

VEDLEGG til sak om

10/3741

**HØRING: FORSLAG TIL NY KOMMUNAL HELSE- OG
OMSORGSLOV, OG NY FOLKEHELSELOV.**

Behandles i:

Hovedutvalg for helse og sosial 12.01.2010, HHS-sak 1/11
Formannskapet 19.01.2010

Høringsuttalelse

fra

Enebakk, Frogn, Nesodden, Oppegård, Ski,
Vestby og Ås kommuner

til

Forslag om ny Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester

15.desember 2010

Kommunene Enebakk, Frogn, Nesodden, Oppegård, Ski, Vestby og Ås (follokommunene) har i fellesskap utferdiget høringsuttalelse til de nye helselovene. Uttalelsen behandles politisk i de enkelte kommunene som hver sender inn sine respektive svar.

Dette dokumentet er bygd opp ved at det innledningsvis gis generelle betraktninger rundt lovforslagene og de konsekvenser man ser for samfunnsutviklingen og

innfrielsen av intensjonene i samhandlingsreformen. Deretter kommenteres lovforslagene kapittel for kapittel. Høringsuttalelsen til forslag til ny folkehelselov følger som eget dokument.

Generelle betraktninger

Innledningsvis bemerkes at det foreliggende lovforslaget medfører en utvidet kommunerolle, noe som betyr at mange kommuner blir avhengige av å samarbeide med andre kommuner. I loven åpnes det også for at departementet kan pålegge kommuner å samarbeide på områder der det vurderes påkrevd for å sikre tilstrekkelig omfang og kvalitet på tjenestene. Loven utfordrer dermed den kommunale selvråderetten i det at den pålegger oppgaver som mange kommuner ikke kan velge å utføre selv da de er for omfattende eller spesialiserte.

Det har i mange år vært forespeilet kommunene at sosial- og helsetjenesteloven skulle omforenes i en helhetlig lov, noe som follokommunene i utgangspunktet ønsker velkommen. I 2004 ble det fremmet et forslag til ny felles lov i NOU- 2004:18: Helhet og plan i sosial - og helsetjenestene. Formålet med å fremme en felles lov var *"å etablere et regelverk som var oversiktlig og lett å bruke og forstå for tjenestemottaker og tjenesteyter"*. Tilbakemeldinger den gangen var at man ikke kunne se at dette ble innfridd. Loven ble aldri vedtatt og man har avventet et nytt lovforslag. Det er derfor med skuffelse man registrerer at heller ikke det nye lovforslaget innfrir dette formålet.

Det har de siste 20 årene vært vedtatt en rekke lover innenfor helse- og omsorgssektoren, men dette har skjedd stykkevis og delt, og med manglende helhet. Flere lover har samme virkefelt, men med ulikt fokus og definisjoner. Risikoen blir derfor at lover kommer i konflikt med hverandre. Follokommunene frykter at dette, med de lovforslagene som nå foreligger, er i ferd med å skje igjen. Kommunene registrerer foreslått endringer i en rekke andre lover som en konsekvens av de aktuelle forslagene. En gjennomgang av lovverket sett i forhold til hverandre vurderes derfor nødvendig.

Det er ut fra høringsnotat vanskelig å få innblikk i alle konsekvenser av det nye lovforslaget. En side av dette er at detaljeringsnivået i høringsnotatet varierer. Enkelte deler av reformen er svært detaljert beskrevet, mens andre er til dels overfladisk behandlet.

Da Samhandlingsreformen ble lansert i juni 2009 var engasjementet i follokommunene stort. Man så for seg en mulighet til å heve status, kompetanse, effektivitet og engasjement i kommunene og gikk straks i gang med å se på felles utfordringer og løsninger. Lovforslaget har dempet forventningen til at samhandlingsformens intensjoner kan imøtekommes. De viktigste virkemidlene som der var forespeilet er enten endret, uavklarte eller utsatt i påvente av nærmere utredninger og beslutninger.

Follokommunene vil uttrykke betenkningspunkter rundt følgende punkter som fremkommer som resultat av forslagene i høringsdokumentene:

1. De viktigste virkemidlene for å innfri intensjonene i samhandlingsreformen er enten endret, uavklarte eller utsatte i påvente av nærmere utredninger og beslutninger (forskrifter).
2. Lovene imøtekommer ikke fremtidens utfordringer

3. Spesialisering og høykompetanse prioriteres - på bekostning av eldre, kronikere, rus , psykiatri og døende pasienter?
 4. Samkjøring, lov om sosiale tjenester.
- Punktene kommenteres fortløpende under hver sin overskrift. .

1. Virkemidlene

Det ene virkemiddelet som er usikkert er finansieringen. Det er ikke klart hvordan denne finansieringen skal være og kommunene er skeptiske til at finansieringen vil være tilstrekkelig til at det kan bygges opp de tiltak som nå fremmes i loven. Det fordrer driftsutgifter som det antydes at skal hentes fra spesialisthelsetjenestens rammer, mens kapitalkostnadene ikke omtales på annen måte enn at sykehjemstilskuddene økes. Dette er ikke tilstrekkelig for å kunne bygge opp alle de tiltak som loven fordrer. Tidsaspektet er i denne sammenheng vesentlig. Kommunene rekker ikke å bygge opp tilbudene før de gis en forpliktelse til å ivareta oppgavene. Skepsisen til finansieringen forsterkes da undervurderingen av de økonomiske konsekvensene av forslagene i den nye loven er et gjennomgående trekk i høringsnotatet. Setningen "*Forslaget vil slik sett ikke medføre administrative eller økonomiske konsekvenser*" går igjen flere ganger. Alle endringer koster, og follokommunene mener det er helt urealistisk å forvente at et så omfattende lovforslag ikke vil medføre konsekvenser i form av økte kostnader, både når det gjelder driftsutgifter, kapitalkostnader, behov for økt bemanning og annen/høyere kompetanse. Etter kommunenes mening er for mange reformer iverksatt uten tilstrekkelig finansiering, og kommunene vil fraråde at det samme blir tilfelle med den nye kommunale helse- og omsorgsloven.

Det andre usikkerhetsmomentet er legenes rolle og kommunens tilpliktingsrett. I samhandlingsreformen ble legerollen fremhevet og follokommunene mener styringen og kapasiteten på legeressurser er en forutsetning for å kunne etablere en rekke av de tiltakene som nå foreslås lovfestet. Så langt har departementet gått bort fra forslaget om å øke antallet fastleger, samt å øke fastlegenes plikt til offentlig helsearbeid. Man konstaterer at departementet likevel mener at kommunene skal kunne etablere blant annet systematisk forebygging, registrering av helsetilstand, etablering av akutsenger og et større ansvar for utskrivningsklare pasienter. Etablering av lokalmedisinske sentra vil være en stor utfordring. Det å rekruttere leger til små fagmiljøer vil bli en vanskelig, om ikke umulig oppgave, uten bruk av sentrale virkemidler. I dag er det vanskelig å fylle kommunelege- og sykehjemslegestillinger, og man ser ikke hvordan et økt behov for disse stillingene skal kunne imøtegås når kommunene ikke gis muligheter i form av sentrale bestemmelser. Gode fagmiljøer medvirker til rekrutteringspotensiale. Dersom det ikke legges til rette for at fagmiljøene kan bygges opp, vil ikke intensjonene i samhandlingsreformen kunne imøtekommes.

2. Loven og fremtidens utfordringer

I Stortingsmelding nr.47. Samhandlingsreformen kap 3.2, pekes det på 3 hovedutfordringer for fremtidens helse- og omsorgstjenester:

- pasientens behov for koordinerte tjenester besvares ikke godt nok.
- tjenestene preges av for liten innsats for å begrense og forebygge sykdom.
- demografisk utvikling og endring i sykdomsbildet gir utfordringer som vil kunne true samfunnets økonomiske bæreevne.

De 2 første punktene søker departementet å bedre ved hjelp av de fremlagte lovforslagene. Effekter av disse vil i sin tur gi effekter for utfordringen knyttet til samfunnets økonomiske bæreevne. Follokommunene mener lovforslagene representerer en overdreven tro på at bedre koordinering og forebygging vil demme opp for utfordringen som ligger i den demografiske utviklingen og endringen i sykdomsbilde. Loven skal angi hva kommunen har plikt til å gjøre, og implisitt i dette ligger det hva innbyggerne kan forvente å få. Man vet at behovene vil øke, innbyggernes krav og forventninger øker og ressursene avtar. ***En ny lov burde ta opp i seg den rollen den har som normgiver til samfunnskulturen og derav sette grenser og avklare forventninger i stedet for å øke innbyggernes forventninger til hva det offentlige har plikt til å bidra med.***

I tillegg til at innbyggernes forventninger øker og dermed ressursbehovet, krever loven en rekke løpende administrative, systematiske tiltak som medfører økt bruk av ressurser. I en tid hvor arbeidskraft blir et knapphetsgode er det viktig at loven forebygger en slik urasjonell bruk av ressurser i stedet for å stimulere til det motsatte.

3. Spesialisering og høykompetanse prioriteres

Vi lever i et kompetansesamfunn som er i stadig utvikling. Innenfor den medisinske disiplinen utvikles det metoder som gjør at flere lidelser kan behandles og at etterspørselen dermed øker. Parallelt medfører teknologien og kunnskapen at flere pasienter kan behandles raskere og at stadig flere behandlinger kan gjøres uten sykehusinnleggelse. Sykehusene er gradvis endret fra å være et sted med diagnostisering, behandling og sykepleie for både vanlige og mer uvanlige lidelser, til å bli et høyspesialisert sted hvor tilbudet gjerne bør avsluttes så snart behandlingen er igangsatt. Sykehuset er med andre ord blitt et sted hvor behandlingsskapiteten stadig øker, mens antallet sengeplasser søkes redusert. Dette er en ønsket utvikling og gunstig utvikling for de fleste. De færreste ønsker å bli i sykehus lenger enn de må og med dagens behandlingsmetode og tilbud i hjemmene er dette etter follokommunenes syn en riktig satsning.

Imidlertid har "medaljen en bakside". Det er noen pasientgrupper som på grunn av sin lidelse fortsatt har behov for det "gamle" sykehus tilbudet. De trenger en sykeseng, enten fordi de er i livets slutfase eller fordi de trenger noe mer tid på å komme seg etter endt behandling. Disse pasientene har i flere år falt mellom flere stoler og deres tilbud har i lys av menneskeverdet og likebehandlingen ikke alltid vært særlig tilfredsstillende.

Kommunens oppgave knyttet til institusjonstilbud har i alle år vært begrenset til å gjelde sykehjemsplasser for eldre. Sykehjem hadde som formål å være et *hjem* for eldre, syke mennesker. Dette underbygget staten da den på slutten av nittitallet tildelte kommunene 650.000 krone for hver pasient under 60 år som ble flyttet ut fra sykehjemmet. Det underlige var at staten på samme tidspunkt vedtok en ordning med betaling for såkalte utskrivningsklare pasienter og ga sykehusene en suveren rett til å definere når pasienten var utskrivningsklar. I dette lå det ingen aldersbegrensning, så mens staten betalte kommunene for å flytte ut pasienter under 60 år, så la "sykehusene" inn pasienter, unge som gamle. Den tradisjonelle sykehjemsrollen har etter dette blitt gradvis endret og i dag skal sykehjemmene både fylle rollen som "hjem" og "lokalsykehus".

Mennesker som trenger en "sykeseng" etter at de er ferdige med den akutte behandlingen i spesialisthelsetjenesten, har ofte behov for et medisinsk faglig tilbud

som ligger over det nivået som finnes i majoriteten av sykehjemmene. Dette er en stor utfordring for kommunene som må i gang med å bygge ut slike tilbud. Det kan stilles spørsmål om disse tilbudene vil bli gode nok og om de omtalte pasientene vil få et like godt tilbud, som de ville fått i sykehuset. Det er verdt å tenke på om denne endringen kan medføre at tilbudet ikke blir likeverdig at det dermed foreligger en diskriminering av eldre, kronikere og mennesker som snart skal dø. Dersom kommunene skal slå seg sammen og etablere lokalmedisinske sentre for å sikre det faglige nivået og en effektiv drift, så kan en stille spørsmål om hvorvidt dette er en rimeligere løsning enn at antallet senger i spesialisthelsetjenesten ble opprettholdt.

Et siste moment som bør belyses er likebehandlingen av pasienter i hele landet. Det er en stor fare for at innbyggere i små kommune som ikke har mulighet til å etablere gode medisinskfaglige tilbud, får et dårligere tilbud enn innbyggere i storbyer. Dette er i strid med helsetjenestens verdigrunnlag hvor likebehandling er en sentral verdi.

4. Samkjøring, lov om sosiale tjenester

Sosialtjenestelovens (LOST)- og kommunehelselovens innhold skal nå tolkes likt når det gjelder vilkårene for å utløse tjenester, det skal være likelydige rettighetsbestemmelse. Dette vil være positivt, men i lovforslaget savnes gode nok formuleringer som understreker det sosialfaglig arbeid. LOST §3-1: *"Sosialtjenesten skal gjøre seg kjent med levekårene i kommunen, vie spesiell oppmerksomhet til trekk ved utviklingen som kan skape eller opprettholde sosiale problemer, og søke å finne tiltak som kan forebygge slike problemer.*

Sosialtjenesten skal søke å legge forholdene til rette for å utvikle og styrke sosialt fellesskap og solidaritet i nærmiljøet. Gjennom informasjon og oppsøkende virksomhet skal sosialtjenesten arbeide for å forebygge og motvirke misbruk av alkohol og andre rusmidler, og spre kunnskap om skadevirkninger ved slik bruk."

Hvordan er de sosialfaglige aspektet ivaretatt i ny lov, og vil brukere av blant annet sosiale tjenester bli betraktet som pasienter?

Navnet "Helse og omsorgslov" sier lite om sosialtjenestensområdene, og kan medføre at brukere av sosialtjenesten gjøre til pasienter.

