



Høringsuttalelse - Høringsnotat om oppfølging av forslag i Primærhelsetjenestemeldingen og Oppgavemeldingen mv.

TROH ESARK-03-201600085-112

Hva saken gjelder:

Som en del av Helse- og omsorgsdepartementets oppfølging av forslag i Primærhelsetjenestemeldingen har departementet sendt på høring forslag om en rekke endringer i helse- og omsorgstjenestelovgivningen. Frist for å avgi høringsuttalelse er 1. oktober 2016.

I tillegg foreslås det enkelte lovendringer som ikke er omtalt i Primærhelsetjenestemeldingen. Flere av forslagene i høringsnotatet har sammenheng med forslag i *Meld. St. 14 (2014-2015) Kommunereformen – nye oppgaver til større kommuner* (Oppgavemeldingen) og gjennomføringen av disse. Noen oppgaver innenfor helse- og omsorgsfeltet som er omtalt i Oppgavemeldingen, konkretiseres i denne høringen, men andre oppgaver vil konkretiseres i andre prosesser.

Høringsnotatet inneholder lovforslag knyttet til følgende oppgaver/tema:

- Krav om at kommunen må ha knyttet til seg lege, sykepleier, fysioterapeut, helsesøster og jordmor. Det tas sikte på at lovendringen skal tre i kraft 1. januar 2018.
- Krav om at kommunen må ha psykolog, ergoterapeut og tannlege knyttet til seg. Disse lovendringene skal etter planen tre i kraft først fra 1. januar 2020.
- Lovfesting av at kommunen skal ha veiledningsplikt overfor spesialisthelsetjenesten på tilsvarende måte som spesialisthelsetjenesten har overfor kommunene.
- Tydeliggjøring av kommunens ansvar for pasient-, bruker- og pårørendeopplæring.
- Tydeliggjøring av helse- og omsorgstjenestens ansvar for å forebygge, avdekke og avverge vold og seksuelle overgrep.
- Etablering av en forsøksordning hvor kommuner kan få ansvar for å drifte distriktpsikiatriske sentre (DPS).
- Lovendringer som er nødvendige for å overføre ansvaret for tannhelsetjenester fra fylkeskommunene til kommunene. Kommunens ansvar foreslås regulert i helse- og omsorgstjenesteloven, mens pasientens rettigheter foreslås regulert i pasient- og brukerrettighetsloven.
- Tydeliggjøring av kontaktlegeordningen for alle helseinstitusjoner som omfattes av spesialisthelsetjenesteloven.
- Tydeliggjøring av kommunens plikter når det gjelder psykososial beredskap og oppfølging.

Byrådets forslag til høringsuttalelse fremkommer på side 3-9 i saksutredningen.

Begrunnelse for fremleggelse for bystyret:

Byrådets fullmakter § 7:

Byrådet selv avgir høringsuttalelser på vegne av Bergen kommune. Høringsuttalelser i prinsipielle saker som samtidig innebærer politiske avveininger, skal avgis av bystyret.

Forretningsutvalget har den 14. juni 2016 fattet følgende vedtak: Komite for helse og sosial innstiller til bystyret som avgir høringsuttalelse til «Høringsnotat - Oppfølging av Primærhelsetjenestemeldingen og Oppgavemeldingen mv.»

Byrådet innstiller til bystyret å fatte følgende vedtak:
Bergen kommune avgir høringsuttalelse i samsvar med saksframlegget.

Dato: 16. august 2016

Dette dokumentet er godkjent elektronisk.

Harald Schjelderup
byrådsleder

Rebekka Ljosland
byråd for helse og omsorg

Vedlegg:

E-Postmelding - Høringsnotat om oppfølging av forslag Primærhelsetjenestemeldingen og Oppgavemeldingen mv.

Høringsbrev - Høringsnotat om oppfølging av forslag i Primærhelsetjenestemeldingen og Oppgavemeldingen mv.

Høringsnotat om oppfølging av forslag Primærhelsetjenestemeldingen og Oppgavemeldingen mv.

Høringsinstanser - Høringsnotat om oppfølging av forslag Primærhelsetjenestemeldingen og Oppgavemeldingen mv.

