasjonal helse- og omsorgsmyndighet har staten på vegne av pasienter og brukere grunnleggende interesse i at samarbeidet, blant annet om pasientforløp, blir etablert. For å sikre at alle kommunene inngår i et avtalebasert samarbeid, foreslås det derfor at partene må bringe saken inn for Helsedirektoratet for mekling dersom de ikke kommer til enighet eller ikke har inngått avtale innen fristen. Der foreslås også at Helsedirektoratet på eget initiativ skal kunne 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. Dersom det viser seg å være behov for å ha et "ris bakspeilet" for parter som ikke inngår avtale, kan det være aktuelt å stille som krav for tildeling av eventuelle tilskudd til samhandlingsprosjekter, at avtale er inngått.

Departementet foreslår at partene skal ha mulighet til å si opp samarbeidsavtaler med ett års frist, men ber høringsinstansene vurdere hva som vil være mest egnet oppsigelsestid. Departementet vurderer også om det er hensiktsmessig å fastsette en avtaleperiode på fire år eller om avtalene bør være tidsubegrenset, og avventer høringsinstansenes uttalelser før det tas standpunkt til dette. Det kan være argumenter som taler for tidsubegrenset avtale, slik at partene ikke må bruke tid på å reforhandle avtaler. Andre forhold kan tale for at avtalene bør opp til helt ny forhandling jevnlig.

Kommunale tilbud om døgnopphold for helse- og omsorgstjenester til pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp.

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. Et kommunalt tilbud om døgnopphold ved øyeblikkelig hjelp erstatter ikke spesialisthelsetjenestens ansvar for øyeblikkelig hjelp. Det døgnåpne tilbudet vil finansieres av kommunenes frie inntekter og eventuelle bidrag fra helseforetakene. Kommunen vil kunne ivareta oppgaven ved at partene i de lovpålagte avtalene blir enige om at helseforetaket skal utføre oppgavene på vegne av kommunen. Kommunene betaler da kommunal medfinansiering for slike opphold til helseforetaket. Helseforetaket skal ikke kunne motsette seg en slik løsning.

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. Faktisk kostnad for den enkelte kommune vil avhenge av lokale forhold og hvordan kommuner og spesialisthelsetjenesten organiserer tilbudet og av forholdet mellom gjennomsnitts- og marginalkostnader i helseforetak og i kommunene. Lokale forhold vil avgjøre behovet i hver enkelt kommune og hvordan kommunene vil organisere virksomheten. Noen kommuner har opprettet tilbud, andre vil ha behov for etablering av nye døgnplasser. Noen kan benytte eksisterende bygg for eksempel korttidsplasser på sykehjem, andre kommuner vil investere i nye bygg. Kommunene bør ha stor frihet til å organisere tjenester, og det er derfor ikke hensiktsmessig at sentrale myndigheter definerer de organisatoriske og strukturelle rammer. 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.

Det er i samhandlingsmeldingen også forutsatt at en større del av veksten i helsebudsjettene i årene fremover skal komme i kommunene. Regjeringen utreder en helhetlig finansieringsmodell som skal legge til rette for at kommunene kan overta døgnopphold tilsvarende 10 prosent av liggedøgn i spesialisthelsetjenesten knyttet til blant annet somatiske observasjonssenger, akuttplasser og utskrivningsklare somatiske pasienter. Det vil også bli gitt en omtale av aktuelle tiltak i høringen som et ledd i arbeidet med nasjonal helse- og omsorgsplan. Departementet ber om høringsinstansenes syn på økonomiske og administrative konsekvenser av en eventuell lovregulering.