Til tross for skepsisen til det fremlagte lovutkastet vil follokommunene formidle at det er ønskelig med en større utfordring innen helse og omsorgsfeltet. Kommunene er positive til det meste av intensjonene i Samhandlingsreformen. Men for å realisere dette må kommunene få flere virkemidler, mer styringsrett, betydelig økte økonomiske rammer, hjelp til grensesetting og forventningsavklaring via lovene, mindre krav til administrative oppgaver og tillit til at dette kan de klare. På denne måten kan kommunen bli den viktigste bidragsyter i forhold til å imøtekomme intensjonene i samhandlingsreformen.

Kommentarer til de enkelte lovkapitlene:

Kapittel 1. Formål, virkeområde og definisjoner

Lovforslagets innhold:

Lovforslaget gir en avklaring/ avgrensning av formål og virkeområde i forhold til samordning mellom lov om helsetjenester i kommunen og lov om sosiale tjenester.

- Lovens erstatter lov om helsetjenester i kommunene av 19.november 1982, og deler av lov om sosiale tjenester av 13.desember 1991.
- Samordningen skal sikre økt samhandling og at tjenestetilbudet blir tilgjengelig for/ og tilpasset tjenestemottakerne.
- Loven gjelder for helse- og omsorgstjenester som ytes av kommuner og private som har avtale med kommuner.
- Lovforslaget gir en avklaring i forholdet til begrepene pasient og bruker.

Høringsuttalelse:

Follokommunene slutter seg til:

- Follo kommunene ser positivt på at formålet med loven presiseres i forhold til formålet i gjeldende lov om helsetjenester i kommunene og lov om sosiale tjenester. Det er positivt at formålsparagrafen presiserer et felles verdigrunnlag.
- Follo kommunene ser positivt på at samhandling mellom tjenester, både innen kommunen og mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten, er presisert i loven slik at tjenestene framstår som likeverdige
- Follo kommunene ser positivt på at det gjøres en begrepsavklaring når det gjelder begrepene pasient og bruker.
- Follo kommunene ser positivt på at kvalitet er tatt med som eget begrep i lovteksten.

Betenkninger:

- Follo kommunene har betenkninger vedrørende omfanget av § 1-1. Omfanget av paragrafen favner vidt og er svært omfattende. Å oppfylle alle lovens formål vil medføre betydelige administrative og økonomiske konsekvenser for en kommune i henhold til forsvarlighet, omfang, kvalitet og likeverd.
- Follo kommunene har betenkninger om likeverdighet og samhandling mellom 1. og 2. linjetjenesten blir oppnådd ved at dette presiseres i ny lov. Det bør også presiseres likelydende i lov om spesialisthelsetjenesten.

Kapittel 2. Forholdet til andre lover

Lovforslagets innhold:

Lovregler i helsepersonelloven gjøres nå gjeldende for sosialtjenestepersonell som yter helsehjelp.

Forvaltningsloven skal gjelde deler av saksbehandlingen, men når det gjelder individ- og grupperettede tjenester skal pasientrettighetslovens gjelde.

Skillet mellom helse- og sosialtjenesten foreslås ikke videreført.
Den enkelte pasient/ brukers rettigheter reguleres i pasientrettighetsloven.

Høringsuttalelse:

Follokommunene slutter seg til:

- Follokommunene ser positivt på at skillet mellom helsepersonell og sosialtjenestepersonell som yter helsehjelp opphører.
- Follo kommunene ser positivt på at helseregisterloven gjøres gjeldende for alt personell.
- Follo kommunene ser positivt på at forsvarlighetskravet i helsepersonelloven blir presisert og vil påhvile alle som yter tjenester etter loven.

Betenkninger:

- Follo kommunene har betenkninger til at habilitetsreglene i forvaltningsloven ikke gjøres likeledes gjeldende også i helsepersonelloven.
- En svakhet med sammenslåingen av lovverket kan medføre et svekket fokus av de sosialfaglige områdene. Pasient/brukerbegrepene er ikke representativt for alle målgruppene. (F. eks rus)

Kapittel 3. Kommunens ansvar for helse og omsorgstjenester

Lovforslagets innhold:

Lovforslaget tar for seg forhold omhandlende:

- Overordnet ansvar for helse- og omsorgstjenester i kommunene med fokus på "sørge for" ansvaret
- Ansvar for individ og grupperettede helse- og omsorgstjenester
- Ansvar for helsefremmende og forebyggende arbeid
- Plikt til å oversikt over helsetilstanden
- Ansvar for øyeblikkelig hjelp
- Ansvar for pasient-, bruker- og pårørendeopplæring
- Omsorgslønn
- Brukerstyrt personlig assistanse
- Helse- og omsorgstjenester for innsatte i fengsler i kriminalomsorgen

Høringsuttalelse:

Follokommunene slutter seg til:

- Follo kommunene stiller seg positive til presiseringen av "sørge for ansvaret" og at forhold omhandlende tjenestetilbud i betydelig grad skal bestemmes av den enkelte kommune og at lokal autonomi skal være førende for utvikling av tjenestetilbudet.
- Follo kommunene stiller seg positive til presiseringen av forebyggende og helsefremmende arbeidet i lovteksten.

Betenkninger:

- Overordnet ansvar for helse- og omsorgstjenester i kommunene med fokus på "sørge for" ansvaret vil medføre behov for tettere samarbeide mellom kommune og fastleger.

Dette ligger implisitt i lovforslaget, men ønskes presisert i lovhjemlingen.

- Follo kommunene ønsker å understreke at selv om en rekke av de presiseringene som gjøres i lovteksten er av en viktig karakter, så **må** det stimuleres med økonomiske virkemidler for at de skal kunne gjennomføres.
- Follo kommunene er usikre på hvilke forhold og nøkkeltall som skal være styrende for § 3-4 *oversikt over helsetilstanden*, og ber om at dette i større grad legges til rette for fra departementets side. Det tenkes her særlig på virkemidler for kartlegging og analyse og presentasjon av data. Det bes om at departementet kommer med ytterligere beskrivelser av dette i den kommende Nasjonale helse- og omsorgsplan.
- Det fremgår av høringsnotatet at fastlegeforskriften foreløpig ikke skal endres. Dette medfører at man kommer til å mangle en sentral "nøkkel" til å få til en bedre samhandling mellom de kommunale tjenesteordningene og fastlegene. Dette svekker effektiviteten av samhandlingsreformen.
- **§ 3-2** Follokommunene merker seg at det vurderes å innføre funksjons- og kvalitetskrav gjennom en ny fastlegeforskrift. Hvis dette innføres, vil det bl.a. innebære økt krav om rapportering. Follokommunene mener generelt at behovet for rapportering må sees i forhold til oppgaver som kommunen skal løse.
- **§ 3-3.** Det skisseres at en av pliktene, gjennom listeansvaret, er en meget omfattende, såkalt proaktiv oppfølging, jfr. side 213 i høringsnotatet. Det legges altså opp til at fastlegene skal ha proaktiv rolle i forhold til pasientene. Ansvar, slik det er beskrevet i høringsnotatet, fremstår som meget omfattende, og er aktuell som en del av det primærforebyggende arbeidet. Hvordan den proaktive oppfølgingen skal foregå, er ikke beskrevet i detalj, men slik det er foreslått vil det trolig skje i form av en innkalling av alle pasienter til en helsesjekk. Kommunen vil bemerke at dette kan bli en svært omfattende ordning, og stiller spørsmål om det er realistisk å tenke at fastlegene skal kunne håndtere alle disse pasientene. Kommunen understreker betydningen av at veien mellom detekterende og behandlende organ er så kort og rask som mulig til beste for pasienten.
- Videre kan man stille spørsmål ved de etiske sidene den proaktive oppfølgingen av pasientene som en del av den primærforebyggende arbeidet. Man kan stå i fare for å gjøre flere personer til pasienter enn det som reelt sett er tilfelle. *Et annet prinsipielt spørsmål i forlengelse av dette er om det offentlige, med en slik ordning, i for stor grad fratrukker individets ansvar for egen helse.*
- Follokommunene mener også det er viktig å skille mellom forebygging på individnivå og befolkningsnivå. Fastlegene vil kunne spille en rolle når det gjelder forebygging på individnivå, men på befolkningsnivå må en spille på

andre aktører og medier. Forebygging må inn i skoleverket, i massemedia og samfunnet for øvrig.

- Follokommunene vil påpeke at forholdet omhandlende pårørendeopplæring jfr. § 3-6 vil medføre nye oppgaver for kommunehelsetjenesten og således medføre økte administrative oppgaver og økte kostnader.

Særlige forhold det bes om tilbakemelding på:

I departementets høringsnotat bes det særlig om kommunenes syn på døgntilbud i kommunene omhandlende øyeblikkelig hjelp.

- Follokommunene er i utgangspunktet positive til å på sikt å kunne ivareta en større del av øyeblikkelig hjelp funksjonen. På nåværende tidspunkt er ikke kommunene i stand til å ivareta denne funksjonen. Manglende kapasitet på døgnplasser og tilgangen på lege- og andre medisinskfaglige ressurser er i denne forbindelse sentral.
- Kommunens fremtidige ansvar for akutt plasser bør omhandle observasjoner for nærmere avklaringer av behovet for innleggelse i spesialisthelsetjenesten. I denne forbindelse er det ikke relevant å vurdere om kommunen skal kjøpe tjenesten fra helseforetaket. Et slikt kjøp vil gjøre grenseoppgangen mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten uklar. For kommunene vil dette dessuten medføre store "nye" utgifter.
- Follokommunene vil vise til betydningen av lokal autonomi for å kunne bygge opp tilbud, og ber om at dette er førende også for utviklingen av et døgnkontinuerlig øyeblikkelig hjelp tilbud.
- Follokommunene vil understreke betydningen av gode retningslinjer og midler for økonomisk stimulering av opprettelse av tiltak, og viktigheten av et godt samarbeid med helseforetakene.

Kapittel 4. Krav til forsvarlighet, pasientsikkerhet og kvalitet

Lovforslagets innhold:

Helse og omsorgstjenester som tilbys skal være forsvarlige. Det skal gis et helhetlig og verdig tilbud. Journal- og informasjonssystemene i kommunene skal være forsvarlig og gi en effektiv samhandling. Gjennom systematisk arbeid skal pasientsikkerheten og kvaliteten i vareta.

Krav til lokalpolitiske behandling av kvalitetskrav, kan gis i forskrift av Departementet. Helsedirektoratet skal understøtte mål satt for helse og omsorgstjenesten gjennom å utvikle, formidle og vedlikeholde nasjonal retningslinjer, veiledere og kvalitetsindikatorer. Kvalitetsindikatorerne skal være hjelpemidler for ledelse og kvalitetsforbedring og som grunnlag for at pasientene kan ivareta sine rettigheter.

Høringsuttalelse:

Follokommunene slutter seg til:

- Samhandlingsreformen vil forsterke behovet for elektronisk samhandling i helsesektoren. Det er derfor bra at det blir et lovkrav om EPJ-systemer på alle "nivåer". Presiseringen: "...virksomhet som har avtale med kommunen" er viktig å ha med i lovteksten slik at dette også gjelder for eksempel fastlegene.

- Follokommunene slutter seg til at det blir et lovbestemt krav til systematisk kvalitetsforbedringsarbeide. Det forutsattes at helsedirektoratets arbeid med nasjonale retningslinjer og veiledere skjer i samarbeid med KS.

Betenkninger:

- Det er for lite fokus på pasient – og dokumentasjonssikkerhet, og for mye fokus på ressursutnyttelse og effektiviseringsgevinst.
- Lovkrav om EPJ-systemer på alle "nivåer" bør også inneholde krav til felles standard for arkitektur, sertifisering og avtaleverk.
- Lovteksten beskriver " Kommunen og virksomhet som nevnt i første punktum skal ta hensyn til behovet for effektiv elektronisk samhandling ved anskaffelse og videreutvikling av sine journal- og informasjonssystemer." Det aller viktigste for å komme i gang med dette er NASJONAL AVTALESTYRING FOR ELEKTRONISK SAMHANDLING. Avtalestrukturen bør være et hierarkisk avtalesystem, slik at det for eksempel bør være en overordnet avtale for hver helseregion. (I dag må kommunen etablere avtale med hvert enkelt sykehus innenfor en region) Det bør på samme måte være mulig å få til en felles avtale med alle fastleger i kommunen. I dag må kommunen gjøre avtale med hver enkelt lege, noe som er et meget tidkrevende arbeid.

I tillegg har departementet bedt høringsinstansene om særskilt å kommentere følgende:

a) På hvilke områder vil det være mest hensiktsmessig å kreve sertifisering av funksjonskrav og standarder?

Hørings svar: På alle områder vil det være hensiktsmessig å kreve sertifisering av funksjonskrav og standarder (spesialisthelsetjenesten, kommunehelsetjenesten, fastlegene og legevaktene). Det er viktig at alle nye programmer og oppdaterte versjoner også har sertifikater.

b) Hvor lang frist bør det normalt settes fra slike forskrifters vedtakelse til de trår i kraft?

Hørings svar: Krav til elektronisk journalføring bør komme umiddelbart for alle aktører. Dette er ikke avhengig av Norsk Helsenett. Resterende avhenger i all hovedsak om fremdrift ift etablering av Norsk Helsenett. Det antas at det vil bli "kø" når mange skal koples på Helsenett samtidig. 2 år er et reelt utgangspunkt.

c) Behovet for overgangsordninger.

Hørings svar: Follokommunene er enige i at det bør være overgangsordninger dekket av staten. Brukerne (bl.a. kommunen) vil uansett bruke mye ressurser på etablering, påkopling, opplæring, gjennomføring, vedlikehold, oppgradering og kontroll. Men først og fremst bør Norsk Helsenett, prinsipielt sett, være gratis for brukere, finansiert av staten, og være standardisert i større grad. Det bør være supporttjeneste for alle gjennom Norsk Helsenett, spesielt viktig for fastlegene. I

forhold til pasientsikkerhet bør fastlegekontorenes EPJ-systemer være plassert / lagret i Norsk Helsenett, fremfor lokalt på hvert legekantor.