Saksutredning:

Lovfesting av kompetansekrav i den kommunale helse- og omsorgstjenesten

Helse- og omsorgstjenesteloven er i hovedsak profesjonsnøytral ved at den ikke lister opp spesifikke profesjoner som kommunen må ha knyttet til seg for å yte nødvendige helse- og omsorgstjenester. Loven inneholder imidlertid flere bestemmelser eller forskriftshjemler som forutsetter eller stiller krav om ulike former for kompetanse eller personellgrupper. Det fremgår eksplisitt av lovens krav om fastlegeordning, legevakt og kommunelege at kommunen må sørge for legekompertanse. En rekke av de tjenester som er omtalt i loven, vil imidlertid ikke la seg ivareta dersom kommunene ikke har minst både sykepleier, helsesøster, jordmor og fysioterapeut knyttet til seg. Det foreslås nå eksplisitt å lovfeste lege, sykepleier, fysioterapeut, jordmor og helsesøster som del av den kjernekompetanse enhver kommune må ha knyttet til seg for å kunne yte nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester, og at denne lovendringen settes i kraft fra 1. januar 2018.

Bergen kommune har ingen innvendinger til at denne forpliktelsen, som utvilsomt utledes av plikt til å yte tjenester, gjøres eksplisitt.

Kommunens plikt til å ha psykolog og ergoterapeut kan ikke like selvsagt utledes av helse- og omsorgstjenesteloven, og det er heller ikke alle kommuner som har denne kompetansen. Det foreslås å lovfeste psykolog og ergoterapeut som del av den kjernekompetanse enhver kommune må ha knyttet til seg for å kunne yte nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester fra 1. januar 2020.

Bergen kommune har ingen innvendinger til denne forpliktelsen, det dreier seg om en kompetanse som Bergen kommune allerede har, som ledd i å yte gode helse- og omsorgstjenester.

Det foreslås også å lovfeste tannlege som del av den kjernekompetanse enhver kommune må ha knyttet til seg. Dette forslag har sammenheng med forslaget om å overføre ansvaret for offentlige tannhelsetjenester fra fylkeskommunene til kommunene.

Bergen kommune vil bemerke at dersom ansvaret for offentlige tannhelsetjenester overføres fra fylkeskommunene til kommunene, vil dette nødvendigvis gjøre tannlege til del av den kjernekompetanse enhver kommune må ha knyttet til seg.

Departementet har foretatt en fornyet vurdering av om også andre personellgrupper bør foreslås lovfestet som en del av den minimumskompetanse som det forventes at enhver kommune skal ha knyttet til seg. Departementet har imidlertid kommet til at de på det nåværende tidspunkt ikke ser behov for å lovfeste ytterligere personellgrupper.

Bergen kommune vil bemerke at for å gi et kvalitativt godt tilbud til befolkningen, er det behov for langt flere typer helse- og sosialfaglig personell enn det som foreslås lovfestet. Lovfesting av noen typer personell, men ikke andre, kan som uheldig bivirkning gi et inntrykk av at ikke lovfestet kompetanse er mindre viktig i tjenestene. Det kan gi uheldige signaler til for eksempel helsefagarbeidere/hjelpepleiere/omsorgsarbeidere, helsesekretærer, tannpleiere, vernepleiere, sosionomer og barnevernspedagoger, som også har helt nødvendig kompetanse for å yte befolkningen nødvendige og gode tjenester.

Litt forvirrende er tannpleier tatt inn i forslaget til lovregulering i høringsnotatets punkt 3.2.5, men teksten konkluderer med at tannpleier ikke lovfestes, og heller ikke er tatt inn i forslaget til lovregulering i kapittel 10.

Lovfesting av den kommunale helse- og omsorgstjenestens veiledningsplikt overfor spesialisthelsetjenesten

Det foreslås lovfestet at kommunen får samme veiledningsplikt overfor spesialisthelsetjenesten som spesialisthelsetjenesten har overfor kommunen. Veiledning og kompetansedeling bidrar til bedre samhandling og kompetansebygging på begge sider, og det har vært en alvorlig mangel i lovverket at den lovbestemte veiledningsplikten har vært ensidig. 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. Den foreslåtte lovendringen er en viktig synliggjøring av at kompetansen i kommunen verdsettes like høyt som kompetansen i spesialisthelsetjenesten.