Økonomi – ansvarsfordeling mellom kommune og spesialisttjeneste/helseforetak

Arbeidet med å utrede kommunal medfinansieringsansvar for pasientbehandling i spesialisttjenesten er ikke ferdig når dette høringsnotatet sendes ut. Arbeidet avgrenses som nevnt etter to ulike modeller. For at man skal være i stand til å innføre kommunal medfinansiering fra 2012, som er det tidspunkt det tas sikte på som oppstartsår for reformen, anser departementet at det er behov for en lovhjemmel til å gi forskrift om kommunalt medfinansieringsansvar. Departementet foreslår derfor en hjemmel for departementet til å kunne gi bestemmelser om kommuners medfinansieringsansvar for pasientbehandling i spesialisthelsetjenesten, herunder kriterier for hvilke pasientgrupper eller behandlingsformer som skal være omfattet av det kommunale medfinansieringsansvaret. Denne hjemmelen vil etter departementets oppfatning dekke de ulike modellene som nå utredes. Departementet vil likevel presisere at dette er et foreløpig forslag, som må ses i sammenheng med de konklusjoner den pågående utredningen faller ned på. Departementet foreslår at det i ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester lovfestes at kommunen har ansvar for utskrivningsklare pasienter fra dag én, jf. forslaget § 11-4 første ledd. Videre foreslås i bestemmelsens andre ledd at kommunen pålegges en plikt til å inngå samarbeidsavtale med regionalt helseforetak om utskrivningsklare pasienter. Tilsvarende plikt for regionale helseforetak til å inngå slik avtale foreslås også lovfestet i spesialisthelsetjenesteloven, jf. forslag til ny § 2-6 første ledd. Det foreslås presisert at kommunen kan inngå slik avtale alene eller sammen med andre kommuner. Departementet viser i den forbindelse også til lovforslaget § 6-2 nr. 4 hvor det også fremgår at ordningen med utskrivningsklare pasienter skal være omfattet av de lovpålagte samarbeidsavtalene som skal inngås mellom kommunene og de regionale helseforetakene/det helseforetak det regionale helseforetaket bestemmer, jf. lovforslagets § 6-1.

Kommunelegeordningen

Departementet foreslår å videreføre dagens kommunelegeordning. Departementet mener at medisinskfaglig 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.

Departementet mener at medisinskfaglig og samfunnsmedisinsk kompetanse er nødvendig i kommunene for å utføre de oppgavene kommunene er ansvarlige for av ikke-klinisk karakter (allmennlegeoppgaver) etter forslaget til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og forslag til ny folkehelselov. Leger med samfunnsmedisinsk kompetanse vil være ønskelig, men samfunnsmedisinsk kompetanse kan også innehas av andre enn leger. I samsvar med at en stor andel av leger med lederstillinger i primærhelsetjenesten i dag ikke er spesialister i samfunnsmedisin, mener departementet at den nødvendige medisinskfaglige kompetansen vil kunne ivaretas av leger uten spesialitet i samfunnsmedisin. Dette innebærer at noe medisinskfaglig rådgivning vil kunne ivaretas for eksempel ved avtale med fastleger i

kommunene. Andre oppgaver vil kunne ivaretas av ikke-leger med samfunnsmedisinsk utdanning. Departementet foreslår derfor å videreføre gjeldende rett knyttet til kommunelegen. Under henvisning til ovennevnte foreslår departementet å videreføre kommunens plikt til å ha kommunelege. Departementet mener plikten til å ha kommunelege bør følge av både helse- og omsorgsloven og folkehelseloven, og at det i begge lover må gjøres rede for hvilke oppgaver som kan ligge til funksjonen som kommunelege etter den enkelte lov. Departementet forslag til regulering er inntatt i lovforslaget § 5-5. Bestemmelsen viderefører gjeldende rett, men med et unntak. I dag skal kommunelegens tilråding og begrunnelse alltid følge saken når kommunen behandler saker om miljørettet helsevern, smittsomme sykdommer og helsemessig beredskap, jf. kommunehelsetjenesteloven § 3-5 tredje ledd. Denne særlige saksbehandlingsregelen anser departementet at det ikke lenger er behov for. 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.