I dag er det slik at brukerne betaler abonnementet (kommunene/ fastlegene etc), og de betaler også for utvikling av systemet.

Kapittel 5. Særlige plikter og oppgaver

Lovforslagets innhold:

Kapittelet omfatter krav til kommunen knyttet til å yte helse- og omsorgstjenester.

Dette er:

- Transport av behandlingspersonell for å yte ambulante tjenester
- Plikt til utarbeidelse av beredskapsplan
- Kommunens myndighet til å pålegge helsepersonell tjenesteplikt ved ulykker og andre akutte situasjoner
- Kommunens plikt til å kreve politiattest fra personell som skal yte tjenester til barn og unge
- Kommunens plikt til å ansette kommunelege som skal utføre oppgaver tillagt lov og instruks, deltagelse i lokal redningssentral, drive medisinsk -faglig rådgivning
- om sprøyterom
- Registrering av helsepersonell
- Personells meldingsplikt til kommuneadministrasjonen til bruk for planlegging, styring og utvikling av den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Høringsuttalelse:

Follokommunene slutter seg til:

- Positivt at kravet om politiattest utvides
- Anledningen til å opprette sprøyterom

Betenkninger:

- Det forutsettes at fremskaffing av politiattest kan gjøres innen rimelig tid slik at det ikke forsinkes ansettelsesprosessen.

Kapittel 6. Samarbeid mellom kommuner og regionale helseforetak.

Lovforslagets innhold:

I lovforslaget fremkommer en plikt til å inngå samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak. Målsettingen er at pasientene/brukerne skal få et helhetlig og over tid sammenhengende tilbud. Pasient- og brukerorganisasjonene skal gis anledning til å medvirke i utarbeidelsen av avtalen.

Det gis spesifikke krav til avtalens innhold som at; det skal etableres en felles forståelse for de ulike forvaltningsnivåenes ansvar, opplegg for faste samarbeidsrutiner, hindring av unødvendig sykehusinnleggelse, tiltak for utskrivningsklare pasienter, rutiner for dialog/kontakt herunder kontaktpersoner, opplegg for kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling, samarbeid om utdanning/ praksis/ IKT- løsninger/ pasient- brukermedvirkning, organisering og finansiering, tvisteløsninger og samarbeidsavtaler rundt forsknings- og utviklingsarbeid.

Videre skal det settes frist for inngåelse av avtaler, og de regionale helseforetak skal sende avtalene inn til Helsedirektoratet innen fristen. Hvis partene ikke kommer til enighet kan saken bringes inn for Helsedirektoratet som skal gi råd og veiledning. Helsedirektoratet gis myndighet til å innkalle partene til mekling. Avtalepartene skal årlig foreta en felles gjennomgang av avtalen og avtalene kan sies opp med ett års frist.

Det foreslås at departementet skal kunne pålegge kommuner å samarbeide når det anses påkrevet for en forsvarlig helse- og omsorgstjeneste, herunder gi bestemmelser om hvilke oppgaver det skal samarbeides om og fordeling av utgifter.

Høringsuttalelse:

Follokommunene slutter seg til:

- Follokommunene er enige i at det lovfestes at det skal inngås forpliktende samarbeidsavtaler.
- Det er bra at det settes spesifikke krav til innholdet i avtalene og at disse omhandler mer enn inn- og utskrivning fra spesialisthelsetjenesten.
- Det er forståelig at departementet ønsker å kunne sikre at pasienter får de helse- og omsorgstjenester de har krav på etter loven, ved å pålegge kommunene å samarbeide der dette er nødvendig. Samkommunemodellen som foreslås inntatt i kommuneloven, vurderes å kunne være en god samarbeidsmodell for helsetjenesten.

Betenkninger:

- Mange kommuner opplever at partene ikke er likeverdige i dagens avtalesystem (s. 301 i høringsnotatet) og man kan ikke av lovt teksten se at dette sikres i fremtiden heller. Til tross for at det stilles krav om en rekke samarbeidsområder, er fortsatt mye av fokuset lagt på hvordan man skal hindre såkalte unødige sykehusinnleggelses og hvordan man raskt skal få ut utskrivningsklare pasienter. Partene er ikke likeverdige all den tid det er sykehusets suverene rett å definere når en pasient er utskrivningsklar jfr. "Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter" av 16.12.98, § 4: "Sykehuset avgjør når pasienten er utskrivningsklar." Det fremkommer ingen steder at denne avgjørelsesmyndigheten skal endres etter at loven har trådt i kraft, selv om det i § 11-4 fremkommer at Departementet skal fastsette forskrifter hvor blant annet kriterier for når en pasient er utskrivningsklar skal defineres.
- Det er uvisst hvordan samarbeidsavtalen skal bidra til at det etableres "en felles forståelse av hvilke helse- og omsorgsoppgaver forvaltningsnivåene er pålagt ansvaret for og en felles oppfatning av hvilke tiltak partene til enhver tid skal utføre." (§6-2, pkt.1). I St. melding 47, Samhandlingsreformen påpekes det nettopp "at det ikke er mulig å utforme en endelig grensegradning mellom hva som er ansvarsforholdet mellom nivåene i helsetjenesten" (s.304 i høringsnotatet). Å skyve ansvaret for denne tolkningen ut til kommuner og helseforetak vil kunne føre til mye uenighet og vansker rundt inngåelse av avtaler, og ikke minst vil det kunne føre til ulike helsetjenester avhengig av hvilke kommuner/foretak man sokner til.

- Det er viktig at ikke samarbeidsavtalen blir så instrumentell at den får en målforskyvning mot at det er rutiner som skal sikres, mer enn den enkelte pasients behov for gode og samordnende tjenester. For å motvirke dette bør lovens § 6-2 deles i 2 hvor den ene delen konkretiserer krav til avtalens innhold på **systemnivå** og den andre delen konkretiserer krav til avtalens innhold på **individnivå**.
- I sistnevnte del bør det fremkomme at helsetjenestens verdigrunnlag skal legges til grunn i avtalen. I St. melding nr. 26: *Om verdier for den norske helsetenesta*, står verdiene likebehandling og menneskeverd sentralt. I dette ligger blant annet at man skal verne om det syke og sårbare. Etablerte tekniske rutiner og prosedyrer kan til tider medføre at disse hensyn ikke blir ivare tatt som forutsatt, noe mange i kommunehelsetjenesten vil kjenne igjen gjennom den etablerte praksis som finnes rundt ordningen med utskrivningsklare pasienter. Eksempelvis kan nevnes en undersøkelse som over en 15 måneders periode i 2002- 2003 ble utført i Skedsmo kommune. Undersøkelsen omhandlet alvorlig syke mennesker som ble skrevet ut fra sykehus til korttids plass i sykehjem (Otterstad og Sorteberg 2003). I undersøkelsen finner en at 100 av 159 pasienter som ble utskrevet til korttids plass døde innen 25 dager. Av disse døde 40 innen det var gått en uke og 10 innen ett døgn. Det er verdt å merke seg at disse menneskene ble skrevet ut fra sykehus og til ett nytt og for dem trolig ukjent sted. Man kan spørre seg om dette var en verdig behandling i tråd med helsetjenestens grunnverdier eller om det var verdiene økonomi og effektivitet som fikk forrang, understøttet av en avtale på systemnivå. At konsekvensen av å ta flere individuelle hensyn kan bli flere liggedøgn i sykehus, kan være helseforetakenes utfordring, på samme måte som sykehjemskapasiteten er kommunenes utfordring.
- I den delen av avtalen som anbefales å omhandle et individnivå, bør det videre fremkomme et konkret krav om kommunikasjon mellom kommune og helseforetak, dette rundt etiske dilemma knyttet til utskrivningen av terminale pasienter. Man vet at etisk vanskelige beslutninger bør foretas etter kommunikasjon mellom flere mennesker. Et slikt krav vil kunne bedre samarbeidet og forståelsen mellom partene, men viktigst av alt, føre til en bedre løsning for pasienten. Kommunikasjon er et viktig virkemiddel og man kan se paralleller til det kravet som nå er innarbeidet i Arbeidsmiljølovens § 4-6 rundt dialogmøter etter 12 ukers sykmelding.
- Det er betenkelig at kommunene gis så mange oppgaver og plikter i den nye kommunale helse- og omsorgsloven at flere av dem ikke kan ivareta disse uten å måtte samarbeide med andre kommuner. Det kan diskuteres om en slik oppgaveoverføring først burde gjøres etter at kommunene frivillig eller etter pålegg hadde slått seg samme til større og mer robuste kommuner. Som et alternativ lovfestes departementets rett til å kreve kommunesamarbeid rundt nødvendige oppgaver. Dersom kommunene på et senere tidspunkt slås sammen, kan det skape utfordringer dersom det etablerte interkommunale "helsesamarbeidet" foregår sammen med andre kommuner enn den/de som da skal slås sammen.

- Alle reformer har sine kostnader. Inngåelse av samarbeidsavtaler kan gjøres uten økte utgifter for kommunene, mens kommunesamarbeid fordrer økte ressurser både i en utrednings- og etableringsfase og i den fremtidige driften.

Avtalens varighet og oppsigelsestid:

Departementet ber om innspill på oppsigelsestid av samarbeidsavtalene, noe som i loven er foreslått til ett år. Follokommunene gir sin tilslutning til det foreslåtte. Når det gjelder varigheten av avtalen anbefales det at denne reforhandles hvert 4 år, men med en rullering hvert annet år.

Kapittel 7. Individuell plan, koordinator og koordinerende enhet

Lovforslagets innhold:

Kapittelet omhandler kommunens plikter til å utarbeide individuelle plan (IP) for pasienter med behov for langvarige koordinerte tjenester.

- Kommunene har også ansvar for å koordinere planarbeidet der pasient eller bruker får tjenester både fra loven her, spesialisthelsetjenesteloven og psykisk helsevernlov.
- Det skal oppnevnes en koordinator som skal sørge for oppfølging, samordning og fremdrift for IP.
- Kommunen skal ha en koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet, som skal ha system-, opplærings- og veiledningsansvar.

Høringsuttalelse:

Follokommunene slutter seg til:

- Follokommunene er positive til at det settes fokus på IP og koordinerende enhet i lovforslaget

Betenkninger:

- Totalt fører forslaget til at flere enn i dag får individuelle planer og at det derfor er behov for flere individuelle koordinatører. Follokommunene mener det er uklart hvilke faglige krav som skal stilles til koordinatorene, og mener dette burde vært tydeliggjort i større grad.
- Endringene vil medføre administrative og økonomiske konsekvenser og det er ikke realistisk å gjennomføre endringen uten økt ressurstilgang.
- For å sikre gode planer må det stimuleres til at fastleger deltar i utarbeidelse og oppfølging av IP, eksempelvis gjennom fastlegeforskriften.

Kapittel 8. Undervisning, praktisk opplæring og utdanning

Lovforslagets innhold:

Kommunene plikter å medvirke til undervisning og praktisk opplæring av helse- og omsorgspersonell, herunder videre- og etterutdanning. Personell som utfører tjeneste eller arbeid etter denne loven plikter å ta del i videre- og etterutdanning som blir foreskrevet.

Høringsuttalelse:

Follokommunene slutter seg til:

- At kompetanseutvikling i kommunen er svært viktig for å imøtekomme samhandlingsreformens intensjoner.
- At utdanning skal inngå som samarbeidsområde i nye samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak.
- At utdanning av helse og sosialpersonell må være tilpasset de fremtidige kommunale oppgaver.
- At overføring av oppgaver til kommunen krever at kompetanse og kapasitet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten styrkes og målrettes.
- At det må være fokus på kompetanseløftet 2015 hvor satsing på undervisningspsykiatri og undervisningshjemmetjenester er inkludert.
- Det forutsettes at ved endring av pasientforløp fra spesialisthelsetjenesten til den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal midler knyttet til FoU overføres kommunene.

Betenkninger:

- Follokommunene er bekymret i forhold til å rekruttere, beholde og utvikle kvalifisert personell med hensyn til nye oppgaver og utvidede ansvarsområder.
- Dersom FoU skal få en betydelig rolle i kommunen må samarbeide mellom kommuner, utdanningsinstitusjoner og spesialisthelsetjeneste formaliseres.
- Forskning innen kommunehelsetjenesten er en forutsetning for utvikling av tjenesten generelt, og spesielt i forhold til utvikling av kvalitetsindikatorer. Vi merker oss at forskning ikke er tema i dette lovforslaget.

Kapittel 9. Rettsikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemming

Lovforslagets innhold:

- Formålet: er å hindre at personer med psykisk utviklingshemming utsetter seg selv eller andre for vesentlig skade, og forebygge og begrense bruk av tvang og makt. Virkeområde: gjelder bruk av makt og tvang etter definerte områder beskrevet i loven
- Rett til medvirkning og informasjon: Tjenestetilbudet skal så langt så langt som mulig tilrettelegges og gjennomføres i samarbeid med tjenestemottakers selvbestemmelsesrett.
- Krav til forebygging: kommunen plikter å sørge for at forholdene legges til rette for minst mulig bruk av tvang og makt
- Vilkår for bruk av tvang og makt: definerer i hvilke tilfeller makt og tvang kan utøves
- Særlige grense for bruk av enkelte tiltak
- Kommunens saksbehandling
- Fylkesmannens overprøving
- Krav til gjennomføring og evaluering
- Plikt til å føre journal

- Klage
- Overprøving av tingsretten
- Spesialisthelsetjenestens medvirkning
- Forskrift

Høringsuttalelse:

Follokommunene slutter seg til lovforslaget med følgende betenkninger:

- I § 4 a-9 stilles krav om kompetanse, noe kommunene mener er riktig og viktig. Erfaringen viser at kommuner sliter med kompetansekrav og dermed må søke fritak i forhold til kompetanse. Det trengs konkrete virkemidler for at kommunene skal kunne innfri kompetansekravet.
- Follo kommunene har betenkeligheter med forslag om felles lovverk LOST 4a og pasientrettighetsloven 4a. Det er mulig å se på enkelte fellesområder som kan komme til anvendelse i begge lovene. Spesielt med tanke på tillitskapende tiltak og systematisk rapportering.
- Follo kommunene mener at loven må være tydeligere i pkt 33.2.4, som gjelder bistand fra spesialisthelsetjenesten. Det er ønskelig at loven presiserer på hvilke områder spesialisthelsetjenesten er pålagt å gi bistand til kommunene.

