

Høring – Oppfølging av forslag i Primærhelsetjenestemeldingen og Oppgavemeldingen mv.

Arkivsak-dok. 16/09333-1
Saksbehandler Kari Strand

Saksgang	Møtedato	Saksnr
Arbeidsutvalget for Fellesnemnda til Nord og Sør-Trøndelag fylkeeting	13.09.2016	

Prosjektleders innstilling til vedtak:

1. Forslaget om å lovfeste krav om at kommunen må ha knyttet til seg lege, sykepleier, fysioterapeut, helsesøster og jordmor, støttes.
2. Forslaget om å lovfeste krav kommunen må ha psykolog, ergoterapeut og tannlege (forutsatt at kommunene får ansvar for tannhelsetjenesten) knyttet til seg, støttes. Fellesnemndas AU bemerker at kommunens plikt til å løse bestemte oppgaver på faglig forsvarlig vis binder kommunen til å bruke kvalifisert personell, selv om ikke alle aktuelle profesjoner er nevnt i loven.
3. Forslaget om lovfesting av den kommunale helse- og omsorgstjenestens veiledningsplikt overfor spesialisthelsetjenesten, støttes.
4. Forslaget om å tydeliggjøre ansvaret for pasient-, bruker- og pårørendeopplæring i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, støttes, men det må følges opp med økonomiske virkemidler.
5. Forslaget om å tydeliggjøre helse- og omsorgstjenestens ansvar for å forebygge, avdekke og avverge vold og seksuelle overgrep, men dette må følges opp med økede ressurser.
6. Forslaget om etablering av en forsøksordning hvor kommuner kan få ansvar for å drifte distriktpsykiatriske sentre (DPS), støttes. Fellesnemndas AU har følgende merknader:
 - Kommunene bør utnevne medlemmer til et eventuelt styre for det kommunale DPS
 - Helseforetaket bør dekke utgifter til større vedlikeholdsarbeider og eventuelle påbygginger
8. Forslaget om å tydeliggjøre spesialisthelsetjenestens plikt til å oppnevne kontaktleger, støttes.
9. Forslaget om å tydeliggjøre plikt til psykososial beredskap og oppfølging, støttes. Den må følges opp av tilsynsmyndighetene samt med både regulerende og stimulerende økonomiske virkemidler.

Vedlegg:

Høringsbrev og høringsnotat

GJELDENDE FORUTSETNINGER:

Helse- og omsorgsdepartementet har sendt på høring et notat med forslag til lovendringer i forbindelse med oppfølging av forslag i Primærhelsetjenestemeldingen og Oppgavemeldingen.

Høringsfrist er 1.10.2016.

Det fremmes to saker til fellesnemndas arbeidsutvalg om forslagene i dette høringsnotatet.

Det legges fram en egen sak om overføring av ansvaret for tannhelsetjenesten til kommunene.

Denne saken omhandler forslag i det samme notatet som gjelder lovendringer av betydning for andre deler av helsetjenesten.

BAKGRUNN:

Stortinget har vedtatt at det skal etableres en forsøksordning hvor kommuner kan få ansvar for å drifte distriktpsikiatriske sentre (DPS). Dette skjedde ved Stortingets behandling av Oppgavemeldingen i juni 2015.

Ved behandling av Primærhelsetjenestemeldingen i november 2015 sluttet Stortinget seg til regjeringens forslag, som omfattet bl.a. lovfesting av kompetansekrav.

Høringsnotatet inneholder også forslag som ikke er omtalt i stortingsmeldinger.

FAKTISKE OPPLYSNINGER:**Sammendrag**

Høringsnotatet inneholder forslag om lovendringer på 9 nærmere angitte områder, se side 2 i vedlagte høringsbrev. Det gjennomgående tema er en økning eller en klargjøring av kommunenes ansvar. En av forandringene er nokså omfattende. Det er overføring av ansvaret for tannhelsetjenestene fra fylkeskommunene til kommunene. De andre lovforslagene innebærer langt mer begrensede endringer. De fleste forslagene er kun en presisering av gjeldende rett eller av etablert og akseptert praksis.