Individuell plan

Etter departementets vurdering bør hovedansvaret for å utarbeide og koordinere individuell plan ligge hos kommunen i de tilfellene en person har behov for tjenester både fra kommunen og spesialisthelsetjenesten. Departementet slutter seg her til forslag fra Wisløff-utvalget. En slik løsning vil innebære en klarere ansvarsdeling mellom forvaltningsnivåene. I tillegg vil kommunen som oftest ha best oversikt over det samlede tjenestetilbudet og behovet til den enkelte. Departementet foreslår derfor at det både i den nye loven og spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 bør framgå tydelig at ansvaret for å sette i gang arbeidet med planen og for koordinering av planen skal forankres hos kommunen i de tilfellene den enkelte har behov for tjenester både fra kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Flertallet av høringsinstansene var enig i Wisløff-utvalgets forslag, men departementet mottok også innspill om at det bør åpnes for at spesialisthelsetjenesten i visse tilfeller bør ha et selvstendig ansvar for å utarbeide individuell plan, for eksempel for særskilt krevende pasienter, selv om hovedforankringen av ansvaret for å utarbeide individuell plan bør ligge i kommunen. Etter departementets vurdering er det en risiko ved en slik ansvarsfordeling at ansvarsforholdene blir uklare. Det at kommunen skal ha ansvar for igangsetting og koordinering av arbeidet, vil ikke frata spesialisthelsetjenesten ansvar for å medvirke i arbeidet. Høringsinstansene oppfordres til å kommentere dette spørsmålet særskilt.

I høringsnotatet til forslaget til kommunehelsetjenesteloven er Tannhelsetjenesten nevnt flere ganger som en viktig samarbeidspartner for de kommunale tjenestene innenfor helse- og omsorgssektoren. § 4-1, 4. ledd, i gjeldende Lov om helsetjenesten i kommunene, foreslås videreført uendret som 5. ledd i § 3-1 i forslaget til ny lov. Der står det: *"Kommunen skal samarbeide med fylkeskommune, regionalt helseforetak og stat slik at helsetjenesten i landet best mulig kan virke som en enhet"*. Dette gir en generell plikt til å samarbeide med fylkeskommunen.

I kapittel 6 i forslaget til ny lov er samarbeidet med Helseforetakene regulert i detalj. Tilsvarende regulering finnes imidlertid ikke i forhold til tannhelsetjenesten i fylkeskommunene. Det innebærer at i det praktiske arbeidet vil vi fortsatt kunne støte på motstand i forhold til utveksling av nødvendige opplysninger om individer som får rettigheter etter tannhelsetjenesteloven på grunnlag av rettigheter etter kommunehelsetjenesteloven. I forslaget til ny lov, § 7-1, "Individuell plan" pålegges kommunen å samarbeide med andre tjenesteytere om individuell plan for å bidra til et helhetlig tilbud for den enkelte. I § 7-1, 2. ledd står: *"Dersom en pasient eller bruker har behov for tilbud både etter loven her og spesialisthelsetjenesteloven eller psykisk helsevernloven, har kommunen ansvar for å sette i gang arbeidet med planen og for å*

koordinere planarbeidet". Paragrafens 2. ledd bør omfatte også tannhelsetjenesten, og bør derfor lyde: "Dersom en pasient eller bruker har behov for tilbud både etter loven her og spesialisthelsetjenesteloven eller psykisk helsevernloven eller tannhelsetjenesteloven, har kommunen ansvar for å sette i gang arbeidet med planen og for å koordinere planarbeidet".

Dersom pasienten bare har behov for tjenester fra spesialisthelsetjenesten, vil det som i dag være helseforetaket som har ansvaret for å utarbeide individuell plan. Departementet antar at dette bare vil være aktuelt i unntakstilfeller, men ser ikke bort fra at dette kan være aktuelt i enkelte tilfeller. Høringsinstansene oppfordres til å kommentere dette særskilt.