Kapittel 10. Tvangstiltak overfor rusmiddelmisbrukere

Lovforslagets innhold:

- Melding fra pårørende om omfattende rusmiddelmisbruk
- Vedtak om innleggelse i institusjon ved omfattende og vedvarende rusmisbruk
- Gravide rusmisbrukere kan uten samtykke tas inn i institusjon og holdes der i hele svangerskapet.
- Tilbakehold i institusjon ved innleggelse etter skriftlig samtykke
- Bruk av fylkesnemd i barnevernsaker.
- Begjæring om tiltak
- Overprøving av fylkesnemdas vedtak.
- Ansvar for å reise tvangssak.

Høringsuttalelse:

Follokommunene slutter seg til lovforslaget

Kapittel 11. Finansiering og egenbetaling

Lovforslagets innhold:

- Kommunens ansvar for utgifter
- Vederlag for helse- og omsorgstjenesten
- Kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenester
- Kommunalt finansieringsansvar for utskrivningsklare pasienter

Loven foreslår ingen endringer i forhold til økonomisk ansvarsfordeling mellom kommuner, og oppholdsprinsippet. Loven foreslår heller ingen endringer ift dagens lovverk med forskrift i forhold til vederlag for helse- og omsorgstjenesten /

egenbetaling. Kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten er en av kjernene i reformforslaget, og dette er fortsatt meget uavklart ut over at:

”Departementet foreslår 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.”

De tre modeller som utredes er:

1. Full medfinansiering (Kirurgi, medisin, psykiatri, rus og rehabilitering, alle aldre)
2. Aldersbestemt medfinansiering (alle medisinske og kirurgiske innleggelses, over 80 år)
3. Diagnosebestemt medfinansiering (alle medisinske innleggelses, alle aldre)

Av stortingsmeldingen fremgår det at regjeringen vil overføre det økonomiske ansvaret for utskrivningsklare pasienter i spesialisthelsetjenesten til kommunene fra 2012. Kommunalt finansieringsansvar for utskrivningsklare pasienter er i tråd med målsetningene i stortingsmeldingen om samhandlingsreformen om blant annet bedre arbeidsdeling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten og bedre samhandling gjennom bedre gjensidig informasjon og støtte mellom de to behandlingsnivåene, slik at de kan utføre sine respektive oppgaver med høyest mulig kvalitet og på lavest, effektive omsorgsnivå.

Forutsatt at Stortinget slutter seg til endringsforslagene, anser departementet at det særlig vil være aktuelt å ta stilling til om i hvilken grad ordningen skal gjelde både for pasienter innenfor somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Departementet vil komme nærmere tilbake til dette i forbindelse med høring av en slik forskrift. Nivået på betalingssats må vurderes både i forhold til engangsoverføringen fra regionale helseforetak til kommunene og i forhold til insentivvirkningene. Størrelsen på betalingssatsen må også vurderes i forhold til insentiver og risikoen både for helseforetakene og kommunene.

Mangel på god kostnadsinformasjon, og kostnadsvariasjoner mellom helseforetak, avdelinger, og fra pasientgruppe til pasientgruppe, gjør det vanskelig å beregne faktisk kostnadsnivå i sykehus. Et rimelig anslag vil imidlertid være en døgnkostnad på 3 000-5 000 kroner.

Høringsuttalelse:

Follokommunene mener at modellene og kriteriene for finansieringen ikke er konkretisert. Dette medfører at Follo kommunene i begrenset grad opplever at lovforslaget lar seg tilsluttes slik det foreligger i lovforslaget.

Betenkninger:

- Lovverket burde gi hjemmel til økonomisk kompensasjon spesielt ift fritt kommunehelsetjenestevalg/sykehjemvalg, og behandling av søknader uavhengig av bosted / adresse.
- Lovverket burde vært bedre harmonisert med tanke på kommunenes anledning til å ta betalt for korttidsopphold og manglende mulighet til å ta

betaling for hjemmesykepleie. Dagens lovverk støtter ikke kommunene i å satse på utbygging av korttids- og rehabiliteringsopphold, og / eller at innbyggerne skal kunne få anledning til å bo hjemme helt til livets slutt også med omfattende hjelpe behov / behandling i hjemmet. Erfaringsvis ønsker stadig flere dette, og kommunen håndterer flere dødsfall i hjemmet enn i institusjon.

- Vi er betenkt til at: "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." Dette betyr at departementet vil kunne bestemme modell over et område som vil berøre en stor del av den totale kommunale virksomheten, med begrenset politisk forankring og uttalelsesrett.
- Vi er betenkt til helheten i de tre modellene som utredes. De tre modeller som utredes er:
 - ❖ Full medfinansiering (Kirurgi, medisin, psykiatri, rus og rehabilitering, alle aldre)
 - ❖ Aldersbestemt medfinansiering (all med og kirurgiske innleggelser over 80 år)
 - ❖ Diagnosebestemt medfinansiering (all medisinske innleggelser, alle aldre)

Med unntak av overføring av midler ift utskrivningsklare pasienter, vil valg av modell og finansiering av den være de økonomiske insitamentene for hele "Samhandlingsreformen", inkludert ny Folkehelselov, hvor det er gjennomgående at alle endringer har ingen administrative – eller økonomiske konsekvenser.

Følgende momenter er uklare:

- Kostnadsberegning av kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenestene.
- Videre utredning av forhold som fastsettelse av et maksimalt beløp kommunene skal betale pr. innleggelse og hvordan kommunene skal kompenseres for det økte finansieringsansvaret.
- Utfordrende økonomisk fremtidsbilde i forslaget til medfinansieringsordning ved at kommunene eksempelvis vil få ekstra utgifter til medisiner, utstyr og hjelpemidler i takt med at beboere på sykehjem vil ha større og mer avansert behov for pleie.
- I dag dekker helseforetakene utgiftene hvis pasientene skal tilbake til eget hjem, mens sykehjemmene må dekke disse kostnadene hvis pasienten skal dit. Dette er ikke kostnader som er tatt med i de økonomiske beregningene rundt medfinansieringsordningen.
- På en rekke områder legges det opp til endringer som skal gi brukerne et bedre tilbud, men som samtidig er forutsatt ikke skal medføre økonomiske virkninger av betydning for kommunene. Dette gjelder blant annet:

- ❖ Krav til at koordinerende enheter i kommunene får et systemansvar for arbeidet med individuell plan.
- ❖ Rett til et verdig tjenestetilbud (verdighetsgarantien)
- ❖ Krav til lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak

Samhandlingsreformen møtes med forventninger om innsats på mange plan som det er vanskelig å overskue økonomiske og administrative konsekvenser til da flere endrings forslag henvises til mer utredning. Høringsdokumentene viser til flere kostnadsdrivende elementer, herunder:

- Etablering av funksjons- og kvalitetskrav,
- mer kommunal styring av fastlegene,
- nye ressurser innenfor fastlegeordningen,
- overføring av aktivitet fra spesialisthelsetjenesten,
- etablering av tilbud i kommunene,
- styrking av legevakt,
- satsing på rehabilitering
- osv.

Kapittel 12. Forskjellige bestemmelser

Lovforslagets innhold:

- Taushetsplikt etter forvaltningslovens § 13
- Departementets fastsettelse av antall nye legestillinger og avtalehjemler for privat allmennlegevirksomhet
- Pasienter og brukeres medvirkning gjennom sine representanter.
- Statelig plikt til å drive tilsyn gjennom Fylkesmann/Helsetilsynet

Høringsuttalelse:

Follokommunene slutter seg til at:

- Kommunene skal få plikt til å sørge for at representanter for pasienter og brukere blir hørt i forbindelse med utvikling av kommunenes helse og omsorgstjenester. Alle virksomheter som loven omfatter, får en plikt til å sørge for å etablere systemer for innhenting av pasienter og brukeres erfaringer og synspunkter.
- Follo kommunene slutter seg til at Fylkesmannen er tilsynsinnsinstans og klageorgan for det nye lovforslaget.

Betenkninger:

- Presiseringen i lovforslaget omhandlende brukermedvirkningen innebærer en utvidet oppgave for kommunen. Dette vil medføre økonomiske og administrative konsekvenser for kommunene.
- Utvidet arbeidsfelt i forbindelse med den nye fastlegeforskriften (ref nye oppgaver i dette lovforslag) innebærer et økt behov for nye fastlegehjemler. Det forutsettes i den forbindelse at departementet i samråd med kommunene

(KS) oppretter et tilstrekkelig antall nye hjemler pr år slik at nye oppgaver og funksjoner kan ivaretas på en kvalitativ god måte.

- Follo kommunene vil påpeke at i samarbeidet mellom foretak og kommuner hvor det forutsettes legeidenter, må det finnes gode løsninger og incitamenten som fremmer dette samarbeidet.

Kapittel 13. Ikrafttredelse, endringer i andre lover, overgangsbestemmelser

Kapitlet beskriver forslag til endringer og opphevelser av andre lover som en konsekvens av denne loven.

Vedlegg 2

Høringsuttalelse

fra

Ski, Ås, Oppegård, Vestby, Enebakk,
Nesodden og Frogn kommuner

til

Forslag om ny

Folkehelselov

15.desember 2010

Lovforslagets innhold:

I forslaget til ny folkehelse lov, etableres et nytt fundament for å styrke folkehelsearbeidet i politikk- og samfunnsutviklingen og i planarbeid. Regionale og lokale utfordringer og behov skal legges til grunn. Det foreslås blant annet krav til å ha god oversikt over helseutfordringene i den enkelte kommune og at disse utfordringene skal danne grunnlag for strategier, mål og tiltak forankret i plansystemet etter plan og bygningsloven. Videre legges det gjennom lovforslaget et grunnlag for bedre samordning mellom kommuner, fylkeskommuner og statlige myndigheter.

Forslaget til lov om folkehelsearbeid vil erstatte folkehelsebestemmelsene i kommunehelsetjenesteloven, inkludert miljørettet helsevern og lov om fylkeskommunens oppgaver i folkehelsearbeidet. Den nye loven vil også regulere statlige helsemyndigheters understøttelse av folkehelsearbeidet regionalt og lokalt.

Hovedtrekkene i lovforslaget er:

- Formålet med loven er å bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse og utjevner sosiale helseforskjeller. Loven skal sikre en bedre prioritering av folkehelsearbeidet, legge til rette for et systematisk og mer langsiktig arbeid og bedre samordning av tjenestetilbudene.
- Ansvar for folkehelsearbeid legges til kommunen som sådan. Forslaget innebærer at kommunen skal bruke alle sine sektorer for å fremme folkehelse.

- Kommunen skal fastsette mål og strategier for folkehelsearbeidet egnet for å møte kommunens egne helseutfordringer. Mål og strategier skal forankres i planprosessene etter plan- og bygningsloven.
- Kommunens ansvar er å ha oversikt over innbyggernes helsetilstand og viktige påvirkningsfaktorer. Statlige helsemyndigheter og fylkeskommunene skal gjøre opplysninger tilgjengelig og understøtte kommunene.
- En drøfting av kommunens helseutfordringer skal blant annet danne grunnlag for lokal planstrategi. På samme måte skal en drøfting av fylkets helseutfordringer inngå i regional planstrategi.

Høringsuttalelse:

Er enig i:

- hovedtrekkene og intensjonene med lov om folkehelse.
- at folkehelse får egen lov som favner helsefremmende og forebyggende arbeid i befolkningen.
- at loven definerer folkehelse og folkehelsearbeid.
- at ny folkehelselov regulerer både kommuner og fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet og at statlige helsemyndigheters rolle i å støtte opp under kommunesektorens folkehelsearbeid, lovfestes.
- at loven legger til rette for et kommuneperspektiv i folkehelsearbeidet der det vektlegges at folkehelse er kommunens ansvar og ikke et sektoransvar (helse i alt vi gjør).
- at folkehelsearbeidet skal forankres i planprosesser etter plan og bygningsloven og at kommunens helseutfordringer skal inngå i kommunal planstrategi.
- at folkehelsearbeid tydeliggjøres til å gjelde alle kommunale sektorer.

Betenkninger:

- Krav til samarbeid, helseovervåking og statistikk i lovforslaget vil ha betydelig økonomiske og administrative kostnader det ikke er tatt høyde for i høringsnotatet. Likeledes vil de økte kravene som stilles på folkehelseområdet medfører merkostnader for kommunene både ressurs- og kompetansemessig. For å utvikle hensiktsmessige og gode tiltak, kreves det forutsigbar økonomi over tid. Øremerkede midler kan brukes som et virkemiddel for å sikre folkehelsearbeidet i en oppstartsperiode.
- Ny lov om folkehelse får konsekvenser for andre lover. Konsekvens for opplæringsloven savnes i høringsnotatet. Barnehager og skoler er svært viktige arenaer i folkehelsearbeidet. Derfor er det en forutsetning for å lykkes at barnehager og skoler også blir ansvarliggjort gjennom opplæringsloven.
- §5 "Oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer" stiller krav til kommunen som forutsetter at stat og fylkeskommune bistår kommunene med nødvendig grunnlags opplysninger og relevant statistikk. Stat og fylkeskommunes bistand må konkretiseres i lov- eller forskrift.

