

Arkivsak-dok. 16/07723-2
Saksbehandler Hans Petter Torvik

Behandles av	Sakstype	Møtedato
Utvalg for helse- og sosialtjenester 2015-2019	Utvalgssaker	07.09.2016
Rådet for personer med nedsatt funksjonsevne	Behandling av utvalgssak	
Sandnes eldreråd	Behandling av utvalgssak	

Høringsuttalelse - oppfølging av primærhelsetjenestemeldingen

Helse- og omsorgsdepartementet har sendt et høringsnotat vedrørende:

Oppfølging av Primærhelsetjenestemeldingen og Oppgavemeldingen mv.

Høringsnotatet inneholder bl a lovfesting av kompetansekrav i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, overføring av tannhelsetjenesteansvaret fra fylkeskommunene til kommunene, forsøk med overføring av driftsansvar for distriktpsykiatriske sentre (DPS) til kommuner, tydeliggjøring av kontaktlegeordningen og lovfesting av krav om psykososial beredskap og oppfølging mv. Høringsnotatet er på 301 sider.

Høringsfristen er satt til 1. oktober 2016.

Lenke til høringen:

https://www.regjeringen.no/contentassets/4b969cc159384aca86776fc9404aa32f/hoeringsnotat_kjj_6_6_16.pdf

Bakgrunn.

Helse- og omsorgsdepartementet sender på høring forslag om en rekke endringer i helse- og omsorgstjenestelovgivningen.

Endringsforslagene er en del av departementets oppfølging av forslag i *Meld. St. 26 (2014-2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet* ("Primærhelsetjenestemeldingen"), som ble fremlagt 7. mai 2015.

Departementet viser også til Kommunal- og moderniseringsdepartementets høringsnotat av 1. juni 2016 hvor det foreslås lovendringer som inngår i gjennomføringen av kommunereformen. Regjeringen la 20. mars 2015 frem *Meld. St. 14 (2014-2015) Kommunereformen – nye oppgaver til større kommuner* ("Oppgavemeldingen"). I stortingsmeldingen foreslås det å overføre til kommunene en rekke oppgaver på ulike samfunnsområder som i dag er tillagt fylkeskommunene, fylkesmennene og staten.

I meldingen legges det til grunn at økt oppgaveomfang og flere spesialiserte oppgaver sammen med økte krav til kvalitet i tjenestene og økte forventninger fra innbyggerne, stiller store krav til kommunene om sterke fagmiljøer samt tilstrekkelig kapasitet og kompetanse. En forutsetning for overføring av oppgavene er derfor større og mer robuste kommuner. Av meldingen fremgår at det er regjeringens mål å gjennomføre kommunereformen slik at den kan iverksettes 1. januar 2020. Det tas sikte på å legge frem en samlet lovproposisjon om nye oppgaver til kommunene våren 2017, samtidig med forslag om ny kommunestruktur og nytt folkevalgt nivå.

Som det vil fremgå henger flere av de lovendringsforslag som foreslås i herværende høringsnotat tett sammen med kommunereformen og gjennomføringen av denne.

Sammendrag av høringen:

I høringsnotatets *kapittel 3* foreslås det som nevnt en rekke lovendringer i tråd med forslag fremsatt i Primærhelsetjenestemeldingen.

I *punkt 3.2* foreslås det for det første lovfestet at kommunen skal ha lege, sykepleier, fysioterapeut, helsesøster og jordmor knyttet til seg. Det tas sikte på at lovendringen skal tre i kraft fra 1. januar 2018. For det andre foreslås det lovfestet at kommunene også skal ha psykolog, ergoterapeut og tannlege knyttet til seg. Når det gjelder disse tre gruppene tas det sikte på at lovendringene først skal tre i kraft fra 1. januar 2020. Som det vil fremgå henger lovfesting av disse gruppene nært sammen med kommunereformen.

I *punkt 3.3* foreslås det lovfesting av at den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal ha en veiledningsplikt overfor spesialisthelsetjenesten. Forslaget tilsvarende den veiledningsplikten som i dag gjelder for spesialisthelsetjenesten overfor de kommunale helse- og omsorgstjenestene, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 6-3.

I høringsnotatets *punkt 3.4* diskuteres behovet for å tydeliggjøre krav til ledelse i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Forslaget må sees i sammenheng med Helse- og omsorgsdepartementets forslag til ny forskrift om styringssystem i helse- og omsorgstjenesten. Forskriften er foreslått å skulle erstatte forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten og inneholder direkte og indirekte krav til ledelse i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Etter en helhetsvurdering har departementet kommet til at det på det nåværende tidspunkt ikke er formålstjenlig også å foreslå lovendringer for ytterligere å tydeliggjøre krav til ledelse i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

I *punkt 3.5* foreslås det lovendringer for å tydeliggjøre ansvaret for pasient-, bruker- og pårørendeopplæring i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Forslaget må sees i sammenheng med Helse- og omsorgsdepartementets høringsnotat av 1. oktober 2015 om styrket pårørendestøtte i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Departementet foreslo her å oppheve helse- og omsorgstjenesteloven § 3-6, og erstatte denne med en ny pliktbestemmelse som samler og tydeliggjør kommunens ansvar overfor de som har et særlig tyngende omsorgsarbeid. Kommunene pålegges å tilby nødvendig pårørendestøtte i form av avlastning, informasjon, opplæring og veiledning, og omsorgsstønad.