Etter departementets vurdering bør dagens regler om at *en bestemt person skal ha et hovedansvar* for koordinering og oppfølging av den enkelte tjenestemottakeren videreføres. I praksis vil dette innebære at vedkommende skal ha en rolle som koordinator, men ikke at vedkommende skal ha et eneansvar for å koordinere tjenestetilbudet. Ansvar for å utarbeide individuell plan må være forankret hos ledelsen av virksomheten, og ledelsen må sørge for rammebetingelser som gjør det mulig å fylle en koordinatorrolle. I enkelte tilfeller kan det være nødvendig å utpeke en stedfortreder. Koordinatorrollen skal som i dag innebære at vedkommende skal være kontaktperson og ha et hovedansvar for å følge opp innspill fra tjenestemottakeren og pårørende. I tillegg skal vedkommende ha et hovedansvar for å ta initiativ til og påse at tjenestemottakeren får et koordinert tjenestetilbud. Dersom ansvarsforholdene for de forskjellige tjenestetilbudene er uklare, må vedkommende ta initiativ for å få nødvendige avklaringer slik at tjenestemottakeren ikke blir kasteball i systemet.

På denne bakgrunn foreslår departementet en egen bestemmelse om koordinator i den nye loven. Ordningen bør i tråd med gjeldende regler om rett til individuell plan og plikten til å ha en koordinerende enhet, avgrenses til pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester og/eller habiliterings- eller rehabiliteringstjenester. Dette innebærer for eksempel at det ved akuttinnleggelser på sykehus ikke vil oppstå plikt til å utpeke en koordinator. Ved utskrivning fra sykehus kan det imidlertid være behov for rehabiliteringstjenester og/eller individuell plan, og da vil plikten til å utpeke en koordinator gjelde. Kravet om at behovet skal gjelde "langvarige" tjenester innebærer ikke at behovet skal være varig, men at det skal strekke seg over et visst tidsrom. Departementet legger til grunn at dette vilkåret i praksis ikke har vært tolket restriktivt, og at det fortsatt bør tolkes slik at det fanger opp de som har et reelt behov for individuell plan og en koordinator. Departementet oppfordrer høringsinstansene til å kommentere dette spørsmålet særskilt.

Økonomi – egenandeler

Når det gjelder regler om egenbetaling foreslås det hjemmel til i forskrift å fastsette nærmere regler om dette. 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. Egenandelene er en viktig finansieringskilde for kommunene. Vederlag for institusjonsopphold utgjør for kommunesektoren en inntekt på i underkant av 5 milliarder kroner, og er således en viktig finansieringskilde for disse tjenestene. Samtidig kan egenandelene utgjøre et betydelig inngrep i den enkelte brukers inntekt. Det er derfor en utfordring å utforme et system knyttet til egenandeler som både sikrer kommunene et nødvendig finansieringsgrunnlag og som samtidig ivaretar hensynet til en sosial profil. Dagens forskrift knyttet til vederlag for opphold i institusjon har vært utsatt for kritikk. Det anføres at regelverket er lite tilgjengelig for brukerne og at det er vanskelig å praktisere for kommunene. En annen innvending mot forskriften er at adgangen for kommunen til å foreta etteroppgjør på basis av skatteoppgjøret ofte medfører at beboeren eller dennes pårørende kan få et etterbetalingskrav relativt lang tid etter oppholdet det søkes betaling for. Departementet har derfor igangsatt et arbeid med sikte på å forenkle dette regelverket. Departementet vil ikke i tilknytning til dette høringsnotatet legge frem forslag til nye egenbetalingsregler.

Departementet finner det mest hensiktsmessig å foreslå en generell hjemmel for egenandeler i loven, kombinert med en egen forskriftshjemmel for nærmere utfylling av regelverket. Departementet anser det som lite hensiktsmessig å legge myndigheten på dette området til Kongen, og foreslår derfor at myndigheten til å gi forskrift om egenbetaling for helse- og omsorgstjenester legges til departementet.