Bergen kommune ønsker denne lovendringen velkommen. Vi ser at det kan ta tid før forestillingen om en mer-kompetent spesialisthelsetjeneste og mindre-kompetent kommune endres, men tror at spesialisthelsetjenestens etterspørsel etter veiledning fra kommunen vil ta seg opp etter hvert. Spesialisthelsetjenesten vil utvilsomt kunne yte mange pasientene bedre tjenester ved å få veiledning fra kommunen.

Selv om økt etterspørsel ikke kan forventes å komme over natten, er vi ikke enig i departementets vurdering under økonomiske og administrative konsekvenser at omfanget av slik veiledning må forventes å være beskjedent. Formuleringen leses som en skuffende indikasjon på at departementet fortsatt har en oppfatning av en mer-kompetent spesialisthelsetjeneste og mindre-kompetent kommune.

Krav til ledelse i den kommunale helse- og omsorgstjenesten

Under dette punktet har departementet kommet til at det på det nåværende tidspunkt ikke er formålstjenlig å foreslå lovendringer for ytterligere å tydeliggjøre krav til ledelse i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, men viser til forslag til en ny forskrift om styringssystem i helse- og omsorgstjenesten som ble sendt på høring i fjor høst.

Bergen kommune viser til sitt høringssvar på denne.

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

Mens spesialisthelsetjenesteloven har en bestemmelse hvor det fremgår uttrykkelig at sykehusene skal ivareta "opplæring av pasienter og pårørende", har helse- og omsorgstjenesteloven ingen slik generell bestemmelse som eksplisitt pålegger kommunen en plikt til opplæring av pasienter, brukere og pårørende. At den kommunale helse- og omsorgstjenesten også må sørge for nødvendig opplæring av pasienter, brukere og pårørende fremgår imidlertid implisitt og indirekte av flere lovbestemmelser. Departementet legger til grunn at kommunene allerede i dag har en plikt til å sørge for nødvendig pasient- og brukeropplæring, enten ved at kommunene som sådan er pålagt oppgaver som innebærer slik opplæring eller ved at kommunalt ansatte (eller personell med avtale om å yte tjenester på vegne av kommunen) gjennom sin yrkesutøvelse er pålagt å gi slik opplæring.

Departementet viser ellers til lovendringsforslag for styrket pårørendestøtte som ble sendt på høring i fjor høst. Forutsatt at Stortinget slutter seg til slik lovendring, vil dette innebære en tydeliggjøring av kommunens plikt til å sørge for pårørendeopplæring. Departementet mener derfor at det ikke vil være strengt nødvendig å presisere kommunens plikt til å sørge for nødvendig opplæring av pasienter, brukere eller pårørende ved å innta en eksplisitt lovbestemmelse om dette i helse- og omsorgstjenesteloven.

Departementet foreslår imidlertid å tydeliggjøre lovens formålsbestemmelse § 1-1 nr. 5 slik at ”opplæring” fremgår som et sentralt og selvstendig formål med loven.

Bergen kommune har ingen innvendinger til dette, da plikten utvilsomt kan utledes av flere gjeldende lovbestemmelser. Bergen kommune viser ellers til sitt høringssvar til lovendringsforslaget for styrket pårørendestøtte.

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

Vold og seksuelle overgrep representerer et stort samfunnsproblem, og kan være vanskelig å avdekke der det finner sted i nære relasjoner. Det er mange instanser og tjenester som har et ansvar for å handle dersom de får mistanke om at noen blir utsatt for vold eller seksuelle overgrep. Helse- og omsorgstjenestene kommer likevel i en særlig posisjon til å kunne handle, fordi de kommer i nær kontakt med en stor andel av befolkningen som kan ha vært utsatt for, eller kan stå i fare for å bli utsatt for, vold eller seksuelle overgrep. Gjennom de mange ulike helse- og omsorgstjenestene som tilbys, blant annet tjenestene som tilbys gjennom fastlegeordningen, helsestasjons- og skolehelsetjenestene, legevaktordningen og tannhelsetjenesten, kommer helse- og omsorgstjenestene i en særlig posisjon til å kunne forebygge, avdekke, avverge, intervenere tidlig i problemforløp og sørge for iverksetting av tiltak eller henvise til andre instanser.