Helse- og omsorgstjenestens ansvar for å forebygge, avdekke og avverge vold og seksuelle overgrep drøftes i *punkt 3.6*. Departementet foreslår endringer i helse- og omsorgstjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven og tannhelsetjenesteloven for å tydeliggjøre tjenestenes ansvar.

I høringsnotatets *kapittel 4* redegjøres det for etablering av en forsøksordning hvor kommuner kan få ansvar for å drifte distriktpsykiatriske sentre (DPS). I dag har de regionale helseforetakene (RHF) i all hovedsak både et sørge for-ansvar og et driftsansvar for landets DPSer. Den beskrevne forsøksordningen innebærer at RHF fortsatt skal ha et sørge for-ansvar for DPS-tjenesten, samtidig som det åpnes for at RHFene kan inngå avtale med utvalgte kommuner om driftsansvar for tjenesten. Kommunalt driftsansvar innebærer at kommunen eller kommunene innenfor RHFets sørge for-ansvar får rådighet over personell og ressurser, og at kommunen(e) i større grad får anledning til å se DPS-tjenestene i sammenheng med øvrig kommunalt helse- og omsorgstjenestetilbud.

I *kapittel 5* foreslås lovendringer som er nødvendig for å overføre ansvaret for tannhelsetjenesten fra fylkeskommunene til kommunene. Også forslaget om ansvarsoverføring ble fremmet i Oppgavemeldingen. Meldingen ble behandlet av Stortinget 9. juni 2015, hvor et flertall vedtok at ansvaret for tannhelsetjenester, herunder odontologiske spesialisttjenester, bør overføres til kommunene. Det foreslås i dette høringsnotatet å regulere kommunens plikter knyttet til tannhelsetjenester i helse- og omsorgstjenesteloven, mens pasientens rettigheter foreslås regulert i pasient- og brukerrettighetsloven. Dagens lovstruktur med en egen tannhelsetjenestelov foreslås ikke videreført. Regjeringens mål er å gjennomføre kommunereformen slik at den kan iverksettes 1. januar 2020. Det tas derfor sikte på at forslag til lovendringer som er nødvendige for å overføre ansvaret for tannhelsetjenester til kommunene, skal tre i kraft fra samme tidspunkt.

Departementet understreker at lovforslaget i dette høringsnotatet er resultat av en revisjon og innebærer ingen reform når det gjelder omfanget av det offentlige ansvar for tannhelsetjenester. Lovforslaget innebærer i hovedsak en videreføring av gjeldende rett etter tannhelsetjenesteloven, men med enkelte mindre utvidelser av kommunens plikter på dette området sett i forhold til de plikter som fylkeskommunen har i dag. Lovforslaget viderefører i store trekk pasienters rettigheter til tannhelsehjelp slik disse i dag er nedfelt i tannhelsetjenesteloven, med enkelte justeringer som følge av endret begrepsbruk mv.

I *kapittel 6* foreslås det en lovendring for å tydeliggjøre at alle helseinstitusjoner som omfattes av spesialisthelsetjenesteloven, skal ha plikt til å oppnevne kontaktleger for pasienter som har alvorlig sykdom, skade eller lidelse, og som har behov for behandling eller oppfølging av spesialisthelsetjenesten av en viss varighet. Plikten til å oppnevne kontaktleger for disse pasientene er i dag pålagt helseforetaket.

I *kapittel 7* foreslås det en lovendring av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nummer 3 for å tydeliggjøre kommunens plikter når det gjelder psykososial beredskap og oppfølging. Forslaget innebærer i all hovedsak presisering av gjeldende rett.

Kapittel 3

Oppfølging av forslag i Meld. St. 26 (2014-2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet

Regjeringen fremla 7. mai 2015 *Meld. St. 26 (2014-2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet* (Primærhelsetjenestemeldingen). I meldingen vises det til at regjeringens politiske plattform gir tydelig uttrykk for den politiske viljen til å forbedre den kommunale helse- og omsorgstjenesten. De kommunale tjenestene er viktige, og vil i årene fremover bli stadig viktigere for å møte de samlede utfordringene og befolkningens behov for helse- og omsorgstjenester. Pasientenes behov skal settes i sentrum for utvikling og endring av helse- og omsorgstjenesten. Kommunene må gjøres i stand til å oppfylle samhandlingsreformens