- Å besitte kunnskap om helsetilstand og påvirkningsfaktorer er viktig for å planlegge- og iverksette tiltak. Kartlegging krever planlegging, gjennomføring og kontinuerlig oppfølging for å kunne ha en ajourført oversikt over helsetilstanden i kommunen. Dette krever ressurser.
- §4. Jfr.§ 20, jfr. § 22: Kommunens helsetjeneste er tatt ut av regelverket for å synliggjøre et bredt kommuneansvar. Da burde også formålsparagrafen benytte begrepet "staten" i stedet for "statlige helsemyndigheter". Det bør være et formål at staten, på lik linje som kommuner og fylkeskommuner, også samordner sin virksomhet i folkehelsearbeidet.
- Loven favner mye, noe som gjør den uoversiktlig og grenseløs. Loven burde konkretiseres i form av eksempelvis helsefremmende arbeid, primærforebyggende arbeid, (allmennforebyggende), sekundærforebyggende arbeid (risikogruppe-forebyggende), tertiærforebyggende arbeid (forebygge forverring av sykdom).
- Kommunene skal besitte den kompetanse som er nødvendig for å løse de lovpålagte oppgavene. Det viktigste er å lovfeste kommunens plikter, ikke hvordan kommunen skal sikre tilgangen på kompetanse.

Regional tilsynsmyndighet:

Departementet ber om syn på hvem som bør være regional tilsynsmyndighet.

Follokommunene mener at ansvaret for tilsyn bør tillegges fylkesmannen slik at alle tilsyn samles hos en faginstans uavhengig av fagområder. Forenklingen innebærer felles tilsynsinstans i forhold til alle kommuneplikter.

Lovforslag:

Lov om folkehelsearbeid

Kapittel 1 – Innledende bestemmelser

§ 1 Formål

Formålet med denne loven er å bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse og bidrar til å motvirke sosiale helseforskjeller. Folkehelsearbeidet skal fremme trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold og bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse. Loven skal sikre at kommuner, fylkeskommuner og statlige helsemyndigheter setter i verk tiltak og samordner sin virksomhet i folkehelsearbeidet. Loven skal legge til rette for et målrettet og systematisk folkehelsearbeid.

§ 2 Virkeområde

Loven gjelder for kommuner, fylkeskommuner og statlige helsemyndigheter. Det som er fastsatt for fylkeskommuner i denne loven gjelder også for Oslo kommune.

Lovens kapittel 3 gjelder også for private og offentlige virksomheter og eiendommer når forhold ved disse direkte eller indirekte kan ha innvirkning på helsen. Loven gjelder for innretninger til sjøs og på kontinentalsokkelen, dersom disse ikke er særskilt regulert i annet regelverk. Kongen kan gi forskrifter om lovens anvendelse på Svalbard og kan fastsette særlige regler av hensyn til stedlige forhold.

Departementet kan gi bestemmelser til gjennomføring av avtale med fremmed stat eller internasjonal organisasjon om forhold som omfattes av denne loven.

§ 3 Definisjoner

I loven her menes med

- a. folkehelse: befolkningens helsetilstand og hvordan helsen fordeler seg i en befolkning
- b. folkehelsearbeid: samfunnets innsats for å påvirke faktorer som direkte eller indirekte fremmer befolkningens helse og trivsel, forebygger psykisk og somatisk sykdom, skade og lidelse, og som beskytter mot helsetrusler, samt arbeid for en jevnere fordeling av faktorer som direkte eller indirekte påvirker helsen.

Kapittel 2 Kommunens ansvar

§ 4 Kommunens ansvar for folkehelsearbeid

Kommunen skal fremme trivsel, psykisk og somatisk helse, bidra til utjevning av sosiale helseforskjeller og bidra til å beskytte befolkningen mot faktorer som kan ha negativ innvirkning på helsen.

Kommunen skal fremme folkehelse innen de oppgaver og med de virkemidler kommunen er tillagt, herunder lokal utvikling og planlegging, forvaltning og tjenesteyting.

Kommunen skal medvirke til at helsemessige hensyn blir ivaretatt av andre myndigheter, frivillige organisasjoner og virksomheter. Medvirkning skal skje blant annet gjennom råd, uttalelser og samarbeid med andre sektorer, herunder planlegging.

§ 5 Oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer

Kommunen skal til enhver tid ha oversikt over helsetilstanden i befolkningen og de positive og negative faktorer som kan virke inn på denne. Oversikten skal blant annet baseres på;

a. opplysninger som statlige helsemyndigheter og fylkeskommunen gjør tilgjengelig etter §§ 21 og 24,

b. kunnskap fra de kommunale helse og omsorgstjenestene jf. helse og omsorgsloven § 34 og
c. kunnskap om faktorer og utviklingstrekk i miljø og lokalsamfunn som kan ha innvirkning på befolkningens helse.

Oversikten skal være skriftlig og identifisere helseutfordringene i kommunen, konsekvenser og årsaksforhold. Kommunen skal særlig være oppmerksom på trekk ved utviklingen som kan skape eller opprettholde sosiale eller helsemessige problemer, herunder sosiale helseforskjeller. Departementet kan gi nærmere forskrifter om krav til kommunens oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer.

§ 6 Mål og tiltak

En drøfting av kommunens helseutfordringer skal inngå i kommunens planstrategi, jf. plan- og bygningsloven § 10-1.

Kommunen skal i sitt arbeid med kommuneplaner etter plan- og bygningsloven kapittel 11 fastsette overordnede mål og strategier for folkehelsearbeidet som er egnet for å møte de utfordringer kommunen står overfor med utgangspunkt i oversikten etter § 5.

Kommunen skal iverksette nødvendige tiltak for å møte kommunens helseutfordringer, jf. § 5. Dette kan blant annet omfatte tiltak for økt fysisk aktivitet, god ernæring, skade- og ulykkesforebygging, begrense tobakks- og alkoholbruk, samt å fremme gode fysiske og sosiale miljø og samfunnsforhold.

Kommunen skal spre opplysning gjennom informasjon, råd og veiledning om hva den enkelte selv og befolkningen kan gjøre for å forebygge sykdom og skade og fremme helse.

Kapittel 3 Miljørettet helsevern

§ 7 Virkeområde og forskrifter

Miljørettet helsevern omfatter de faktorer i miljøet som til enhver tid direkte eller indirekte kan ha innvirkning på helsen. Disse omfatter blant annet biologiske, kjemiske, fysiske og sosiale miljøfaktorer. Departementet kan i samsvar med formålene etter § 1, gi forskrifter om miljørettet helsevern, herunder bestemmelser om innemiljø, luftkvalitet, vannkvalitet, støy, omgivelseshygiene, ulykker og skader m.v. Det kan også gis forskrifter om plikt til å ha internkontrollsystemer og til å føre internkontroll for å sikre at krav fastsatt i eller i medhold av dette kapittel overholdes.

§ 8 Kommunens oppgaver og delegering av myndighet

Kommunen skal føre tilsyn med de faktorer og forhold i miljøet som til enhver tid direkte eller indirekte kan ha innvirkning på helsen, jf. § 7. Kommunen skal utøve den virksomhet og treffe de avgjørelser som det er tillagt i lov eller i medhold av lov. Kommunens arbeid med

miljørettet helsevern, herunder enkeltvedtak, skal være i samsvar med lovens formål, jf. § 1. Ansvar og oppgaver innen miljørettet helsevern som i denne lov er lagt til kommunen kan, med unntak av den myndighet som er nevnt i § 18 annet ledd, delegeres etter reglene i kommuneloven. Kommunens myndighet eller myndighet delegert etter første ledd kan utøves av kommunelegen dersom dette på grunn av tidsnød er nødvendig for at kommunens oppgaver etter dette kapittel skal kunne utføres. Når kommunen har lagt oppgavene innen miljørettet helsevern etter denne lov til et interkommunalt organ, kan myndighet etter denne bestemmelsen utøves av en eller flere leger ansatt i dette organet.

§ 9 Beredskapsplan

Kommunen plikter å utarbeide en beredskapsplan for sine oppgaver etter dette kapittel i samsvar med lov om helsemessig og sosial beredskap. Helseberedskapsplanen skal samordnes med kommunens øvrige beredskapsplaner.

§ 10 Meldeplikt og godkjenning

Departementet kan i forskrift etter § 7 annet ledd gi nærmere bestemmelser om meldeplikt eller godkjenningsplikt til kommunen for den som planlegger eller iverksetter virksomhet som etter sin art kan ha innvirkning på helsen, eller endring i slik virksomhet. Kommunen kan ved godkjenning sette vilkår for å ivareta hensynet til folks helse, jf. §§ 1 og 7.

For virksomheter som er underlagt melde- eller godkjenningsplikt kan det i forskrift settes krav til at en vurdering fra et akkreditert inspeksjonsorgan skal fremlegges. Slik vurdering kan kreves innhentet ved nærmere bestemte tidsintervaller. Virksomheten dekker utgiftene til vurderingen fra det akkrediterte inspeksjonsorganet.

Dersom godkjenning ikke foreligger, kan kommunen kreve virksomheten stanset. Stansing kan bare kreves dersom ulempene stansingen vil medføre står i rimelig forhold til den helsefare som unngås. Stansing kan om nødvendig gjennomføres med bistand fra politiet. I forskriftene kan bestemmes at fylkesmannen gir godkjenning dersom virksomheten berører flere kommuner. Berører virksomheten flere fylker, kan bestemmes at departementet gir godkjenning. Det kan videre gis bestemmelser om klageordning i tilfeller hvor fylkesmannen eller departementet gir godkjenning. I forskriftene kan det bestemmes at Mattilsynet gir godkjenning av drikkevann og vannforsyningsanlegg, og regler om klage på slike vedtak.

§ 11 Helsekonsekvensutredning

Kommunen kan pålegge den som planlegger eller driver virksomhet, eller den ansvarlige for forhold ved en eiendom, for egen regning å utrede mulige helsemessige konsekvenser av tiltaket eller forholdet. Slik utredning kan bare kreves dersom ulempene ved å foreta utredningen står i rimelig forhold til de helsemessige hensyn som tilsier at forholdet utredes. Kommunens pålegg kan påklages etter reglene i § 19.

Klageinstansen har ved behandling av klagesaker tilsvarende rett til å kreve helsekonsekvensutredning.

§ 12 Opplysningsplikt

Kommunen kan pålegge den som planlegger eller driver virksomhet som etter sin art kan ha innvirkning på helsen en plikt, til uten hinder av taushetsplikt, å gi kommunen de opplysninger som er nødvendige for at den kan utføre sine gjøremål etter dette kapittel. Når særlige grunner tilsier det, kan kommunen kreve at opplysningene gis av enhver som utfører arbeid for den som har opplysningsplikt etter første punktum. Opplysninger som nevnt i første punktum kan også kreves fra andre offentlige myndigheter uten hinder av den taushetsplikt som ellers gjelder. Den ansvarlige for eiendom eller virksomhet som nevnt i første ledd, skal

av eget tiltak gi kommunen opplysninger om forhold ved eiendommen eller virksomheten som åpenbart kan ha negativ innvirkning på helsen.

Kommunen kan dessuten pålegge den ansvarlige for eiendom eller virksomhet som nevnt i første ledd, en plikt til å gi allmennheten eller kunder m.v. opplysninger om forhold ved eiendommen eller virksomheten som kan ha innvirkning på helsen.

§ 13 Gransking

Kommunen kan for å ivareta sine oppgaver etter dette kapittel beslutte at det skal foretas gransking av eiendom eller virksomhet. Granskingen kan gjennomføres av den som er delegert myndighet jf. § 8 eller av kommunelegen i hastesaker. Granskingen kan om nødvendig gjennomføres med bistand fra politiet.

De som utfører granskingen skal ha uhindret adgang til å inspisere eiendom og virksomhet og til å ta nødvendige prøver uten godtgjøring. De kan videre kreve fremlagt dokumenter og materiale samt kreve foretatt undersøkelser som kan ha betydning for kommunens gjøremål etter dette kapittel. Omkostninger forbundet med granskingen betales av den ansvarlige for eiendommen eller virksomheten. Fylkesmannen har i klagesaker tilsvarende adgang til å beslutte og gjennomføre gransking. Ved gransking av virksomhet eller eiendom skal de som utfører granskingen først ta kontakt med representanter for virksomhetens ledelse.

§ 14 Retting

Kommunen kan pålegge forhold ved en eiendom eller virksomhet i kommunen rettet hvis forholdet direkte eller indirekte kan ha negativ innvirkning på helsen, eller det er i strid med bestemmelser gitt i medhold av dette kapittel. Retting kan bare kreves dersom ulempene ved å foreta rettingen står i rimelig forhold til de helsemessige hensyn som tilsier at forholdet rettes. Pålegget skal være skriftlig og inneholde en frist for når det skal være utført. Det skal rettes til den som er ansvarlig for forholdet, eller til virksomheten som sådan, herunder selskap eller annen sammenslutning, stiftelse, kommune, fylkeskommune eller annen offentlig innretning. Kostnadene ved å gjennomføre pålegget skal dekkes av den som er ansvarlig for forholdet, eventuelt av virksomheten som sådan, jf. annet ledd.

§ 15 Tvangsmulkt

Kommunen kan ved oversittelse av frist for å oppfylle pålegg om retting av forhold etter § 14 ilegge adressaten for pålegget tvangsmulkt i form av engangsmulkt eller løpende dagmulkt. Tvangsmulkten må enten være fastsatt samtidig med pålegget eller i forbindelse med fastsettelse av ny frist for oppfyllelse av pålegget. Tvangsmulktens størrelse fastsettes under hensyn til hvor viktig det er at pålegget blir gjennomført og hvilke kostnader det antas å medføre. Tvangsmulkten er tvangsgrunnlag for utlegg.

Departementet kan gi nærmere bestemmelser om fastsettelse og beregning av tvangsmulkt.

§ 16 Stansing

Oppstår det forhold ved en virksomhet eller eiendom som medfører en overhengende fare for helseskade skal kommunen stanse hele eller deler av virksomheten eller aktiviteten inntil forholdene er rettet eller faren er over. Stansing kan om nødvendig gjennomføres med bistand fra politiet.