Omtale av de enkelte forslagene**1. Krav om at kommunen må ha knyttet til seg lege, sykepleier, fysioterapeut, helsesøster og jordmor.**

Helse- og omsorgstjenesteloven er i dag såkalt profesjonsnøytral. Den lister opp en rekke oppgaver kommunen skal ivareta. I prinsippet er det opp til kommunen selv hvordan den innretter seg for å ivareta sitt ansvar. Men loven er slik formet at det er vanskelig å se hvordan kommunen kan unngå å knytte til seg personer med bestemt helsefaglig utdanning, enten ved ansettelse eller avtale. Særlig sterkt er kravet om at de kommunale tjenester skal være faglig forsvarlige. Hvordan en kommune for eksempel skal levere faglig forsvarlige legetjenester uten å bruke leger, har ingen forsøkt seg på å forklare. Departementet foreslår derfor å endre loven slik at kommunen får plikt til å knytte til seg lege, sykepleier, fysioterapeut, helsesøster og jordmor. Siden loven i realiteten bestemmer dette i dag, er forslaget kun en

tydeliggjøring av dagens praksis uten vesentlige administrative eller økonomiske følger.

Vurdering: Lovendringen støttes.

2. Krav om at kommunen må ha psykolog, ergoterapeut og tannlege knyttet til seg.

Det er mange flere profesjoner innen helse- og omsorgstjenesten enn de fem som er nevnt foran. Det er også slik at kommunen har ansvar for å sørge for sine innbyggers helse og velferd etter andre lover, for eksempel lov om sosiale tjenester og lov om barnevern-tjenester. Hvorfor skal ikke andre profesjoner enn de nevnte fem lovfestes?

Til det er det først og fremst å si at Helsedepartementet i høringsnotatet begrenser seg til helse- og omsorgstjenesteloven. Men innenfor denne loven har departementet vurdert at det er en kjernekompetanse som er så viktig å besitte at profesjonene må nevnes særskilt i loven. Kjernekompetansen består etter departementets oppfatning i tillegg til de fem nevnte profesjoner også av psykolog, ergoterapeut og tannlege, den siste dersom Stortinget vedtar at ansvaret for tannhelsetjenesten skal overføres fra fylkeskommunene til kommunene.

En slik avgrensning reiser straks spørsmål om hvilken stilling unevnte profesjoner kommer i. Hva med for eksempel vernepleier, sosionom, psykiatrisk sykepleier, kreftsykepleier, helsefagarbeider, aktivitør, tannpleier eller logoped? Når disse profesjonene ikke er nevnt i loven, står kommunen da fritt til å bruke hvem som helst til å løse de oppgavene personer med slik fagutdanning har kvalifisert seg for?

Departementet understreker at slik er det ikke. Hovedideen i helse- og omsorgstjenesteloven er at kommunen er forpliktet til å løse bestemte oppgaver, videre at disse oppgavene skal løses på faglig forsvarlig vis. Dette binder kommunen til å bruke kvalifisert personell.

Selv om dette i og for seg er formelt riktig, så viser erfaring at kommuner har lett for å nedprioritere oppgaver eller virksomhet på helse- og sosialsektoren der loven kan gi åpning for det. Det er dessverre altfor vanlig å kutte i aktivitørtjenester og logopedtjenester når kommunebudsjettet skal salderes. Men det er heller ingen løsning å tilplikte kommunen å knytte til seg alle aktuelle helseprofesjoner gjennom helse- omsorgstjenesteloven. Antagelig må en løpende vurdere hvilke profesjoner eller virksomhetsområder som trenger å løftes fram, enten gjennom økonomisk stimulering eller lovendringer. Det er da også dette standpunktet departementet ser ut til å ta.

Vurdering: Lovendringen støttes med de merknader som er gitt ovenfor.

3. Lovfesting av den kommunale helse- og omsorgstjenestens veiledningsplikt overfor spesialisthelsetjenesten.

Spesialisthelsetjenesten har i dag en lovfestet plikt til å veilede kommunehelsetjenesten. Det foreslås at kommunehelsetjenesten og private som yter helsetjenester som faller inn under helse- omsorgstjenesteloven får den samme veiledningsplikt overfor spesialisthelsetjenesten.

Lovens informasjonsplikt gjelder slik veiledning som er nødvendig for at den andre tjenesten skal kunne løse de oppgaver som den er pålagt i lov og forskrift.