intensjoner om koordinerte og helhetlige pasientforløp, mer forebygging og tidlig innsats, flere tjenester nær der brukerne bor, og at en større andel av tjenestene leveres i kommunene. Når det gjelder *kompetanse*, vises det til at de kommunale helse- og omsorgstjenestene står overfor utfordringer med å tiltrekke seg nok personell med riktig kompetanse. Stadig mer komplekse helse- og omsorgstjenester skal ytes i kommunene. Pasienter og brukere har sammensatte behov. Disse må møtes med sammensatt kompetanse. Når det gjelder *ledelse*, har tilsyn vist at det flere steder er mangler i ledelsen av helse- og omsorgstjenestene. For at brukerne og pasientene skal få koordinerte helse- og omsorgstjenester av god kvalitet, kreves god ledelse. Dagens komplekse helse- og omsorgstjenester stiller høye krav til ledelse. Etter departementets vurdering er rett kompetanse i den kommunale helse- og omsorgstjenesten så grunnleggende for å kunne yte nødvendige og forsvarlige tjenester, at visse kompetansekrav bør fremgå direkte i lov. I tråd med forslag i Primærhelsetjenestemeldingen og Stortingets behandling av meldingen, foreslår derfor departementet at det i helse- og omsorgstjenesteloven inntas en liste over hvilken kjernekompetanse enhver kommune må ha knyttet til seg. En slik lovfastsatt liste over kjernekompetanse vil ikke være uttømmende for hva slags kompetanse eller hvilke fagprofesjoner den enkelte kommune må sørge for. For mange pasienter og brukere vil nødvendige helse- og omsorgstjenester bestå av summen av ulike delbidrag fra en rekke fagprofesjoner. Det kommunale ansvaret for helse- og omsorgstjenesten er omfattende, og sammensatt. Kommunene må ofte ha tilgang på et vidt spekter av personell med ulik kompetanse for å kunne utøve det kommunale ansvaret på en forsvarlig måte. Utover den kjernekompetanse som en lovfestet liste vil innebære, må kommunen selv vurdere hva slags personell det er nødvendig å ansette eller inngå avtale med for å kunne oppfylle sitt ansvar for å sørge for et forsvarlig og nødvendig tilbud av helse- og omsorgstjenester. Forutsatt at Stortinget senere slutter seg til slikt lovforslag, tas det som nevnt sikte på at slik lovfesting skal settes i kraft fra henholdsvis 1. januar 2018 og 1. januar 2020. Når det gjelder lovfesting med ikraftsetting *fra 1. januar 2018* foreslår departementet at nytt første punktum i § 3-2 andre ledd gis følgende ordlyd:

For å oppfylle ansvaret etter § 3-1 skal kommunen ha knyttet til seg lege, sykepleier, fysioterapeut, jordmor og helsesøster.

Når det gjelder lovfesting med ikraftsetting *fra 1. januar 2020* foreslår departementet at nytt første punktum i § 3-2 andre ledd gis følgende ordlyd:

For å oppfylle ansvaret etter § 3-1 skal kommunen ha knyttet til seg lege, sykepleier, fysioterapeut, jordmor, helsesøster, ergoterapeut, psykolog, tannlege og tannpleier.

Lovfesting av den kommunale helse- og omsorgstjenestens veiledningsplikt overfor spesialisthelsetjenesten

I Primærhelsetjenestemeldingen understrekes det at veiledning og kompetansedeling bidrar til bedre samhandling og kompetansebygging. Med kompetansedeling menes utveksling av kunnskap og erfaring mellom bidragsyterne, mens veiledning kan beskrives som en målrettet aktivitet der veilederen har et meransvar for kvaliteten i samtaleforløpet. Veiledning vil i mange tilfeller være sammenfallende med kompetansedeling, men kompetansedeling er et videre begrep. Veiledning og kompetansedeling kan skje internt på ett og samme tjenestenivå og mellom ulike tjenestenivåer.

Helsepersonell i spesialisthelsetjenesten har veiledningsplikt overfor kommunale helse- og omsorgstjenester. Helsepersonell i den kommunale helse- og omsorgstjenesten har ingen slik veiledningsplikt overfor spesialisthelsetjenesten. En speiling av spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt likestiller de to nivåene i lovverket og synliggjør at kompetansen i kommunen verdsettes like høyt som kompetansen i spesialisthelsetjenesten. Den kommunale

helse- og omsorgstjenesten har kompetanse som er verdifull for spesialisthelsetjenesten på en rekke områder. Den kommunale breddekompetansen blir stadig viktigere i møte med det økende antallet brukere med store og sammensatte behov, og kommunalt helse- og omsorgspersonell vil ofte ha kunnskap om den enkelte pasient som er avgjørende for å yte gode, individuelt tilrettelagte og ikke minst helhetlige tjenester også i spesialisthelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten mangler i mange tilfeller kunnskap om tjenestetilbudet i kommunale helse- og omsorgstjenester.

Krav til ledelse i den kommunale helse- og omsorgstjenesten

I høringsnotatets *punkt 3.4* diskuteres behovet for å tydeliggjøre krav til ledelse i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Forslaget må sees i sammenheng med Helse- og omsorgsdepartementets forslag til ny forskrift om styringssystem i helse- og omsorgstjenesten. Forskriften er foreslått å skulle erstatte forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten og inneholder direkte og indirekte krav til ledelse i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Etter en helhetsvurdering har departementet kommet til at det på det nåværende tidspunkt ikke er formålstjenlig også å foreslå lovendringer for ytterligere å tydeliggjøre krav til ledelse i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Tydeliggjøring av ansvaret for pasient-, bruker- og pårørendeopplæring i den kommunale helse- og omsorgstjenesten

I Primærhelsetjenestemeldingen understrekes det at god sykdomsmestring forutsetter at pasienter og pårørende har tilstrekkelig kunnskap og praktiske ferdigheter til å endre livsstil i tråd med egne mål, vurdere forandringer i sykdomstilstanden og gjennomføre egen behandling. I forlengelsen av dette uttales det blant annet:

"Pasientopplæring kan skje i form av en-til-en konsultasjon eller i grupper av brukere og pårørende med samme diagnose/problem. Etablering av primærhelseteam vil innebære en ny arena der viktig opplæringsbehov kan ivaretas på en bedre måte enn det som er tilfelle i dag. Både individuell opplæring og gruppetilbud kan ytes av sykepleier eller annet helsepersonell i et slikt team, eller det kan skje hos fastlegen, hos fysioterapeuten, i frisklivssentraler eller i et kommunalt lærings- og mestringssenter.