§ 17 Overtredelsesgebyr

Departementet kan i forskrift fastsette at overtredelsesgebyr kan illegges den som forsettlig eller uaktsomt overtrer bestemmelsene i dette kapittel. Det samme gjelder ved overtredelse av bestemmelser gitt i medhold av disse bestemmelsene når det i forskriften er fastsatt at overtredelse av den aktuelle bestemmelse kan medføre slik administrativ sanksjon.

I forskrift fastsatt av departementet etter første ledd, fastsetter departementet nærmere

bestemmelser om hvilke overtredelser som kan ilegges overtredelsesgebyr, hvem som skal ha myndighet til å ilegge overtredelsesgebyr, utmåling av overtredelsesgebyr, klage på ilagt gebyr og betaling. Det fastsettes enten kriterier for utmåling av overtredelsesgebyret og et maksimumsbeløp eller faste satser som overtredelsesgebyret utmåles etter. Forskriften kan også inneholde bestemmelser om rente og tilleggsgebyr dersom overtredelsesgebyr ikke blir betalt ved forfall. Endelig vedtak om overtredelsesgebyr er tvangsgrunnlag for utlegg. Foretak kan ilegges overtredelsesgebyr etter bestemmelsen her når overtredelsen er begått av noen som har handlet på vegne av foretaket. Straffeloven §§ 48a og 48b gjelder tilsvarende.

§ 18 Straff

Med bøter eller fengsel inntil 3 måneder eller begge deler straffes den som forsettlig eller uaktsomt overtrer pålegg eller forskrifter gitt i medhold av dette kapittel. Medvirkning straffes på samme måte.

Har overtredelsen ikke medført helseskade eller kun ubetydelig fare for helseskade, skjer offentlig påtale kun etter begjæring fra kommunen.

§ 19 Klage

Fylkesmannen avgjør klager over vedtak truffet av kommunen eller kommunelegen etter dette kapittel.

Kap 4 Fylkeskommunens ansvar

§ 20 Fylkeskommunens oppgaver med å fremme folkehelse

Fylkeskommunen skal fremme folkehelse innen de oppgaver som fylkeskommunen er tillagt. Dette skal skje gjennom regional utvikling og planlegging, forvaltning og tjenesteyting og tiltak som kan møte regionale helseutfordringer, jf. § 21.

Fylkeskommunen skal være pådriver for, og samordne folkehelsearbeidet i fylket, blant annet gjennom alliansebygging og partnerskap og ved å understøtte kommunenes folkehelsearbeid. To eller flere fylkeskommuner kan samarbeide om å utføre oppgaver etter loven når det er hensiktsmessig for å samordne arbeidet over fylkesgrenser.

§ 21 Oversikt over helsetilstanden og påvirkningsfaktorer i fylket

Som grunnlag for folkehelsearbeidet i fylket, jf. § 20, skal fylkeskommunen ha den nødvendige oversikt over helsetilstanden i fylket og de positive og negative faktorer som kan virke inn på denne, herunder trekk ved utviklingen som kan skape eller opprettholde sosiale helseforskjeller.

Oversikten skal blant annet baseres på;

- a. opplysninger som statlige helsemyndigheter gjør tilgjengelig etter § 24,
- b. kunnskap fra kommunene, jf. § 4 tredje ledd, tannhelsetjenesten og andre deler av fylkeskommunens virksomhet med betydning for folkehelsen

Oversikten skal være skriftlig og identifisere helseutfordringene i fylket, konsekvenser og årsaksforhold. Fylkeskommunen skal særlig være oppmerksom på trekk ved utviklingen som kan skape eller opprettholde sosiale eller helsemessige problemer, herunder sosiale helseforskjeller. En drøfting av fylkets helseutfordringer skal inngå i regional planstrategi, jf. plan- og bygningsloven § 7-1.

Departementet kan gi nærmere forskrifter om krav til fylkeskommunens oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer i fylket, herunder om plikt til å gjennomføre befolkningsundersøkelser, og om innholdet i og gjennomføringen av slike undersøkelser i fylket.

Kapittel 5 Statlige helsemyndigheters ansvar

§ 22 Fylkesmannens ansvar

Fylkesmannen skal bidra til å iverksette nasjonal politikk på folkehelseområdet på lokalt og

regionalt nivå, og blant annet gjennom råd og veiledning understøtte kommuner og fylkeskommuner i deres folkehelsearbeid.

§ 23 Helsedirektoratets ansvar

Helsedirektoratet skal bidra til å iverksette nasjonal politikk på folkehelseområdet og være en pådriver for kunnskapsbasert folkehelsearbeid, blant annet gjennom utvikling av nasjonale normer og standarder for godt folkehelsearbeid.

Helsedirektoratet skal understøtte kommuner, fylkeskommuner, fylkesmenn og statlige institusjoner, helsepersonell og befolkningen med informasjon, råd og veiledning om strategier og tiltak i folkehelsearbeidet. Direktoratet skal videre samarbeide med Nasjonalt folkehelseinstitutt om å gjøre tilgjengelig opplysninger om helsetilstand og påvirkningsfaktorer etter § 24.

§ 24 Nasjonalt folkehelseinstituttets ansvar

Nasjonalt folkehelseinstitutt skal følge med på utviklingen av folkehelsen, utarbeide oversikt over befolkningens helsetilstand og faktorer som påvirker denne, samt drive forskning på folkehelseområdet. Nasjonalt folkehelseinstitutt skal gjøre tilgjengelig opplysninger som grunnlag for kommunene og fylkeskommunenes oversikter etter §§ 5 og 21. Opplysningene skal være basert på statistikk fra sentrale helseregistre, samt annen relevant statistikk.

Nasjonalt folkehelseinstitutt skal gi bistand, råd, veiledning og informasjon i den forbindelse. Departementet kan i forskrift gi utfyllende bestemmelser hvilke opplysninger som skal gjøres tilgjengelig for kommunen og fylkeskommunen.

Nasjonalt folkehelseinstitutt skal bistå kommuner, fylkesmenn og andre statlige institusjoner, helsepersonell og befolkningen for å sikre beskyttelse av befolkningens helse i forbindelse med eksponering for helseskadelige miljøfaktorer, herunder kjemikaliehendelser.

Kapittel 6 – Samarbeid mellom kommuner, internkontroll, tilsyn m.v.

§ 27 Samarbeid mellom kommuner

Departementet kan i forskrift eller enkeltvedtak pålegge samarbeid mellom kommuner når det anses påkrevet for en forsvarlig løsning av folkehelsearbeidet i kommunene, herunder gi bestemmelser om hvilke oppgaver det skal samarbeides om og fordeling av utgifter.

Dersom forholdene tilsier det, skal kommunen yte bistand til andre kommuner ved ulykker og andre akutte situasjoner. Anmodning om bistand fremmes av den kommunen som har bistandsbehovet. Den kommunen som mottar bistand etter annet ledd, skal yte kommunen som bidrar med hjelp, kompensasjon for utgifter som pådras, med mindre noe annet er avtalt eller er bestemt i medhold av første ledd.

§ 28 Samfunnsmedisinsk kompetanse

Kommunen skal ha nødvendig samfunnsmedisinsk kompetanse for å ivareta oppgaver etter loven her. Det skal ansettes en kommunelege som medisinsk-faglig rådgiver for å ivareta blant annet samfunnsmedisinsk rådgivning i kommunens folkehelsearbeid, jf. §§ 4 til 6, herunder epidemiologiske analyser, jf. § 5 annet ledd, hastekompetanse på kommunens vegne i saker innen miljørettet helsevern, smittevern og helsemessig beredskap, deltakelse i lokal redningssentral, andre oppgaver delegert fra kommunestyret.

Kommunene kan etablere samarbeid for å sikre nødvendig kompetanse til gjennomføring av oppgavene.

§ 29 Beredskap

Kommunen, fylkeskommunen, fylkesmannen, Helsedirektoratet og Nasjonalt folkehelseinstitutt har ansvar for nødvendige beredskapsforberedelser og for tiltak i beredskapssituasjoner, jf. lov 23. juni 2000 nr 56 om helsemessig og sosial beredskap § 2-1. Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om kommunens beredskap innen

miljørettet helsevern, herunder meldeplikt for kommuner, helseforetak og helsepersonell til Nasjonalt folkehelseinstitutt om kjemikaliehendelser eller mistanke om utbrudd av sykdom relatert til eksponering for helseskadelige miljøfaktorer, herunder kjemikalieeksponering. Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om oppgaver for og ansvarsfordeling mellom kommuner, fylkeskommuner og sentrale helsemyndigheter for å sikre beskyttelse av befolkningens helse i forbindelse med kjemikaliehendelser.

§ 30 Gjennomføring av Verdens helseorganisasjons internasjonale helsereglement
Kongen i statsråd kan i forskrift gi nærmere bestemmelser for gjennomføring av Verdens helseorganisasjons internasjonale helsereglement. Helsereglementet har som formål å forebygge, beskytte mot, kontrollere og sikre en helsemessig respons mot internasjonal spredning av sykdom på måter som står i forhold til og er begrenset til folkehelseisiko, og som unngår unødvendig forstyrrelse av internasjonal trafikk og handel.
Forskrift etter første ledd kan gi bestemmelser om etablering av IHR-registre. IHR-registre kan inneholde helseopplysninger i aidentifisert eller i personidentifiserbar form uten samtykke fra de registrerte. Det kan gis bestemmelser om plikt for offentlige tjenestemenn og private til å melde/varsle helseopplysninger til IHR-registre. Behandling av opplysninger i IHR-registre skal være i tråd med bestemmelsene i lov 18. mai 2001 nr. 24 om helseregistre og behandling av helseopplysninger. Forskriften skal angi hvor lenge opplysningene kan lagres. Forskrift etter første ledd kan gi bestemmelser om iverksetting av midlertidige og stående tiltak fra Verdens helseorganisasjon.

§ 31 Internkontroll

Kommunen og fylkeskommunen skal føre internkontroll for å sikre at krav fastsatt i eller i medhold av denne lov overholdes.

Kommunenes ansvar for å føre tilsyn med virksomheter og eiendommer i henhold til § 8 skal dokumenteres særskilt.

§ 32 Statlig tilsyn med lov om folkehelsearbeid

Fylkesmannen/Helsetilsynet i fylket skal føre tilsyn med kommunenes og fylkeskommunenes oppfyllelse av plikter pålagt i §§ 4, 5, 6, 8, 20 og 21. Tilsynet skal ta utgangspunkt i en forsvarlighetsvurdering. Reglene i lov 25. september 1992 nr. 107 om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven) kapittel 10 A gjelder for tilsynsvirksomheten etter første ledd. Statens helsetilsyn har det overordnede faglige tilsyn med lov om folkehelsearbeid og skal utøve myndighet i samsvar med det som er bestemt i lover og forskrifter.

§ 33 Videreføring av forskrifter

Forskrifter gitt i medhold av lov 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene kapittel 4a og § 7-9 gjelder fortsatt med mindre de strider med bestemmelser gitt i denne lov.

§ 34 Ikrafttredelse

Loven trer i kraft ... Fra samme dato oppheves lov om fylkeskommuners oppgaver på folkehelsearbeidet og lov 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene ...

Endringer i andre lover:

Lov 23. juni 2000 nr. 56 om helsemessig og sosial beredskap § 1-3:

”Denne lov gjelder for

a) den offentlige helse og omsorgstjeneste, og folkehelsearbeid etter folkehelseoven kapittel 2 og 3 (...)

d) Mattilsynet, herunder offentlige og private laboratorier”

Lov 5. august 1994 nr. 55 om vern mot smittsomme sykdommer § 2-2 åttende ledd:

”Når det er nødvendig for iverksetting av tiltak eller for oversikt og kontroll i forbindelse med smittsomme sykdommer, kan kommunelegen, fylkesmannen, Helsetilsynet i fylket,

Helsedirektoratet, Statens helsetilsyn og Nasjonalt folkehelseinstitutt kreve opplysninger fra offentlige kilder eller privat helsetjeneste uten hinder av lovbestemt taushetsplikt. Helsedirektoratet og Nasjonalt folkehelseinstitutt kan i en smittesituasjon behandle opplysninger i samlet inn etter dette ledd i utbruddsregistre. Behandling av opplysninger i skal være i tråd med bestemmelsene i lov 18. mai 2001 nr. 24 om helseregistre og behandling av helseopplysninger.

Vedlegg 4

Lovforslag:

Forslag til lov om kommunale helse- og omsorgstjenester

Kapittel 1. Formål, virkeområde og definisjoner

§ 1-1. Lovens formål

Lovens formål er særlig å:

1. forebygge, behandle og tilrettelegge for mestring av sykdom, skade, lidelse og nedsatt funksjonsevne,
2. fremme sosial trygghet, bedre levevilkårene for vanskeligstilte, bidra til økt likeverd og likestilling og forebygge sosiale problemer,
3. sikre at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig og til å ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre,
4. sikre tjenestetilbudets kvalitet og et likeverdig tjenestetilbud,
5. sikre økt samhandling og at tjenestetilbudet blir tilgjengelig for tjenestemottakerne og at det er tilpasset tjenestemottakernes behov,
6. sikre at tjenestetilbudet tilrettelegges med respekt for den enkeltes integritet og verdighet og
7. bidra til at ressursene utnyttes best mulig.

§ 1-2. Lovens virkeområde

Loven gjelder for helse- og omsorgstjenester som tilbys eller ytes i riket av kommunen og private som har avtale med kommunen når ikke annet følger av de enkelte bestemmelsene i loven. Departementet kan ved forskrift eller i det enkelte tilfellet bestemme hva som er helse- og omsorgstjenester etter loven her.

Kongen kan gi forskrifter om lovens anvendelse på Svalbard og Jan Mayen og kan fastsette særlige regler under hensyn til de stedlige forhold. Kongen kan bestemme om og i hvilken utstrekning bestemmelser gitt i loven her skal gjelde på norske skip i utenriksfart, i norske sivile luftfartøyer i internasjonal trafikk og på installasjoner og fartøy i arbeid på den norske kontinentalsokkelen.