Pasientsikkerhet og kvalitet

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten/Nasjonal enhet for pasientsikkerhet definerer pasientsikkerhet slik: "Vern mot unødig skade som følge av helsetjenestens ytelser eller mangel på ytelser."

I likhet med Helsetilsynet mener departementet at internkontrollforskriften til Lov om statlig tilsyn med helsetjenester egentlig er en forskrift om styringssystem for helse- og omsorgstjenester. Helsetilsynet har jobbet systematisk i mange år for å implementere internkontroll som begrep i helsetjenestene og etter hvert også i sosialtjenestene. Det er færre og færre virksomheter og personell som ikke vet hva begrepet "internkontroll" innebærer. Det er likevel spørsmål om internkontrollforskriften burde endre navn til forskrift om styringssystem for helse- og omsorgstjenester for å få tydeligere frem hva formålet med forskriften er og hva den egentlig regulerer. Departementet ber om høringsinstansenes syn på dette. Et særskilt spørsmål er hvem (hvilket nivå) som skal være pliktsubjektet for kravet til systematisk kvalitetsforbedringsarbeid. Departementet mener at pliktsubjektet må være det samme som når det gjelder internkontroll og systematisk pasientsikkerhetsarbeid.

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

Flytting av meldeordningen etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 fra Helsetilsynet til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten – Nasjonal enhet for pasientsikkerhet

En viktig begrunnelse for flyttingen er antatt underrapportering og dårlig meldekultur i helsetjenesten pga frykt for sanksjoner (administrative reaksjoner) fra Helsetilsynet. Ved å overføre meldeordningen fra Helsetilsynet/Helsetilsynet i fylket til Nasjonal enhet for pasientsikkerhet ved Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, vil systemet ikke brukes til tilsynsformål annet enn på aggregert nivå, og systemet kan designes som et rent lærings- og forbedringssystem – først og fremst for å understøtte virksomhetenes eget lokale pasientsikkerhetsarbeid. Helse- og omsorgsministeren besluttet at forslaget om å flytte meldeordningen iht. spesialisthelsetjenestelovens § 3-3 skulle sendes på høring som en del av høringsnotatet om forslag til ny kommunal helse- og omsorgslov. Det foreslås at meldeordningen fortsatt bare skal gjelde for spesialisthelsetjenesten.

I rapporteringssystemer innen luftfart anses det nå viktigere å analysere hendelser og nesten-uhell med liten skade og relativt hyppig frekvens enn de få alvorlige skadene med lav frekvens. Ved å undersøke disse meldingene kan man få kunnskap om årsaker til at det ikke gikk galt og kan anvende denne kunnskapen til forebygging. Mange rapporteringssystemer i helsetjenesten har imidlertid fremdeles fokus bare på de alvorlige hendelsene med betydelig pasientskade, slik at det store læringspotensialet som ligger i nesten-uhellene går tapt.

Departementet mener dette vil være et viktig grep for å bidra til den kulturendring som er nødvendig for at det skal bli større åpenhet om skader og uønskede hendelser i helsetjenesten. Dersom underrapportering bl.a. skyldes frykt for sanksjoner av ulik art, vil endringen kunne

medføre at det meldes mer og om områder hvor det meldes lite i dag. Dette vil igjen kunne bety at det genereres mer kunnskap om risikoer og deres årsaker som kan pløyes tilbake til helseforetakene med sikte på læring og forebygging.

Departementet foreslår imidlertid å innføre meldeplikt for Kunnskapssenteret til Statens helsetilsyn når det er grunn til å tro at det foreligger alvorlig systemsvikt. Med alvorlig systemsvikt menes at det på bakgrunn av en eller flere meldinger vurderes at risikoen for at pasienter blir utsatt for betydelig skade ved et helseforetak eller annen spesialisthelsetjeneste er så stor at det er behov for at Statens helsetilsyn må vurdere å gripe inn for å forhindre at slik skade oppstår.