Brukere besitter viktig erfaringskompetanse. Kommuner bør legge til rette for at denne kompetansen benyttes i kommunens opplæringstilbud ved å etablere samarbeid med brukerorganisasjoner om likemannsarbeid. Likemannsarbeid har en verdi i seg selv, samtidig som det hever både kvaliteten og kapasiteten i opplæringstilbudet.

Pasient- og pårørendeopplæring bør inngå i et helhetlig forløp for brukere, pasienter og deres pårørende, på tvers av nivåene i helse- og omsorgstjenesten.

Departementet foreslår derfor å tydeliggjøre kommunens plikt til å sørge for nødvendig opplæring av pasienter, brukere og pårørende ved å endre lovens formålsbestemmelse.

Departementet foreslår etter dette at loven § 1-1 nr. 5 skal lyde:

"sikre samhandling og at tjenestetilbudet blir tilgjengelig for pasient og bruker, sikre nødvendig opplæring av pasient, bruker og pårørende, samt sikre at tilbudet er tilpasset den enkeltes behov"

Tydeliggjøring av helse- og omsorgstjenestens ansvar for å forebygge, avdekke og avverge vold og seksuelle overgrep

Vold i nære relasjoner og seksuelle overgrep rammer en betydelig del av befolkningen i Norge. Arbeidet mot vold i nære relasjoner og seksuelle overgrep er høyt prioritert av Regjeringen. Det følger av både Primærhelsetjenestemeldingen og Tiltaksplanen mot vold og seksuelle overgrep (2014–2017) - En god barndom varer livet ut, at departementet vil vurdere

om helselovgivningen bør tydeliggjøre helse- og omsorgstjenestens ansvar på systemnivå for å bidra til å forebygge, avdekke og avverge vold og seksuelle overgrep.

Vold og seksuelle overgrep påfører betydelig lidelse, og de helsemessige konsekvensene kan være omfattende og potensielt livstruende. Eksposering for vold og overgrep øker risikoen for posttraumatisk stressforstyrrelse, depresjon, rusproblemer, personlighetsforstyrrelser, andre psykiske og somatiske helseproblemer og sosiale problemer. Å bli utsatt for vold i oppveksten fører dessuten til økt risiko for å bli utsatt for vold senere i livet. Forskning viser at for barn kan det å være vitne til vold være like skadelig som å være direkte utsatt.

I tillegg til de store konsekvensene for den enkelte, har vold også store samfunnsøkonomiske kostnader i form av økte behov for hjelpetiltak i skolen, psykisk og fysisk helsehjelp, barneverntiltak, samt hjelp fra krisesentertilbud, sosialhjelp og økte behov for politiressurser. Departementet foreslår i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. ny § 3-3a Som skal lyde:

§ 3-3 a Kommunens ansvar for å forebygge, avdekke og avverge vold og seksuelle overgrep
Kommunen skal ha særlig oppmerksomhet rettet mot at pasienter og brukere kan være utsatt for, eller kan stå i fare for å bli utsatt for, vold eller seksuelle overgrep.

Kommunen skal legge til rette for at helse- og omsorgstjenesten blir i stand til å forebygge, avdekke og avverge vold og seksuelle overgrep.

Vurdering:

Sandnes kommune deler departementet sine vurderinger og forslag til tiltak som fremmes i høringens kapittel 3 med unntak av å lovfeste tannlege og tannpleier i helse og omsorgstjenesteloven.

Kapittel 4 – oppsummering av høringsnotatet

Etablering av forsøksordning hvor større kommuner kan få ansvar for å drifte distriktpsykiatriske sentre (DPS)

Bakgrunn

"En omfattende omstilling av psykisk helsevern ble iverksatt gjennom Opptappingsplanen for psykisk helse (1998 – 2008). Hovedelementer i planen var DPS-utbyggingen og generell omlegging fra døgn- og institusjonsbehandling til større innslag av polikliniske og ambulante tjenester, under målet om å nå flere med et bedre tilbud tilpasset brukernes individuelle behov. Ved opptappingsplanens slutt ble det behandlet over dobbelt så mange personer med psykiske lidelser som i 1998. Nasjonal statistikk viser at behandlingsaktiviteten har fortsatt å øke i årene etter dette. Omstillingen med overføring av oppgaver og ressurser fra sykehusene til DPS er ikke slutført, og det er nødvendig å fortsette oppgave- og ressursoverføring fra sykehus til DPS med økt vekt på poliklinikk, ambulante tjenester, lettere tilgjengelighet og tettere samarbeid med kommunene.