§ 1-3. Definisjoner

I loven her menes med

- a) pasient: jf. definisjon i pasientrettighetsloven § 1-3 bokstav a
- b) bruker: person som anmoder om eller mottar tjenester omfattet av loven her som ikke er å anse for helsehjelp etter pasientrettighetsloven § 1-3 bokstav c
- c) helsehjelp: jf. definisjon i pasientrettighetsloven § 1-3 bokstav c
- d) pasientsikkerhet: vern mot unødig skade som påføres som følge av ytelse av helse- og omsorgstjenester eller mangel på ytelse av helse- og omsorgstjenester

e) kvalitet: i hvilken grad helse- og omsorgstjenestens aktiviteter og tiltak øker sannsynligheten for at enkeltpersoner og grupper i befolkningen får en ønsket helsereelatert velferd, og at tjenestene utøves i samsvar med dagens profesjonelle kunnskap

Kapittel 2. Forholdet til andre lover

§ 2-1. Forholdet til helsepersonelloven

Helsepersonelloven gjelder tilsvarende for personell som yter helse- og omsorgstjenester etter loven her.

§ 2-2. Forholdet til lov om statlig tilsyn med helsetjenesten

Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten gjelder for virksomhet og personell med de presiseringer som følger av § 12-4 i loven her.

§ 2-3. Forvaltningslovens anvendelse

Forvaltningsloven gjelder for kommunenes virksomhet med de særreglene som følger av loven her. For vedtak om hjelp etter § 3-2 gjelder reglene i pasientrettighetsloven § 2-7.

Kapittel 3. Kommunenes ansvar for helse- og omsorgstjenester

§ 3-1. Kommunens overordnede ansvar for helse- og omsorgstjenester

Kommunen skal sørge for at personer som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. Kommunens ansvar etter første ledd innebærer en plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten slik at tjenestenes omfang og innhold er i samsvar med krav i lov eller forskrift. Kongen kan gi forskrifter med nærmere bestemmelser om pliktens innhold, herunder plikt til å føre internkontroll. Kommunens ansvar etter første ledd innebærer også en plikt til å legge til rette for samhandling mellom ulike deltjenester innad i kommunen og med andre tjenesteytere, der dette er nødvendig for å tilby tjenester omfattet av loven her. Kommunens helse- og omsorgstjeneste omfatter offentlig organisert helse- og omsorgstjenester som ikke hører under stat eller fylkeskommune. Kommunen skal samarbeide med fylkeskommune, regionalt helseforetak og stat, slik at helse- og omsorgstjenesten i landet best mulig kan virke som en enhet.

§ 3-2. Kommunens ansvar for individ- og grupperettede helse- og omsorgstjenester

For å oppfylle ansvaret etter § 3-1 skal kommunen blant annet tilby følgende:

1. Helsefremmende og forebyggende arbeid, herunder:

- a) opplysning, råd og veiledning
- b) helsetjeneste i skoler og
- c) helsestasjonstjeneste

2. Svangerskaps- og barselomsorgstjenester

3. Hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner, herunder:

- a) heldøgns medisinsk akuttberedskap og
- b) medisinsk nødmeldetjeneste

4. Utredning, diagnostisering og behandling, herunder fastlegeordning

5. Sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering

6. Andre helse- og omsorgstjenester, herunder:

- a) hjemmetjenester,
- b) heldøgns tjenester i eget hjem eller institusjon,
- c) personlig assistanse og
- d) avlastningstiltak.

Tjenester som nevnt i første ledd, kan ytes av kommunen selv eller ved at kommunen inngår avtale med andre offentlige eller private tjenesteytere. Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om krav til innhold i tjenestene etter bestemmelsen her.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om fastlegeordningen, herunder kvalitets- og funksjonskrav. Departementet kan i forskrift også gi nærmere bestemmelser om adgangen til suspensjon av fastlegeordningen. Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om privat helse- og omsorgsvirksomhet i kommunen, herunder kvalitets- og funksjonskrav.

§ 3-3. Kommunens ansvar for helsefremmende og forebyggende arbeid

Helsefremmende og forebyggende arbeid etter § 3-2 skal blant annet omfatte systematiske tiltak for å identifisere personer som står i fare for å utvikle psykisk eller somatisk sykdom, lidelse eller helseproblem, sosiale problemer eller et rusmiddelproblem, og iverksette forebyggende tiltak og tidlig intervensjon i henhold til anerkjent faglig standard.

Kommunen skal videre gjennomføre forebyggende tiltak etter § 6 i lov ??, måned 2011 nr. ?? om folkehelsearbeid.

§ 3-4. Kommunens plikt til å ha oversikt over helsetilstanden

Kommunen skal til enhver tid ha oversikt over helsetilstanden i befolkningen og de positive og negative faktorer som kan virke inn på denne, jf. § 5 i lov ??, måned 2011 nr. ?? om folkehelsearbeid.

§ 3-5. Kommunens ansvar for øyeblikkelig hjelp

Kommunen skal straks motta pasienter som trenger helsehjelp, når det etter de foreliggende opplysninger må antas at den hjelp kommunen kan gi er påtrengende nødvendig. Kommunen skal motta pasientene for undersøkelse og om nødvendig behandling eller annen helsehjelp som kommunen kan yte.

Plikten til å yte øyeblikkelig hjelp etter denne bestemmelsen inntreffer ikke dersom kommunen vet at nødvendig hjelp vil bli ytet av andre som etter forholdene er nærmere til å yte den i tide. Kongen i statsråd kan fastsette forskrifter til utdyping av plikten etter første og andre ledd.

§ 3-6. Kommunens ansvar for pasient-, bruker og pårørendeopplæring

Kommunen skal tilby opplæring i dagliglivets praktiske gjøremål til pasienter, brukere og pårørende som har et særlig hjelpebehov på grunn av sykdom, funksjonshemming, alder eller andre årsaker.

§ 3-7. Omsorgslønn

Kommunen skal ha tilbud om omsorgslønn til personer som har et særlig tyngende omsorgsarbeid.

§ 3-8. Boliger til vanskeligstilte

Kommunens helse- og omsorgstjeneste skal medvirke til å skaffe boliger til personer som ikke selv kan ivareta sine interesser på boligmarkedet, herunder boliger med særlig tilpassing og med hjelpe- og vernetiltak for dem som trenger det på grunn av alder, funksjonshemming eller av andre årsaker.

§ 3-9. Brukerstyrt personlig assistanse

Kommunen skal ha tilbud om personlig assistanse etter § 3-2 nr. 6 bokstav c, i form av praktisk bistand, organisert som brukerstyrt personlig assistanse.

§ 3-10. Helse- og omsorgstjenester for innsatte i fengsler i kriminalomsorgen

I de kommuner hvor det ligger fengsler i kriminalomsorgen skal kommunen ha tilbud om helse- og omsorgstjenester for de innsatte.

Kapittel 4. Krav til forsvarlighet, pasientsikkerhet og kvalitet

§ 4-1. Forsvarlighet

Helse- og omsorgstjenester som tilbys eller ytes etter denne lov skal være forsvarlige.

Herunder skal kommunen tilrettelegge sine tjenester slik at

- a) den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og integrert helse- og omsorgstjenestetilbud,
- b) den enkelte pasient eller bruker gis et verdig tjenestetilbud og
- c) helse- og omsorgstjenesten og personell som utfører tjenestene blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter.

Kommunen og virksomhet som har avtale med kommunen om å yte helse- og omsorgstjenester, skal sørge for at journal- og informasjonssystemene i virksomheten er forsvarlige. Kommunen og virksomhet som nevnt i første punktum skal ta hensyn til behovet for effektiv elektronisk samhandling ved anskaffelse og videreutvikling av sine journal- og informasjonssystemer.

§ 4-2. Pasientsikkerhet og kvalitet

Enhver som yter helse- og omsorgstjenester etter denne lov skal sørge for at virksomheten driver systematisk arbeid for å ivareta pasientsikkerhet og kvalitet.

Departementet kan i forskrift gi nærmere regler til utfylling og gjennomføring av denne bestemmelsen, herunder krav til lokalpolitisk behandling av kvalitetskrav.

§ 4-3. Helsedirektoratets ansvar for nasjonale faglige retningslinjer, veiledere og kvalitetsindikatorer. Helsedirektoratet skal utvikle, formidle og vedlikeholde nasjonale faglige retningslinjer og veiledere som understøtter de mål som er satt for helse- og omsorgstjenesten. Retningslinjer og veiledere skal baseres på god praksis og skal understøtte det ansvaret tjenesten har for kontinuerlig forbedring av virksomhet og tjenester.

Helsedirektoratet skal utvikle, formidle og vedlikeholde nasjonale kvalitetsindikatorer som hjelpemiddel for ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, og som grunnlag for at pasienter kan ivareta sine rettigheter. Kvalitetsindikatorerne skal gjøres offentlig tilgjengelig.

Kapittel 5. Særlige plikter og oppgaver

§ 5-1. Transport av behandlingspersonell

For å oppfylle ansvaret etter § 3-1 skal kommunen sørge for transport av behandlingspersonell til pasienter som på grunn av sin helsetilstand ikke kan møte frem på behandlingsstedet og som derfor må gis ambulansetjenester på et annet behandlingssted eller i hjemmet.

§ 5-2. Beredskapsarbeid

Kommunen plikter å utarbeide en beredskapsplan for sin helse- og omsorgstjeneste i samsvar med lov om helsemessig og sosial beredskap. Planen skal samordnes med kommunens øvrige beredskapsplaner.

§ 5-3. Tjenesteplikt ved ulykker og andre akutte situasjoner

Ved ulykker og andre akutte situasjoner som forårsaker ekstraordinær pågang av pasienter, kan kommunen pålegge helsepersonell som tjenestegjør i kommunen, å utføre nærmere tilvist arbeid.

§ 5-4. Politiattest

Kommunen skal ved tilbud om stilling eller oppdrag kreve politiattest fra personell som skal yte tjenester til barn eller personer med utviklingshemming. Kravet gjelder også ved inngåelse

av avtale med privat tjenesteytere, jf. § 3-2 annet ledd. Plikten omfatter ikke personell som bare sporadisk yter slike tjenester og som i alminnelighet ikke vil være alene med barn eller personer med utviklingshemming.

Politiattesten skal vise om vedkommende er siktet, tiltalt, ilagt forelegg eller er dømt for brudd på straffeloven §§ 192, 193, 194, 195, 196, 197, 199, 200 annet ledd, 201 bokstav c, 203 eller 204a. Attesten skal være uttømmende og ikke eldre enn tre måneder.

Den som er ilagt forelegg eller er dømt for overtredelse som nevnt i andre ledd, er utelukket fra å utføre arbeid eller oppgaver som omhandlet i første ledd.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om gjennomføringen av kravet om politiattest.

§ 5-5. Medisinsk-faglig rådgivning

Kommunen ansetter en eller flere kommuneleger som skal utføre de oppgaver kommunelegen er tillagt i lov eller instruks. Kommunelege plikter på anmodning fra departementet å delta i lokal redningssentral.

Kommunelegen skal være medisinsk-faglig rådgiver for helse- og omsorgstjenesten.

Kommunelegen skal videregående dødsmeldinger mottatt fra leger i kommunen etter lov om helsepersonell § 36 til Dødsårsaksregisteret.

§ 5-6. Sprøyterom

Sprøyteromsordninger som er etablert i medhold av lov 2. juli 2004 nr. 64 om ordning med lokaler for injeksjon av narkotika (sprøyteromsloven) er å anse som en kommunal helse- og omsorgstjeneste. Det er opp til den enkelte kommune å avgjøre om den ønsker å etablere en sprøyteromsordning. Kommunen kan ikke inngå avtale med private om drift av sprøyteromsordning.

§ 5-7. Registrering

Kommunen skal motta og registrere meldinger om helsepersonell i kommunen og i kommunehelsetjenesten.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om hvilke opplysninger som skal gis, når disse skal gis og hvordan de skal registreres og formidles videre til et sentralt register.

§ 5-8. Meldingsplikt til kommuneadministrasjonen

Kommunen kan pålegge personell som yter tjenester etter denne lov å gi opplysninger til bruk for planlegging, styring og utvikling av den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Utlevering av taushetsbelagte opplysninger etter første punktum skal skje etter samtykke fra den opplysningene angår, hvis ikke annet er bestemt i eller i medhold av lov.

Pålegg etter denne bestemmelsen skal være saklig begrunnet og ikke omfatte flere opplysninger enn det som er nødvendig av hensyn til formålet.

Kapittel 6. Samarbeid mellom kommuner og regionale helseforetak

§ 6-1 Plikt til å inngå samarbeidsavtale

Kommunestyret selv skal inngå forpliktende samarbeidsavtaler med det regionale helseforetaket i helseregionen eller med helseforetak etter det regionale helseforetakets beslutning. Samarbeidet skal ha som målsetting å bidra til at pasientene/brukerne mottar et helhetlig og over tid sammenhengende tilbud. Pasient- og brukerorganisasjonene skal gis anledning til å medvirke ved utarbeidelse av avtalene.

§ 6-2 Krav til avtalenes innhold

Avtalen skal omfatte:

1. Etablering av felles forståelse for hvilke helse- og omsorgsoppgaver forvaltningsnivåene er pålagt ansvaret for og en felles oppfatning av hvilke tiltak partene til enhver tid skal utføre.
2. Opplegg for faste samarbeidsrutiner som sikrer helhet og sammenheng over tid i tilknytning til innleggelse, utskrivning og oppfølging av pasienter med behov for koordinerte tjenester.
3. Tiltak mot unødvendig innleggelse av pasienter i sykehus.
4. Tiltak for utskrivningsklare pasienter som antas å ha behov for kommunale tjenester etter utskrivning fra institusjon.
5. Rutiner for gjennomføring av dialog/kontakt, herunder kontaktpersoner.
6. Opplegg for gjensidig kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling og for faglige nettverk og hospitering.
7. Samarbeid om utdanning, praksis og læretid, jordmortjenester, IKT-løsninger lokalt og pasient- og brukermedvirkning.
8. Avtale om organisering og finansiering av oppgaver som det samarbeides om.
9. Opplegg for håndtering av uenighet ved gjennomføring og endring av avtalen.
10. Avtalen bør omfatte samarbeid om forsknings- og utviklingsarbeid.