På tross av denne posisjonen er det en utfordring for helse- og omsorgstjenestene å fange opp det som ikke er de åpenbare og klare tilfellene. Det er en oppfatning at vold og seksuelle overgrep i for liten grad avdekkes av helse- og omsorgstjenestene og at informasjon om dette i for liten grad videreformidles til politiet og barnevernet.

Departementet foreslår at det innføres en ny bestemmelse i henholdsvis helse- og omsorgstjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven og tannhelsetjenesteloven. I lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. foreslås 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.

Dette ansvaret har kommunen utvilsomt allerede, men departementet ønsker å tydeliggjøre kommunens ansvar for å legge til rette for at tjenestene skal bli i stand til å forebygge, avdekke og avverge vold og seksuelle overgrep, og håper at lovbestemmelsene vil kunne bidra til bedre etterlevelse av ansvaret som allerede ligger i eksisterende lovverk. Formålet med forslaget er å tydeliggjøre *ledelsen* for helse- og omsorgstjenestenes ansvar for å bidra til at vold og seksuelle overgrep blir forebygget, avdekket og avverget ved ytelse av helse- og omsorgstjenester.

Bergen kommune oppfatter denne forpliktelsen som svært tydelig i lovverket, selv om den hittil ikke har hatt egen paragraf. Bergen kommune har derfor vedtatt en Handlingsplan mot vold i nære relasjoner. Bergen kommune har ingen innvendinger mot at dette ansvaret tydeliggjøres i helselovgivningen, men anser det som viktigere at det følges opp med konkret handling i alle kommuner.

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

Det foreslås å etablere en forsøksordning som innebærer at kommuner kan få ansvar for å drifte DPS på vegne av et regionalt helseforetak. Forsøksordningen etableres med hjemmel i forsøksloven. Det regionale helseforetaket skal 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. Forsøksloven hjemler en tidsbegrenset overføring av oppgaver. Med overføring menes at den som opprinnelig har oppgaven ikke lenger har ansvar for å gjøre den i perioden forsøket pågår, og at den som overtar oppgaven overtar både ansvaret og kompetansen/myndigheten i samme periode.

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 samarbeid mellom sykehus og kommunalt drevet DPS vil være en forutsetning. Gjennom avtalen mellom kommunen og det regionale helseforetaket får kommunen et driftsansvar for de tjenester som i dag ivaretas av et DPS. 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.

I høringsnotatet er fremsatt tre ulike alternativer for hvordan ansatte ved DPS kan ivaretas, enten at ansettelsesforhold opprettholdes i helseforetaket med instruks om å følge kommunens instruks, eller at helseforetakets arbeidstakere leies ut til kommunen, eller at arbeidsforholdet overføres fra helseforetaket til kommunen ved en virksomhetsoverdragelse. Det foreslås å etablere interkommunalt samarbeid, slik at opptaksgrensene for DPS i størst mulig grad beholdes. Det er samarbeid ved vertskommune etter kommuneloven som vil være den aktuelle samarbeidsmodellen.

Departementet legger til grunn at regelverket for offentlige anskaffelser ikke får anvendelse på de regionale helseforetakenes overføring av oppgaver knyttet til DPS. Departementet foreslår ingen endringer i finansieringsordningene som følge av forsøksordningen. Det betyr at regionalt helseforetak fortsatt vil være mottaker av eventuelle aktivitetsbaserte inntekter ved det aktuelle DPSet og at det spesifiseres i avtalen at disse midlene videreføres til de aktuelle kommunene. Dette vil være i tråd med gjeldende praksis i avtalene med private og prinsippet om at midler fra staten skal følge sørge for ansvaret.

Bergen kommune merker seg at formålet med forsøksordningen er å se DPS-tjenestene som en større del av et større og samlet offentlig tilbud til pasienter med psykiske helseproblemer, som regionale helseforetak og kommuner samlet sett har ansvar for. Bergen vil være blant de kommuner som har tilstrekkelig kapasitet og kompetanse til å kunne få 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. Pasienter som ellers ville beveget seg frem og tilbake mellom nivåene, vil da kunne ivaretas mer helhetlig uten overganger mellom nivåene.

Spesialisthelsetjenester og primærhelsetjenester vil fremstå som integrert, til pasientenes beste, men samtidig med et mindre tydelig skille mellom hvilke tjenester som henholdsvis RHF og kommune har ansvar for. Bergen kommune mener at ansatte best ivaretas ved virksomhetsoverdragelse.