Ekspertutvalget for kommunereformen skriver i sin sluttrapport at det både er fordeler og ulemper ved å overføre ansvar og oppgaver innenfor det psykiske helsevernet til kommunene. Utvalget peker på at kommunen og spesialisthelsetjenesten yter samtidige tjenester til mennesker med sammensatte lidelser, og mener ut fra dette at det kan være store fordeler med å overføre ansvaret for psykiske helsetjenester til kommunene. Utvalget mener derfor det bør utredes og prøves ut en modell der kommunene overtar ressurser og finansieringsansvar for hele det psykiske helsevernet, og der de spesialiserte tjenestene fortsatt tilbys av de regionale helseforetakene.

Formål

Departementet foreslår å opprette en forsøksordning med overføring av driftsansvar for DPS til kommuner som har tilstrekkelig kapasitet og kompetanse. Formålet med forsøksordningen

vil være å undersøke om et kommunalt ansvar for tjenesten kan bidra til et bedre og mer helhetlig tilbud til brukerne. DPS er, og vil i forsøket fortsatt være, en spesialisthelsetjeneste. Det kommunale driftsansvaret skal utøves etter avtale med RHF, som fortsatt vil inneha det lovbestemte sørge-for-ansvaret. Avtalene forutsetter kommunal myndighet til å organisere de samlede spesialisthelsetjenestene i DPS og de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Forsøksordningen skal videreføre gjeldende pasient- og brukerrettigheter. Helsedirektoratet gis i oppdrag å utforme et rammeverk for avtalene i samarbeid med KS og de regionale helseforetakene. Forsøksordningen skal evalueres."

Forsøksordningen etableres med hjemmel i forsøksloven

Som det fremgår skal det regionale helseforetaket beholde sørge for-ansvaret i forsøket, mens kommunen skal ha et "driftsansvar". Forsøket med DPS innebærer slik sett at ansvaret for et tjenestetilbud som i dag ligger i en sektor skal deles mellom to sektorer, slik at den ene har det overordnede ansvaret for tjenesten og den andre har ansvaret for driften

Departementet tar sikte på at rammeverket skal være på plass slik at samarbeidet mellom kommunene og RHF kan starte våren 2017

I tråd med ovenstående redegjørelse, herunder redegjørelse for forsøkslovens regulering, vil kommuner og regionale helseforetak som ønsker å delta i forsøksordningen, måtte starte forhandlinger om inngåelse av kontrakt som skal regulere den konkrete gjennomføringen av forsøket mellom partene, herunder regulering av ansvarsforhold og oppgaveomfang.

Formålet med forsøksordningen er å innhente erfaringer med at noen større kommuner med tilstrekkelig kapasitet og kompetanse får et mer samlet driftsansvar for å yte tjenester til mennesker med psykiske lidelser og rusavhengighet, med sikte på mer koordinerte tjenester, bedre samhandling og mer effektiv ressursutnyttelse. DPS er en spesialisthelsetjeneste. Det lovbestemte sørge for-ansvaret skal forbli hos RHF i denne prøveordningen.

Formålet med forsøksordningen er videre å skaffe kunnskap om hensiktsmessig oppgavefordeling mellom forvaltnings- og tjenestenivåene. Erfaring fra forsøket skal slik sett gi kunnskap som kan bidra til å utvikle funksjonelle og effektive organisasjons- og driftsformer i den offentlige forvaltning.

Med driftsansvar menes ansvar for budsjett og økonomisk resultat, kvalitet, pasientsikkerhet, arbeidsgiveransvar (med mindre dette ligger hos privat tjenesteyter), ansvar for å forvalte og prioritere samlede ressurser, koordinering i forhold til andre tjenester og for at virksomheten drives i henhold til avtaler med RHF, gjeldende lov- og regelverk (psykisk helsevernloven, pasientrettighetsloven, helsepersonelloven med mer.), samt tilrettelegging for drift i henhold til nasjonale faglige retningslinjer og veiledere. Ordningen skal baseres på avtale mellom kommune og RHF, som sikrer at DPS kan fortsette å tilby og utvikle spesialiserte tjenester og som samtidig gir kommunene råderett over ressursene i DPS med frihet til nå organisere tilbudet i sammenheng med kommunale tjenester innenfor de begrensninger som lovverk og avtale setter. RHF beholder ansvaret for sykehusavdelingene, og tett faglig samarbeid mellom sykehus og kommunalt drevet DPS vil være en forutsetning.

Prinsipper for å beregne overføring av ressurser

Departementet vurderer at grunnlaget for overføringen av økonomiske rammer skal være det regionale helseforetakets kostnader for drift av det aktuelle DPS. Målepunktet bør være siste kjente regnskapsår korrigert for generell vekst, herunder kompensasjon for lønns- og prisvekst. Kommunen som drifter DPS bør bære de fulle kostnader ved å drive DPS.

Det bør kunne avtales, direkte mellom ansvarlig kommune og det regionale helseforetaket, mulige tilleggsmidler ved eventuelt nye tjenestetilbud eller forutsetninger om andre vesentlige endringer i tjenestetilbudet ved DPS-er. Avtalen mellom ansvarlig kommune og det regionale helseforetaket må også sikre at det regionale helseforetak kan oppfylle sitt lovbestemte sørge-for-ansvar, samtidig som kommunens frihet til å organisere tjenestene ivaretas.

Departementet ber høringsinstansene vurdere 3 modeller for overføringen av personell.