Virksomhetens ledelse må orienteres samtidig som meldingen sendes til Kunnskapssenteret. Dette vil i noen grad bryte med prinsippet om sanksjonsfrie systemer. Det vises imidlertid til at det foreslås at det ikke kan reises tilsynssak eller begjæres påtale mot det helsepersonell som har meldt på grunnlag av selve meldingen. På denne måten sikres det at Statens helsetilsyn får informasjon om alvorlige saker som krever tilsynsmessig oppfølging, samtidig som en unngår at melder får administrative reaksjoner mv. på grunnlag av meldingen (se pkt 38.4.5.9). Departementet ønsker spesielt høringsinstansenes syn på dette punktet.

Departementet har vurdert om meldeplikten bør omfatte ikke bare hendelser med betydelig skade, men også skader og uønskede hendelser av mindre omfang. Dette vil ligne de kriterier som gjelder for det danske meldesystemet. Slike hendelser meldes i dag i helseforetakenes interne avvikssystemer. Argumenter for en slik utvidelse er at Pasientsikkerhetsenheten da får et mye større materiale å vurdere og dermed mer kunnskap som kan deles. Det er også forskning som tyder på at man får mer ut av de mange og mindre hendelser enn de få alvorlige. Argumenter mot er at dette kan bli en type "unødvendig dobbel bokføring" og at det antagelig også vil være ressurskrevende. Det kan også tenkes at nye IT-løsninger gjør integrering av det nasjonale meldesystemet og meldesystemet i helseforetakene enklere enn det hittil har vært.

Departementet har derfor vurdert det slik at man først bør høste erfaringer med å la meldekriteriene være tilnærmet slik de er i dag, og eventuelt vurdere en utvidelse senere. Departementet foreslår på denne bakgrunn å videreføre gjeldende kriterier for meldeplikten iht. § 3-3 første ledd, samt forskriftshjemmelen i annet ledd. Departementet ber imidlertid om høringsinstansenes synspunkter på om meldeordningen bør utvides til å omfatte ikke bare hendelser med betydelig skade, men også skader og uønskede hendelser av mindre omfang.

Etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 er det *helseinstitusjonen* som har plikt til å sende meldingen til Helsetilsynet i fylket. Etter helsepersonelloven § 38 (ikke i kraft) er det *det enkelte helsepersonell* som har plikt til å sende melding. Prinsipielt har altså det enkelte helsepersonell i dag ikke en lovbestemt meldeplikt ved betydelig personskade til Helsetilsynet i fylket; det er virksomheten som må etablere systemer og strukturer som understøtter meldeplikten. I Danmark ligger meldeplikten på *det enkelte helsepersonell*; de skal melde elektronisk inn i Dansk patientsikkerhedsdatabase. I Sverige har *helsepersonellet* meldeplikt til en dedikert lege innenfor institusjonen. I tillegg har *institusjonen* meldeplikt til Sosialstyrelsen.

Departementet har vurdert om meldeplikten bør legges på det enkelte personell, fordi man da muligens kan få opp meldefrekvensen ved at det blir vanskeligere for personellet ikke å melde. Ledelsen vil kunne bruke lovbestemmelsen som begrunnelse for å innskjerpe at meldinger sendes og helsepersonells unnlattelse av å sende melding vil i prinsippet kunne danne grunnlag for tilsynssak mot den enkelte hvis meldeplikt ikke er overholdt. På den annen side sendes mange meldinger i dag uten at plikten er lagt på det enkelte helsepersonell.