Finansieringsmodellen ser ut til å bli ganske lik finansieringsmodellen for Bergen Legevakt som både er allmennlegevakt og spesialistpoliklinikk, en modell vi mener har fungert godt. Det er vesentlig at der kommunen yter spesialisthelsetjenester etter avtale med RHF, må det finansieres som spesialisthelsetjenester. Den samfunnsøkonomiske gevinsten skal ligge i den synergi som oppstår mellom

spesialisthelsetjenester og kommunehelsetjenester, ikke at spesialisthelsetjenester som leveres av kommunen, skal finansieres som kommunehelsetjenester.

Bergen kommune er for at det etableres forsøk med kommunal drift av DPS, der det ligger til rette for det og kommunen ønsker det. Flere DPS i Bergen kan være aktuelle, men Bergen kommune har ikke pr i dag tatt stilling til om vi ønsker å gjennomføre slikt forsøk i Bergen nå. I mellomtiden må integrasjonen mellom kommune og DPS fortsette, særlig knyttet til etablering av ACT/FACT (Assertive community treatment/Flexible Assertive Community Treatment, som er godt dokumenterte modeller for å gi oppsøkende, samtidige og helhetlige tjenester til mennesker med alvorlige psykiske lidelser, ofte også med rusmiddelproblemer, som i liten grad selv oppsøker hjelpeapparatet), integrerte akutt-tjenester på døgnbasis og gode forløpsavtaler.

I Bergen er to DPS eid og driftet av privat/ideelle virksomheter. Kommunal overtakelse av driftsansvaret for DPS vil for disse virksomhetene ikke innebære noen virksomhetsoverdragelse med overføring av arbeidsgiveransvar. Bergen kommune har god erfaring med privat ideell drift innenfor mange virksomheter, deriblant DPS-ene.

Overføring av ansvaret for tannhelsetjenester fra fylkeskommunen til kommunen

Det offentliges ansvar for tannhelsetjenester er i dag forankret på fylkeskommunalt nivå. Høringsnotatet inneholder forslag til fremtidig regulering av kommunens ansvar for tannhelsetjenester. Den fylkeskommunale tannhelsetjenesten inngår som en del av den samlede offentlige helse- og omsorgstjenesten i landet, men skiller seg likevel ut på flere områder. Dette gjenspeiles ved at fylkeskommunens lovpålagte sørge-for-ansvar er begrenset til å gi et tannhelsetilbud til enkelte persongrupper i befolkningen. Det er bare disse gruppene som har rett til et regelmessig og oppsøkende tannhelsetilbud, herunder nødvendig tannhelsehjelp fra fylkeskommunen. For den øvrige befolkningen er sørge-for-ansvaret begrenset til at tannhelsetjenester i rimelig grad skal være tilgjengelige.

Innslaget av private tjenesteytere er langt større innenfor tannhelsesektoren sammenlignet med øvrige helse- og omsorgstjenester. Den voksne delen av befolkningen har som regel ikke rettskrav på tannhelsehjelp fra fylkeskommunen og betaler stort sett selv sine utgifter til tannbehandling. Tannhelsetjenester til voksne ytes i hovedsak av privatpraktiserende tannhelsepersonell uten avtale med fylkeskommunen. Privatpraktiserende tannpleiere og tannleger vil primært etablere seg i områder hvor det antas å være tilstrekkelig etterspørsel etter tannhelsetjenester fra voksne personer, siden de er avhengige av et næringsgrunnlag. I områder med begrenset tilbud fra private tjenesteytere må fylkeskommunen dermed kompensere for dette ved å øke tilbudet i egen regi.

Om lag 1,4 mill. av landets innbyggere har rettigheter etter tannhelsetjenesteloven. Disse har rett til nødvendig tannhelsehjelp gjennom et oppsøkende og regelmessig tilbud. Det gjelder barn og ungdom fra fødsel til og med det året de fyller 18 år, psykisk utviklingshemmede i og utenfor institusjon, eldre, langtidssyke og uføre i institusjon og hjemmesykepleie, ungdom som fyller 19 eller 20 år i behandlingsåret, og andre grupper som fylkeskommunen har vedtatt å prioritere. Fylkeskommunen står fritt til å tilby tannbehandling mot betaling til personer som ikke omfattes av de prioriterte gruppene.