Umiddelbart virker dette både naturlig og selvfølgelig. Går en nærmere inn i temaet, kan en imidlertid støte på vanskelige avveininger. Ett eksempel er forholdet mellom

informasjonsplikt og taushetsplikt, et annet er hvordan kommunen med sine mange oppgaver skal sikre seg at all relevant informasjon om en pasient blir gitt videre til spesialisthelsetjenesten, og i tide.

Departementet har ikke ønsket å gå inn i slike avveininger. Departementet påpeker at en betydelig gjensidig veiledning mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten er etablert praksis, og at «forslaget om lovfestingen vil derfor langt på vei kunne sies å være lovfesting av gjeldende praksis.» Lovforslaget vil derfor heller ikke ha merkbare økonomiske konsekvenser.

Den nye lovteksten er inntatt i paragraf 5-11 i Helse- og omsorgstjenesteloven og fastslår at plikten gjelder «*Helsepersonell som yter tjenester omfattet av loven her (...)*». Det vil si at lovendringen gjelder både for kommunens helsepersonell og for helsepersonell i privat virksomhet som faller inn under helse- omsorgstjenesteloven. Dette er en viktig presisering.

Vurdering: Lovendringen støttes.

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

En grunntanke i moderne omsorg er å sette pasienter i stand til selv å mestre sin sykdom. Det gjelder for mennesker som er kronisk syke, men det gjelder også som et virkemiddel på vegen mot full helbredelse og som et viktig ledd i å forebygge tilbakefall. «Mestringsevne» var det begrep Peter F. Hjort sammenfattet denne tenkningen i.

Primærhelsetjenestemeldingen framholder utvikling av pasienters mestringsevne som vesentlig i framtidige helse- og omsorgstjenester. Mestringsevne kommer ikke av seg selv, og forutsetter at helsetjenesten lærer opp pasienter og pårørende. Departementet foreslår derfor at helse- og omsorgstjenesteloven endres ved at passusen «*sikre nødvendig opplæring av pasient, bruker og pårørende*» tas inn i formålsparagrafen (paragraf 1-1). Denne endring støttes.

Departementet framholder at lovendringen i all hovedsak er en tydeliggjøring av allerede gjeldende rett, og belegger dette med en rekke henvisninger. Dette er overbevisende juridisk teori. Men at lovendringen dermed ikke innebærer vesentlige administrative eller økonomiske konsekvenser for kommunens helse- og omsorgstjeneste, er en noe optimistisk slutning fra departementets side.

Opplæring av pasienter, brukere og pårørende har ikke på langt nær den plass det bør ha i dagens kommunale tjenester. Ansvaret har til dels vært utydelig formulert i loven. Dette har ført til at kommuner har nedprioritert opplæring eller argumentert for at de egentlig ikke har noe ansvar. Skal opplæringen få den plass den bør ha, må det settes inn langt mer penger og personell enn i dag. Noen midler kan alltid flyttes fra andre poster på det kommunale budsjett. Men det som vil virke mest effektivt, her som så ofte ellers, er statlige stimuleringsmidler.

Vurdering: Lovendringen støttes, men den må følges opp med økonomiske virkemidler.

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

Det foreslås inntatt likelydende bestemmelser i lovverket om at henholdsvis kommunene, de regionale helseforetakene og tannhelsetjenesten

- Skal ha særlig oppmerksomhet rettet mot at pasienter og brukere kan være utsatt for, eller stå i fare for å bli utsatt for vold eller seksuelle overgrep
- Skal legge til rette for at helse- og omsorgstjenesten blir i stand til å forebygge, avdekke og avverge vold eller seksuelle overgrep

Departementet redegjør for at dette er en presisering av gjeldende rett, men at hensikten med lovendringen er å få øket offentlig inngripen på områder hvor man tror det er mye skjult lovovertrødelse. Derfor er det selvmotsigende når departementet oppsummerer med at lovendringene antas ikke å ha økonomiske og administrative konsekvenser. Flere bekymringsmeldinger og mer inngripen betyr øket aktivitet. I tillegg er enkeltsaker på de aktuelle områder erfaringsmessig ressurskrevende, så det er liten grunn til å tro at meraktiviteten kan dekkes bare ved lokale omprioriteringer. Det er uunngåelig at de offentlige utgifter vokser dersom vold og seksuelle overgrep skal bekjempes mer aktivt.

Vurdering: Lovendringen støttes, men den må følges opp med økede ressurser.