Erfaringene fra hemovigilanssystemet er også at enkeltpersoner melder selv om plikten ikke uttrykkelig er lagt på den enkelte medarbeider. Ledelsens engasjement og gode styrings-/internkontrollsystemer er dessuten en forutsetning for et godt, systematisk pasientsikkerhetsarbeid. Meldeordningen iht. § 3-3 er forholdsvis godt kjent og innarbeidet i helseforetakene/andre spesialisthelsetjenester og deres avvikssystemer. Det vil antagelig være mer i tråd med ønske om kulturendring at meldeplikten fortsatt hviler på virksomheten. Dersom meldeordningen oppfattes som nyttig for den enkelte vil dette være et incitament for at meldefrekvensen kan øke. Det viktigste arbeidet for økt pasientsikkerhet skjer i virksomhetene. Det er en mulighet å lovfeste en plikt for helsepersonell til å bidra inn i det systematiske pasientsikkerhetsarbeidet i virksomheten etter mønster fra den svenske loven. . § 4 første ledd lyder:

”Hälso- och sjukvårdspersonalen är skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls. Personalen ska i detta syfte till vårdgivaren rapportera risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada.”

Departementet foreslår imidlertid at pliktsubjektet i forhold til endret meldeordning fremdeles skal være institusjonen/virksomheten og ikke det enkelte helsepersonell, men ber høringsinstansene om synspunkter på dette.

Elektronisk samhandling

Elektronisk pasientjournal i elektroniske pasientjournalssystemer har etter hvert blitt vurdert som en del av kvalitetskravet til en medisinsk praksis og utøvelse av oppgaver som helsepersonell. Det har også samtidig skjedd en generell elektronisk utvikling i samfunnet som endrer forventningene til hva som anses som nødvendig basis infrastruktur for drift av en virksomhet og helsepersonells yrkesutøvelse. Selve lovhjemmelen til å gi forskrift vil ikke i seg selv ha økonomiske og administrative konsekvenser. Konsekvensene vil først oppstå ved en forskriftsregulering og vil avhenge av hvem som forpliktes, i hvilket omfang kravet gjøres gjeldende og hvilke overgangsordninger som benyttes. En konkret vurdering av økonomiske og administrative konsekvenser vil derfor måtte gjøres ved en eventuell forskriftsregulering. Departementet ber særskilt om synspunkter fra høringsinstansene om når krav til elektronisk dokumentasjon og kommunikasjon vil kunne innføres for ulike brukergrupper og innen hvilke områder.

Forslaget om at kommunene skal innrette journal- og informasjonssystemene slik at de er forsvarlige, er en videreføring og tydeliggjøring av gjeldende rett. Dette vil derfor ikke ha økonomiske eller administrative konsekvenser av betydning. Forslaget om at spesialisthelsetjenesten og kommunene skal ta hensyn til effektiv elektronisk samhandling ved anskaffelse og videreutvikling av sine journal- og informasjonssystemer vil trolig ikke ha økonomiske eller administrative konsekvenser av betydning. Dette fordi forslaget ikke i seg selv forutsetter investeringer i nye systemer eller oppgraderinger. Forslaget innebærer at kommunen og spesialisthelsetjenesten må orientere seg om omforente standarder, gjøre samhandling til et viktig hensyn i anskaffelsesprosesser og ha dialog med samarbeidende virksomheter. Slike prosess er vil bidra til å redusere virksomhetenes utredningsbyrde og slik underlette kommunenes og virksomhetenes arbeid. En regulering av disse forholdene vil videre tydeliggjøre Helsetilsynets mandat til å føre tilsyn med om planleggingen og innretningen av IKT-systemene er egnet til å oppfylle de overordnede hensynene til forsvarlighet og effektiv elektronisk samhandling.

Departementet ber høringsinstansene om særskilt å kommentere følgende:

- a. På hvilke områder vil det være mest hensiktsmessig å kreve sertifisering av funksjonskrav og standarder?
- b. Hvor lang frist bør det normalt settes fra slike forskrifters vedtakelse til de trår i kraft?
- c. Behovet for overgangsordninger.