1. Helsepersonell er ansatt i helseforetaket med instruks om å følge kommunens instruks.
2. Helsepersonellet leies ut til kommunen.
3. Helsepersonellets arbeidsforhold overføres fra helseforetaket til kommunen som ved en virksomhetsoverdragelse i forsøksperioden.

Vurdering:

Sandnes kommune støtter departementet sine vurderinger og mener at forsøk med kommunale DPS kan videreutvikle sammenhengende, sømløse tjenester mellom kommune og spesialisthelsetjenesten. Dette vil især gjelde mennesker med alvorlige psykiske lidelser som noen ganger er kombinert med omfattende rusmisbruk. Også for pasienter med lettere lidelser er det viktig å få til bedre sømløshet mellom akutt ambulante team (som alle DPS er pålagt å ha), fastlegene, legevakten og de kommunale tjenestene. Mange har allerede omfattende tjenester fra begge tjenestenivå, og vi mener at utprøving av nye måter å organisere tjenestene på uavhengig av tjenestenivå vil være et viktig bidrag til å yte gode og sammenhengende tjenester til disse personene. Sandnes kommune forutsetter at statlig finansiert følgeforskning utføres.

Sandnes kommune mener det vil ta noe tid å få til gode og endrete pasientforløp og vil anbefale at prøveperioden settes til 6 år noe som vi forstår er mulig etter forsøksloven. Vi anbefaler videre at det blir en virksomhetsoverdragelse hvor kommunen i forsøksperioden har fullt og helt personalansvar.

Vi erfarer at det er ulik kvalitet og kompetanse og tjenestetilbud ved ulike DPS i landet. Vi mener det er viktig at det settes en nasjonal standard for DPS tjenestetilbud, kompetanse og økonomi som kan være førende for lokale forhandlinger mellom helseforetak og kommune lokalt. Under slike forutsetninger vil det være mer likeverd mellom forhandlingspartene om hvilke grunnlag som må være med i økonomiske avtaler.

Det er også viktig at det i avtalene mellom RHF og kommune tas høyde for befolkningsvekst, endring av oppgaver – især ved etablering nye sørge-for-ansvar for RHF som en kommune skal drifte i forsøksperioden. Finansieringsmodellen må ta høyde for en eventuell endring i finansieringsordningen for poliklinisk behandling. Likeledes et eventuelt driftsansvar for DPS-er som ikke har utbygget sine tjenester i tråd med statlige føringer.

For å sikre at det er et likeverdig samarbeid mellom kommune og helseforetak mener Sandnes kommune at RHF-ens sørge-for-ansvar og kommunens driftsansvar og samarbeidet dem imellom bør forskriftsfestes og ikke avtales. Slik forskriften fremstår beskriver den mer kommunen som et utførerorgan/iverksettingsorgan for staten og helseforetakene, og ikke med den myndighet og kompetanse (eierfunksjonen) som kommunene er ment å ha, og som antas nødvendig for at prøvedriften skal gi et godt erfaringsmateriale for hvordan kommunen kan drifte DPS-ene. Dersom det blir strid mellom kontrakt og forskrift, eller det blir uklart underveis om hvilken kompetanse kommunene har kontra foretakene, vil forskriften slå igjennom.

Dette vil på en bedre måte angi hvilke oppgaver kommunen skal tillegges. Det er derfor viktig at forskriften også mer positivt angir kommunens kompetanse og oppgave ved prøvedriften.

Gitt de rette nasjonale betingelser vil Sandnes vurdere å søke om å få overført «eget» DPS til kommunal drift. Sandnes DPS yter tjenester kun mot Sandnes kommune sine innbyggere slik at mulighetene til å skreddersy løsninger i samhandling med helseforetak er optimale.

Overføring av ansvaret for tannhelsetjenester fra fylkeskommunen til kommunen

Spørsmålet om fremtidig forvaltningsnivå for tannhelsetjenester ble vurdert i St.meld. nr. 12 (2006-2007) *Regionale fortrinn – regional framtid*, hvor det ble foreslått å overføre dagens fylkeskommunale oppgaver til de nye folkevalgte regionene, med mulig unntak av tannhelsetjenesten, som skulle drøftes i sin helhet i den kommende stortingsmeldingen om tannhelsetjenester. Flertallet i kommunal- og forvaltningskomiteen på Stortinget sa seg enig i dette, jf. Innst. S. nr. 166 (2006-2007), og uttalte i den forbindelse:

"Komiteens flertall, ... er enig i at det tas stilling til framtidig organisering av tannhelsetjenesten ved Stortingets behandling av den varslede stortingsmeldingen. På grunnlag av at tannhelsetjenesten i dag ligger under fylkeskommunene som dagens regionale nivå, legger flertallet til grunn at det må sterke grunner til dersom tannhelsetjenesten skal gis en annen plassering."

I St.meld. nr. 35 (2006-2007) *Tilgjengelighet, kompetanse og sosial utjevning. Framtidas tannhelsetjenester* ble det foreslått å videreføre og styrke tannhelsetjenesten som en regional tannhelsetjeneste. Vurderingen i stortingsmeldingen var at det ikke forelå noen sterke grunner for å gi tannhelsetjenesten en annen forvaltningsmessig forankring. Stortinget hadde ingen merknader til dette.