6. Etablering av en forsøksordning hvor kommuner kan få ansvar for å drive distriktpspsykiatriske sentre (DPS).

Ansvar for å etablere og drive distriktpspsykiatriske sentre (DPS) ligger hos de regionale helseforetakene. Departementet redegjør for en forsøksordning hvor kommunene kan stå for den praktiske driften av DPS og har i vedleggene til høringsnotatet inntatt maler for de avtaler som da skal inngås mellom helseforetak og kommuner.

Så ubrutt mark er en slik forsøksordning ikke. Under sykehusloven av 1969 kunne tilsvarende avtaler inngås om både sykehjem og HVPU-institusjoner. Avtalepartene var på den ene siden fylkeskommunen, som hadde det lovmessige sørge-for-ansvaret, og på den andre siden kommuner eller private organisasjoner.

I høringsnotatet gjennomgår departementet de spesielle forhold som dagens lovverk medfører for kommunal drift av DPS. Videre drøfter departementet de praktiske og administrative forhold, og trekker gjennomgående de samme Vurderinger som ble trukket for delegert driftsansvar etter sykehusloven av 1969. For eksempel nevnes at lovens sørge-for-ansvar ikke kan avtales overført selv om driftsansvaret for et DPS overføres. Det understrekes at de tjenester som DPS'et leverer skal spesifiseres nøye, at det skal etableres et adekvat system for rapportering og at kommunene skal være ansvarlige for det økonomiske resultat. På bakgrunn av erfaringer med tilsvarende avtaler, støttes disse vurderingene. Det skal føyes til at andre måter å innrette seg på antagelig vil være mislykket.

To momenter som ikke er berørt i høringsnotatet, medtas.

Det første er at dersom det opprettes et styre for det kommunale DPS, så er vår erfaring at den mest hensiktsmessige ordning består i at kommunene oppnevner styremedlemmene. Det regionale helseforetaket skal betinge seg møterett og talerett i styret og rett til å godkjenne styrevedtak.

Det andre er at anleggets vedlikehold erfaringsmessig blir gjenstand for lange og detaljerte diskusjoner. Skal en unngå at anlegget forringes, må helseforetaket påta

seg å dekke både påbygginger og større vedlikeholdsarbeider utenfor de avtalte driftsrammer. Løpende vedlikehold og renhold må være kommunens ansvar innenfor driftsrammen.

Vurdering: Forsøksordningen støttes med de merknader som framgår av ovenstående.

8. Tydeliggjøring av spesialisthelsetjenestens plikt til å oppnevne kontaktlege.

Offentlige sykehus fikk i desember 2015 plikt til å oppnevne kontaktlege for pasienter som har alvorlig sykdom og som har behov for behandling eller oppfølging av en viss varighet fra spesialisthelsetjenesten. Det foreslås nå at også private helseinstitusjoner som driver virksomhet som faller inn under spesialisthelsetjenesteloven, får den samme plikten. Dette er opplagt en forbedring sett fra pasientenes side. Ordningen med kontaktlege er i tillegg antagelig også ressursbesparende.

Vurdering: Lovendringen støttes.

9. Tydeliggjøring av kommunens plikt til psykososial beredskap og oppfølging.

Det foreslås en tilføyelse til helse- og omsorgstjenestelovens paragraf 3-2. Tilføyelsen fastslår at kommunen har ansvar for *psykososial beredskap og oppfølging*. Departementet redegjør for at lovbestemmelsen er en tydeliggjøring av det ansvar kommunen har i dag ifølge andre lover. Rent formelt skal derfor ikke denne lovendringen ha økonomiske eller administrative konsekvenser. Men undersøkelser foretatt av Statens Helsetilsyn etter tragedien 22. juli 2011 har avdekket at den psykososiale beredskap i mange kommuner er langt under hva den burde være. Med en klarere formulert lovbestemmelse ønsker departementet å rette på dette forholdet. Derfor påpekes det at forslaget vil kunne få økonomiske og administrative konsekvenser for noen kommuner. Det er all grunn til å støtte departementet i dette.

Vurdering: Lovendringen støttes. Den må følges opp av tilsynsmyndighetene samt med både regulerende og stimulerende økonomiske virkemidler.

PROSJEKTLEDERS KONKLUSJON:

Vurderingene i saksframlegget støttes.

,

,