Mange fylkeskommuner har de siste 5-10 årene gjennomført endringer i klinikkstrukturen gjennom etablering av større enheter i mer folkerike kommuner og nedleggelser av tannklinikker i de mindre kommunene. Enkelte fylkeskommuner er i ferd med å vedta planer om ytterligere endringer i klinikkstrukturen med færre og større klinikker. Større tannklinikker gir et bredere fagmiljø med mindre sårbarhet ved fravær og ubesatte stillinger. Større klinikker kan utstyres med et bredere spekter av odontologisk utstyr og dermed ha større bredde i behandlingstilbudet. Fylkeskommunen har også et overordnet ansvar for å sørge for at spesialisttannhelsetjenester er tilgjengelige for hele befolkningen i fylket. Videre har fylkeskommunen et særskilt ansvar for å sørge for nødvendige spesialisttannhelsetjenester til personer med rettigheter etter tannhelsetjenesteloven. Siden 2002 er

etablert 5 regionale odontologiske kompetansesentre (ROK), som eies og driftes av fylkeskommunene og er organisert etter ulike interkommunale samarbeidsmodeller.

Departementet understreker at lovforslaget i 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 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. Det foreslås å lovfeste kommunens ansvar for å tilby tannhelsetjenester til personer med rusavhengighet og innsatte i fengsler i kriminalomsorgen. Det åpnes ikke opp for større grad av skjønnsutøvelse fra kommunens side når det gjelder å vurdere hvem som har behov for nødvendig tannhelsehjelp. Det innføres ikke universelle rettigheter til nødvendig tannhelsehjelp for alle som oppholder seg i kommunen, på linje med det som gjelder for andre kommunale helse- og omsorgstjenester.

Departementet vurdert to mulige modeller for lovstruktur for fremtidig regulering av kommunens ansvar for tannhelsetjenester: Opprettholde dagens modell som innebærer en egen lov om tannhelsetjenester på kommunalt nivå, eller innføre en todelt modell basert på lovstrukturen for den øvrige helse- og omsorgstjenesten, med regulering dels i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og dels i pasient- og brukerrettighetsloven.

Departementet anbefaler det siste alternativet, da denne modellen ivaretar behovet for forenkling, harmonisering og modernisering av regelverket for offentlige tannhelsetjenester, samtidig som man unngår unødvendig dobbeltregulering av helse- og omsorgstjenester på samme forvaltningsnivå. Et felles rettslig rammeverk kan også bidra til at tannhelse i større grad blir en integrert del av de øvrige kommunale helse- og omsorgstjenestene.

Departementets forslag til lovregulering av tannhelsetjenester i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og i pasient- og brukerrettighetsloven er laget for å videreføre de rettigheter til tjenester som i dag ligger i tannhelsetjenesteloven, med språklig opprydding, forenkling og klargjøring i forhold til dagens situasjon. Forslaget om å inkludere rusavhengige og innsatte i fengsler, vil kunne utvide retten til tannhelsetjenester noe.

I høringsnotatet er redegjort i detalj for hvordan videreføring av de rettigheter til tjenester som i dag ligger i tannhelsetjenesteloven er tenkt lovregulert.

Bergen kommune ser at videreføring av rettigheter er i samsvar med at stortingsflertallet har lagt til grunn at individuelle rettigheter skal ligge fast ved overføringen av oppgaver til kommunen. Men det betyr at behovet for å justere kriteriene for tildeling av tannhelsehjelp for å få større treffsikkerhet når det gjelder hvilke personer som har et reelt behov for offentlig tannhelsehjelp, ikke blir ivarettatt i denne omgang. Det kan bety at vi kan få noen utilsiktede effekter av endret lovgivning, samtidig som tilsiktede endringer utsettes. Vi ser at departementet på et senere tidspunkt vil vurdere nærmere avgrensninger av personkretsen for rett til tannhelsetjenester med det siktemål å bidra til en best mulig prioritering av de samlede offentlige tannhelsetjenesterressursene. Bergen kommune er usikre på om det er hensiktsmessig med en slik to trinns prosess, selv om dette temaet har reformkarakter og ligger utenfor rammene for regulering av en ren oppgaveoverføring.