Overføring av den offentlige tannhelsetjenesten til kommunene

I Oppgavemeldingen foreslås det blant annet å overføre det offentlige ansvar for tannhelsetjenester fra fylkeskommunen til kommunen. Helse- og omsorgsdepartementets vurdering gjengis her i sin helhet:

"Etter departementets vurdering vil det være fordeler ved å overføre det fylkeskommunale ansvaret for tannhelsetjenesten til større og mer robuste kommuner. Tannhelsetjenesten har grenseflater mot kommunale tjenestoområder, og det vil kunne gi god effekt å organisere og integrere allmenntannhelsetjenester med det kommunale helsefremmende og forebyggende arbeid og med helse- og omsorgstjenesten i kommunen. Organisatorisk og faglig integrering av allmenntannhelsetjenester med øvrige kommunale helse- og omsorgstjenester vil gi bedre muligheter til å ivareta det samlede tjenestebehov, spesielt overfor dem med særskilte og store hjelpebehov. Et eksempel er personer med rett til individuell plan.

En overføring av den fylkeskommunale tannhelsetjenesten til større kommuner vil innebære at kommunene overtar driften av de offentlige tannklinikene som fylkeskommunene har etablert. Det vil være opp til den enkelte kommune å avgjøre i hvilken grad den vil opprettholde eller endre klinikkstrukturen som skal gjelde for egen kommune. En ansvarsoverføring vil kunne medføre smådriftsulempers dersom det er kommuner som også etter endringer i kommunestrukturen står uten tannklinikk i egen kommune, og må bygge opp nye tilbud. Et alternativ for disse kommunene kan være å samarbeide med andre kommuner om tilgjengelighet og tjenestetilbud, eller eventuelt å kjøpe tjenester fra private tjenesteutøvere. Dette vil også kunne gjelde tannlegevakt, tannhelsetilbud til personer med særskilte behov, opplæring og lignende. Større kommuner vil etter departementets vurdering kunne organisere tannhelsetjenestene på en god og kostnadseffektiv måte.

Ved en overføring av allmenntannhelsetjenestene til kommunene, er det etter departementets vurdering mest hensiktsmessig at også ansvaret for spesialisttannhelsetjenester overføres.

Dette omfatter spesialisttannhelsetjenester for grupper med rettigheter og øvrig ansvar for spesialisttjenester etter tannhelsetjenesteloven. Hovedbegrunnelsen for dette er at tannlegespesialistene i hovedsak samarbeider med allmenntannlegene. Etter en samlet vurdering foreslår departementet at allmenntannhelsetjenesten, spesialisttannhelsetjenesten og fylkeskommunenes ansvar etter tannhelsetjenesteloven overføres til større og mer robuste kommuner. Det skal utredes nærmere hvordan og når implementeringen skal skje."

Gjennom behandlingen av Kommunereformen – nye oppgaver til større kommuner (Meld. St. 14 (2014-2015), jf. Innst. 333 S (2014-2015) den 9. juni 2015, sluttet et flertall på Stortinget seg blant annet til forslaget om å overføre ansvaret for tannhelsetjenester til større og mer robuste kommuner.

Departementet viser til at det er en sentral forutsetning i Oppgavemeldingen at det fremover blir færre, men større kommuner som vil være i stand til å utføre nye oppgaver, blant annet på tannhelsefeltet. Utfordringen er å ivareta dette ansvaret i en situasjon med potensielt fortsatt mange små kommuner uten egen tannklinikk og ingen eller få private ytere av tannhelsetjenester. Utfordringen er også hvordan små kommuner skal oppfylle sitt ansvar for at odontologiske spesialisttjenester er tilgjengelige for alle som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen. Departementet legger til grunn at interkommunalt samarbeid kan være en av flere løsninger på disse utfordringene.

Vurdering:

Sandnes kommune mener at tannhelsetjenesten – både allmenntannhelsetjenesten og spesialisttannhelsetjenesten bør videreføres på et overordnet regionalt nivå. For å sikre at innbyggerne får et godt faglig tilbud og likeverdig tilbud i hele landet bør tannhelsetjenesten ha et regionalt nivå som sikrer at innbyggertallet i regionen har en størrelse på dagens fylkesnivå. Sandnes kommune vil ikke anbefale at tannhelsetjenesten overføres til kommunene.

Kapittel 6 Tydeliggjøring av spesialisthelsetjenestens plikt til å oppnevne kontaktleger

I Prop. 125 L (2014-2015) ble det foreslått endringer i spesialisthelsetjenesteloven og pasient- og brukerrettighetsloven om kontaktleger i spesialisthelsetjenesten. Lovforslagene ble vedtatt i Stortinget 1. desember 2015 og sanksjonert 11. desember 2015, jf. endringslov 11. desember 2015 nr. 97.

Endringen i spesialisthelsetjenesteloven innebærer at helseforetaket er pålagt plikt til å oppnevne kontaktleger for pasienter som har alvorlig sykdom, skade eller lidelse, og som har behov for behandling eller oppfølging av spesialisthelsetjenesten av en viss varighet, jf. ny § 2-5 c. Endringen i pasient- og brukerrettighetsloven innebærer at den samme gruppen pasienter har rett til å få oppnevnt kontaktleger i spesialisthelsetjenesten, jf. ny § 2-5 a. Vilklårene for plikt til å oppnevne kontaktleger er de samme som vilklårene for rett til å få oppnevnt kontaktleger. Endringene i disse to lovene har ennå ikke trådt i kraft.