Departementet legger til grunn at krav til sertifisering av programvare kan stilles med hjemmel i helseregisterloven §§ 6 tredje ledd og 16 fjerde ledd. Det er derfor strengt tatt ikke nødvendig å nevne også sertifisering i listen med eksempler på hva som kan reguleres i lov. Hensynet til å ha en så klar og forutsigbar ordlyd som mulig i loven kan imidlertid tilsi at sertifisering nevnes uttrykkelig. Dersom det skulle være ønskelig å sertifisere også annet enn programvare, vil det ha selvstendig betydning å innta sertifisering som et eget punkt i listen. Det bes om høringsinstansenes synspunkter på om sertifisering bør nevnes uttrykkelig som en del av den ikke-uttømmende opplistingen av formål i helseregisterloven § 16 fjerde ledd.

...

Innstilling:

...

1. Fylkesrådet støtter hovedtrekkene i forslag til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, herunder
 - a. Sammenslåing av dagens kommunehelsetjenestelov og sosialtjeneste lov
 - b. Flytting av miljørettet helsevern til ny folkehelselov
 - c. At helsepersonelloven skal gjelde for alt personell som omfattes av ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester
 - d. At forvaltningsloven i hovedsak skal gjelde for saksbehandling
2. Fylkesrådet tar ikke stilling til om det er fylkesmannen eller Helsetilsynet i fylkene som skal være klage- og tilsynsinstans etter den nye loven. Det som er viktig for fylkesrådet er at det ikke bygges opp parallell kompetanse på helsesaker både hos Fylkesmannen og i Helsetilsynet i fylkene som vil fordyre klageordningene. Spørsmålet om hvilket organ som skal være klage- og tilsynsorgan er derfor etter fylkesrådets mening mer et spørsmål om en rasjonell styringsstruktur i statlige organer.
3. Fylkesrådet støtter et lovpålagt avtalesystem mellom kommuner og helseforetak hvor det skal foretas en rasjonell oppgavefordeling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunale tjenester. Det foreslås at avtalene løper tidsbegrenset, men at de kan sies opp med en oppsigelsesfrist på ett år. Ved konflikt må partene gjennomføre tvungen mekling.
4. Fylkesrådet ser med skepsis på ordningen med kommunal medfinansiering før modellen har vært prøvd ut i et begrenset omfang. Uten å vite innholdet i fremtidig kommunalt medfinansieringsansvar for pasientbehandling i spesialisttjenesten og/eller innhold i fremtidige avtaler mellom spesialisttjenesten og kommunene kan fylkesrådet ikke på nåværende tidspunkt gå inn for en lovpålagt plikt for kommunen til å sørge for tilbud om døgnopphold til pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp.
5. Fylkesrådet støtter flytting av meldeordning etter Spesialisthelsetjenestelovens § 3-3 fra Helsetilsynet til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten – Nasjonal enhet for pasientsikkerhet. Meldeordningen bør også omfatte kommunehelsetjenesten, særlig fordi det nå er mange institusjoner som utgjør glidende overganger mellom spesialisthelsetjenester og kommunehelsetjenester. Meldeordningen bør være mer lik den som er i våre skandinaviske naboland: Det bør også rapporteres mindre hendelser som kan føre til systemiske kvalitetsforbedringer, og hver enkelt helsearbeider bør ansvarliggjøres med hensyn på meldeplikt.

6. I § 7-1, 2. ledd bør omfatte også tannhelsetjenesten, og bør derfor lyde: *"Dersom en pasient eller bruker har behov for tilbud både etter loven her og spesialisthelsetjenesteloven, psykisk helsevernloven eller tannhelsetjenesteloven, har kommunen ansvar for å sette i gang arbeidet med planen og for å koordinere planarbeidet".*"

∴

Tromsø, 18. januar 2011

Mariam Rapp
Fylkesråd for kultur, miljø og helse

Trykt vedlegg:

- Høringsbrev fra Helse- og omsorgsdepartementet

Utrykt vedlegg:

- <http://regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/hoeringer.html?id=1904>