Oppgaveoverføringen betyr at både fylkeskommunens forvaltningsansvar for å sørge for tannhelsetjenester og finansieringsansvaret for disse tjenestene, overføres til større og mer robuste kommuner. Departementet legger til grunn at overføringen av aktuelle ansatte fra fylkeskommunen skal skje etter arbeidsmiljølovens regler om virksomhetsoverdragelse. Departementet legger vekt på at utgangspunktet for det økonomiske oppgjøret ved oppgaveoverføringen på tannhelsefeltet må være at

kommunene etter overføringen skal være i stand til å utføre sine nye oppgaver på en forsvarlig måte. På samme måte skal fylkeskommunene fortsatt kunne utføre sine øvrige oppgaver på en tilfredsstillende måte. Virksomhetsoverdragelsen innebærer dermed at det må skje et økonomisk oppgjør mellom staten og fylkeskommunene og et oppgjør mellom staten og kommunene.

Departementet foreslår at det lovfestes at kommunen fra det tidspunkt lovendringene trer i kraft, får rett og plikt til å overta alle formuerettslige posisjoner (eiendomsrett til formuesgjenstander og avtalerettslige posisjoner) knyttet til virksomhetene og at virksomhetsoverføringen skjer som en direkte følge av at sektoransvaret for tannhelsetjenester legges til kommunen. Detaljene i virksomhetsoverdragelsen og det økonomiske oppgjøret mellom fylkeskommunen og kommunen forutsettes imidlertid basert på avtale mellom partene, uten statens deltakelse. Departementet legger til grunn at det på samme måte som ved sykehjemsreformen er hensiktsmessig at det er den kommunen der henholdsvis tannklinikken og det regionale odontologiske kompetansesenteret er lokalisert, som i utgangspunktet blir eierkommunen ved oppgaveoverføringen. Eierkommunen står deretter fritt til å inngå avtale om eierskap og samarbeid om drift av tannklikk med nærliggende kommuner. Eierkommunen vil også stå fritt til å inngå samarbeid om kompetansesenterets virksomhet med andre kommuner innenfor det geografiske nedslagsfeltet for kompetansesenteret. I tilfeller der fylkeskommunen oppfyller sitt ansvar for nødvendig tannhelsehjelp til bestemte grupper i befolkningen gjennom avtaler med private tannleger om å utføre tjenester på vegne av fylkeskommunen, er departementets vurdering at kommunen må kunne tre inn i disse avtalene for å sikre et like godt tjenestetilbud for personer i disse gruppene etter oppgaveoverføringen. Virkningsdato for overføringen er satt til 01.01.2020.

Bergen kommune vil bemerke at overtagelse av tannhelsetjenester er en stor oppgaveoverføring som må planlegges godt med basis i avklart finansiering.

Tydeliggjøring av spesialisthelsetjenestens plikt til å oppnevne kontaktleger

Det er nylig vedtatt endring i spesialisthelsetjenesteloven og i pasient- og brukerrettighetsloven som 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. For tjenester i det psykiske helsevernet kan kontaktpsykolog oppnevnes i stedet for kontaktleger dersom det er mest hensiktsmessig ut fra den behandlingen eller oppfølgingen som pasienten skal ha. Departementet foreslår en endring i spesialisthelsetjenesteloven slik at det blir tydelig at både offentlige og private helseinstitusjoner som omfattes av spesialisthelsetjenesteloven, skal ha plikt til å oppnevne kontaktleger hvis vilkårene for øvrig er oppfylt.

Bergen kommune støtter denne endringen. Pasientens rett til at det blir oppnevnt kontaktleger bør være den samme uavhengig av hva slags helseinstitusjon som gir behandling og oppfølging i spesialisthelsetjenesten.

Tydeliggjøring av kommunens plikt til psykososial beredskap og oppfølging

Kartlegginger har vist at det er betydelig variasjon i kommunenes psykososiale beredskap og oppfølging. 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). Departementet foreslår ikke å lovfeste et krav om at kommuner skal sørge for etablering av psykososiale kriseteam. Den enkelte kommune må selv vurdere om ansvaret for psykososial beredskap og oppfølging skal ivaretas gjennom opprettelse av psykososiale kriseteam eller på annen måte.

Bergen kommune har ingen innvendinger til dette, da plikten utvilsomt kan utledes av flere gjeldende lovbestemmelser.