Under behandlingen av lovforslagene i Stortinget ble det fattet et anmodningsvedtak, der Stortinget ba regjeringen sørge for at rett til å få oppnevnt kontaktleger må gjelde uavhengig av hvor pasienten blir behandlet, jf. Innst. 49 L (2015-2016). Med bakgrunn i dette anmodningsvedtaket blir det i dette høringsnotatet foreslått en endring i spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 a, slik at det blir tydelig at både offentlige og private helseinstitusjoner som omfattes av spesialisthelsetjenesteloven, skal ha plikt. Under henvisning til ovenstående foreslår departementet å endre spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 c første ledd første punktum slik at denne gis følgende ordlyd (endringer i kursiv):

Helseinstitusjon som omfattes av denne loven, skal oppnevne kontaktleger for pasienter som har alvorlig sykdom, skade eller lidelse, og som har behov for behandling eller oppfølging av spesialisthelsetjenesten av en viss varighet.

Vurdering: Sandnes kommune støtter departementet sine vurderinger og forslag til tiltak.

Kapittel 7 Tydeliggjøring av kommunens plikt til psykososial beredskap og oppfølging

Bakgrunn

En ulykke, krise eller katastrofe kan ramme uten forvarsel hvor som helst i landet. Terrorfaren i Norge har økt, og naturkatastrofer er hyppigere. Det er derfor viktig med god og forutsigbar psykososial beredskap og oppfølging i landets kommuner. Psykososial beredskap og oppfølging særpreges av at personell fra en rekke tjenestesteder skal kunne rykke raskt ut, med ujevne mellomrom, på kort varsel til uavklarte hendelser av svært ulik art og størrelse. Forutsigbarhet i organisering, øvelser, bemanning og økonomiske rammer er viktige faktorer for tjenester som skal håndtere akutte situasjoner.

Kommunens ansvar for psykososial beredskap og oppfølging følger både av helse- og omsorgstjenesteloven, lov 24. juni 2011 om folkehelsearbeid (folkehelseloven) og lov 23. juni 2000 nr. 56 om helsemessig og sosial beredskap (helseberedskapsloven). Det vises også til lov 25. juni 2010 nr. 45 om kommunal beredskapsplikt, sivile beskyttelsestiltak og Sivilforsvaret (sivilbeskyttelsesloven). Lovene supplerer og utfyller hverandre, og må sees i sammenheng.

Kommunen skal etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 første ledd sørge for at personer som oppholder seg i kommunen tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. Det presiseres i § 3-1 andre ledd at kommunens ansvar omfatter alle pasient- og brukergrupper, herunder personer med somatisk eller psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblem, sosiale problemer eller nedsatt funksjonsevne.

Kommunene har med dette et særskilt ansvar for å yte døgntkontinuerlig hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner. Tjenestene skal som nevnt omfatte alle pasient- og brukergrupper og må også sees i sammenheng med kommunenes plikt til å sørge for øyeblikkelig hjelp etter § 3-5.

Det fremgår videre av § 3-2 første ledd nr. 5 at kommunen skal sørge for sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering. Kommunale habiliterings- og rehabiliteringstjenester skal ikke bare være av medisinsk art, men også dekke sosiale og psykososiale behov.

Oppsummert har kommunen etter gjeldende rett ansvar for å sørge for nødvendig og forsvarlig psykososial beredskap og oppfølging i en akutt situasjon/beredskapssituasjon og i en oppfølgingsfase etterpå.

Etter departementets vurdering er det viktig at kommunens ansvar for psykososial beredskap og oppfølging fremgår tydeligere av loven enn i dag. En tydeliggjøring av lovkravet vil etter departementets vurdering bidra til at disse tjenestene planlegges og ytes innenfor en mer forutsigbar og forpliktende ramme enn i dag. En forsvarlig beredskap og oppfølging er spesielt viktig med tanke på det endrede tidsbildet, økte trusler mot samfunnssikkerhet og krisesituasjoner forårsaket av klimaendringer. Det er viktig at alle kommuner forstår ansvaret og at ansvaret prioriteres. Departementet foreslår derfor å endre helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 3 slik at ansvar for psykososial beredskap og oppfølging tydeliggjøres i form av ny bokstav d).

Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 3 gis en tilføyelse i form av en ny bokstav d).

"Hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner, herunder:

a) legevakt,

b) heldøgns medisinsk *akuttberedskap*,

- c) medisinsk nødmeldetjeneste og
d) psykososial beredskap og oppfølging"

Forutsatt at Stortinget slutter seg til slik lovendring, tas det sikte på at lovendringen skal settes i kraft fra 1. januar 2018.

Vurdering: Sandnes kommune støtter departementet sine vurderinger og forslag til tiltak.

Forslag til vedtak:

Utvalg for helse og sosialtjenester slutter seg til ovenstående saksfremlegg.

Rådmannen i Sandnes, dokumentdato

Elin Selvikvåg
kommunaldirektør

Hans Petter Torvik
Kommuneoverlege

Vedlegg:

Dokumentet er ikke signert da Sandnes kommune benytter elektronisk godkjenning.