§ 6-3 Frist for inngåelse av avtaler

Departementet kan fastsette en frist for når avtale som nevnt i § 6-1, skal være inngått.

§ 6-4 Innsending av avtaler til Helsedirektoratet

De regionale helseforetakene skal sende avtaler som nevnt i § 6-1, til Helsedirektoratet, senest innen en måned etter at de er vedtatt, eller en måned etter utgangen av frist fastsatt med hjemmel i § 6-3.

§ 6-5 Mekling før avtaleinngåelse

Dersom avtaler som nevnt i § 6-1, ikke blir inngått innen fristen som nevnt i § 6-3, eller dersom partene ikke kommer til enighet om slik avtale, skal partene bringe saken inn for Helsedirektoratet. Helsedirektoratet skal gi råd og veiledning og søke å oppnå enighet mellom partene om inngåelse av samarbeidsavtale. Dersom regionalt helseforetak ikke har sendt avtalene til Helsedirektoratet i samsvar med § 6-4, eller Helsedirektoratet blir varslet om oppsigelse av avtale, jf. § 6-6, kan Helsedirektoratet innkalle partene til mekling etter første ledd.

§ 6-6 Varighet og oppsigelse av avtaler

Avtalepartene skal årlig foreta en felles gjennomgang av avtalen med sikte på nødvendige oppdateringer eller utvidelse.

Avtalepartene kan si opp avtalene med ett års frist. Når en av partene sier opp avtalen, skal det regionale helseforetaket varsle Helsedirektoratet.

§ 6-7. Samarbeid og gjensidig bistand mellom kommuner

Departementet kan i forskrift eller enkeltvedtak pålegge samarbeid mellom kommuner når det anses påkrevet for en forsvarlig løsning av helse- og omsorgstjenesten i kommunene, herunder gi bestemmelser om hvilke oppgaver det skal samarbeides om og fordeling av utgifter. Dersom forholdene tilsier det, skal kommunen yte bistand til andre kommuner ved ulykker og andre akutte situasjoner. Anmodning om bistand fremmes av den kommunen som har bistandsbehovet. Den kommunen som mottar bistand etter annet ledd, skal yte kommunen som bidrar med hjelp, kompensasjon for utgifter som pådras, med mindre noe annet er avtalt eller er bestemt i medhold av første ledd.

Kapittel 7. Individuell plan, koordinator og koordinerende enhet

§ 7-1. Individuell plan

Kommunen skal utarbeide individuell plan for pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester etter loven her. Kommunen skal samarbeide med andre tjenesteytere om planen for å bidra til et helhetlig tilbud for den enkelte. 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. Departementet kan gi nærmere bestemmelser om hvilke pasient- og brukergrupper plikten omfatter, og om planens innhold.

§ 7-2. Koordinator

For pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester etter loven her, skal det oppnevnes en koordinator. Koordinator skal ha et hovedansvar for å sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte pasient eller bruker og skal sikre samordning av tjenestetilbudet og framdrift i arbeidet med individuell plan.

Departementet kan gi nærmere bestemmelser om ansvaret for koordinator.

§ 7-3. Koordinerende enhet

Kommunen skal ha en koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet. Denne enheten skal ha et systemansvar for arbeidet med individuell plan og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator, jf. §§ 7-1 og 7-2. Departementet kan gi nærmere bestemmelser om ansvaret for koordinerende enhet.

Kapittel 8. Undervisning, praktisk opplæring og utdanning

§ 8-1. Undervisning og praktisk opplæring

Enhver kommune plikter å medvirke til undervisning og praktisk opplæring av helse- og omsorgspersonell, herunder også videre- og etterutdanning. Departementet kan gi nærmere forskrifter om kommunens medvirkning til undervisning og praktisk opplæring.

§ 8-2. Videre- og etterutdanning

Kommunen skal sørge for at dens ansatte som utfører tjeneste eller arbeid etter denne loven får påkrevet videre- og etterutdanning.

Kommunen skal medvirke til at ansatte som utfører tjeneste eller arbeid etter denne loven i privat virksomhet innen dens helse- og omsorgstjeneste får adgang til nødvendig videre- og etterutdanning.

Personell som utfører tjeneste eller arbeid etter denne loven plikter å ta del i videre- og etterutdanning som blir foreskrevet og som er nødvendig for å holde dets kvalifikasjoner ved like. Departementet kan gi nærmere forskrifter om videre- og etterutdanning av helse- og omsorgspersonell.

Kapittel 9. Rettssikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemning

§ 9-1. Formål

Formålet med reglene i dette kapitlet er å hindre at personer med psykisk utviklingshemning utsetter seg selv eller andre for vesentlig skade og forebygge og begrense bruk av tvang og makt. Tjenestetilbudet skal tilrettelegges med respekt for den enkeltes fysiske og psykiske integritet, og så langt som mulig i overensstemmelse med tjenestemottakerens selvbestemmelsesrett.

Ingen skal behandles på en nedverdiggende eller krenkende måte.

§ 9-2. Virkeområde

Reglene i dette kapitlet gjelder bruk av tvang og makt som ledd i følgende tjenester til personer med psykisk utviklingshemning:

- a. praktisk bistand og opplæring til dem som har et særlig hjelpebehov på grunn av sykdom, funksjonshemming, alder eller av andre årsaker,
- b. avlastningstiltak for personer og familier som har et særlig tyngende omsorgsarbeid,
- c. støttekontakt for personer og familier som har behov for dette på grunn av funksjonshemming, alder eller sosiale problemer,
- d. plass i institusjon til dem som har behov for det på grunn av funksjonshemming, alder eller av andre årsaker,
- e. pleie og omsorg i hjemmesykepleie eller under opphold i institusjon.

Som bruk av tvang eller makt etter reglene i dette kapitlet regnes tiltak som tjenestemottakeren motsetter seg eller tiltak som er så inngripende at de uansett motstand må regnes som bruk av tvang eller makt. Bruk av inngripende varslingssystemer med tekniske innretninger skal alltid regnes som bruk av tvang eller makt etter reglene i dette kapitlet. Alminnelige oppfordringer og ledelse med hånden eller andre fysiske påvirkninger av liknende art anses ikke som bruk av tvang eller makt.

§ 9-3. Rett til medvirkning og informasjon

Tjenestetilbudet skal så langt som mulig tilrettelegges og gjennomføres i samarbeid med tjenestemottakeren.

Tjenestemottakeren og pårørende, verge eller hjelpeverge, skal høres før det treffes vedtak om bruk av tvang og makt etter reglene i dette kapitlet og gis informasjon om adgangen til å uttale seg i saker som skal overprøves, klageadgang og adgangen til å bringe vedtaket inn for tilsynsmyndighet og tingretten.

Dersom verge eller hjelpeverge ikke allerede er oppnevnt der kommunen anser det aktuelt å fatte vedtak om bruk av tvang og makt etter reglene i dette kapitlet, skal hjelpeverge oppnevnes. Kommunen skal begjære oppnevning av hjelpeverge dersom ikke oppnevning er begjært av andre som kan framsette slik begjæring, jf. vergemålsloven § 90 a. Opplysninger om personlige forhold som hjelpevergen mottar, kan bare gis videre dersom det er nødvendig for å utføre hjelpevergeoppdraget.

Som pårørende regnes den som er definert som pårørende i pasientrettighetsloven § 1-3 bokstav b).

§ 9-4. Krav til forebygging

Kommunen plikter å sørge for at forholdene legges til rette for minst mulig bruk av tvang og makt. I tillegg til å tilrettelegge tjenestetilbudet i overensstemmelse med reglene i § 9-1 annet ledd, jf. også § 9-5 første ledd, plikter kommunen å gi nødvendig opplæring etter § 8-1, herunder faglig veiledning og oppfølging i gjennomføring av tiltak etter dette kapitlet.

§ 9-5. Vilkår for bruk av tvang og makt

Andre løsninger enn bruk av tvang eller makt skal være prøvd før tiltak etter dette kapitlet settes i verk. Kravet kan bare fravikes i særlige tilfeller, og det skal i så fall gis en begrunnelse.

Tvang og makt kan bare brukes når det er faglig og etisk forsvarlig. I vurderingen skal det legges særlig vekt på hvor inngripende tiltaket er for den enkelte tjenestemottaker. Tiltakene må ikke gå lenger enn det som er nødvendig for formålet, og må stå i forhold til det formålet som skal ivaretas. Tvang og makt kan bare brukes for å hindre eller begrense vesentlig skade. Det kan anvendes tvang og makt i følgende tilfeller:

- a. skadeavvergende tiltak i nødsituasjoner,
- b. planlagte skadeavvergende tiltak i gjentatte nødsituasjoner eller,
- c. tiltak for å dekke tjenestemottakerens grunnleggende behov for mat og drikke, påkledning, hvile, søvn, hygiene og personlig trygghet, herunder opplærings- og treningstiltak.

§ 9-6. Særlige grenser for bruk av enkelte tiltak

Mekaniske tvangsmidler som hindrer tjenestemottakerens bevegelsesfrihet, herunder belter, remmer, skadeforebyggende spesialklær og liknende kan bare brukes for å gi nødvendig støtte for fysiske funksjonshemninger, for å hindre fall og for å hindre at tjenestemottakeren skader seg selv. I alle tilfeller må vilkårene i § 9-5 være oppfylt.

Dersom en nødsituasjon etter § 9-5 tredje ledd bokstavene a og b gjør det nødvendig å skjerme tjenestemottakeren fra andre personer, skal skjermingen foregå i et ordinært beboelsesrom med ulåst dør. Sikkerhetsmessige hensyn kan unntaksvis tilsi at døren låses. Vedkommende skal i alle tilfeller holdes under oppsyn, og skjermingen skal avbrytes straks situasjonen er brakt under kontroll.

Det er ikke tillatt med opplærings- og treningstiltak etter § 9-5 tredje ledd bokstav c som påfører tjenestemottakeren smerte eller psykisk eller fysisk skade, herunder all form for fysisk refselse, eller som innebærer betydelig fysiske og psykiske anstrengelser for tjenestemottakeren eller medfører fysisk isolering.

§ 9-7. Kommunens saksbehandling

Beslutning om bruk av tvang og makt etter § 9-5 tredje ledd bokstav a treffes av den som har det daglige ansvaret for tjenesten, eller - dersom det ikke er tid til dette - av tjenesteyteren.

Beslutningen skal nedtegnes straks etter at tiltaket er gjennomført. Reglene i tredje ledd bokstavene a til e og bokstav i om hva som skal nedtegnes, gjelder tilsvarende. Det skal straks sendes melding om beslutningen til den faglig ansvarlige for tjenesten, Fylkesmannen, verge eller hjelpeverge og pårørende, eller på den måten Fylkesmannen beslutter. Meldingen skal opplyse om adgangen til å klage etter § 9-11 første ledd.

Vedtak i medhold av § 9-5 tredje ledd bokstavene b og c treffes av den som har det overordnede faglige ansvaret for tjenesten. Vedtak kan treffes for inntil tolv måneder om gangen. Spesialisthelsetjenesten skal bistå ved utformingen av tiltakene.

Vedtaket skal settes opp skriftlig og inneholde:

- a. tjenestemottakerens navn og tid og sted for vedtaket,
- b. beskrivelse av tjenestemottakerens situasjon og en faglig vurdering av denne,
- c. beskrivelse av de tiltakene som skal settes i verk og den faglige begrunnelsen for disse,
- d. fastsettelse av tidsramme for tiltakene,
- e. bekreftelse på at vilkårene i kapitlet er oppfylt, herunder begrunnelse etter § 9-5 første ledd annet punktum,
- f. opplysning om hvilken holdning tjenestemottakeren og dennes representant har til tiltaket,
- g. angivelse av faglig ansvarlig for gjennomføringen av tiltaket,
- h. opplysning om Fylkesmannens overprøvingsmyndighet og adgang til å uttale seg i saker som skal overprøves etter § 9-8, og
- i. opplysning om tilsynsmyndighet.

Vedtaket skal sendes Fylkesmannen til overprøving etter § 9-8. Vedtaket skal samtidig sendes spesialisthelsetjenesten, verge eller hjelpeverge og pårørende som kan avgi uttalelse til Fylkesmannen. Frist for å avgi slik uttalelse er en uke fra vedtaket er mottatt. Vedtaket kan ikke iverksettes før det er godkjent av Fylkesmannen. Dersom vedtaket er påklaget etter § 9-11 annet ledd, kan vedtaket ikke iverksettes før fylkesnemnda for barnevern og sosiale saker har godkjent vedtaket.

§ 9-8. Fylkesmannens overprøving

Fylkesmannen skal overprøve vedtak etter § 9-5 tredje ledd bokstavene b og c, jf. § 9-7 fjerde ledd. Fylkesmannen skal prøve alle sider av saken.

Fylkesmannen skal gi vergen eller hjelpevergen og pårørende opplysning om klageadgangen etter § 9-11 annet ledd.

§ 9-9. Krav til gjennomføring og evaluering

Spesialisthelsetjenesten skal bistå ved gjennomføringen av tiltak etter § 9-5 tredje ledd bokstavene b og c. Tjenestemottakeren har rett til kvalifisert personale ved gjennomføringen av tiltak etter § 9-5 tredje ledd bokstavene b og c. Ved gjennomføringen av disse tiltakene skal det være to tjenesteytere til stede dersom dette ikke er til ugunst for tjenestemottakeren. Når tiltak etter § 9-5 tredje ledd bokstav b gjennomføres, skal den ene av de to tjenesteyterne minst ha bestått utdanning i helse-, sosial- eller pedagogiske fag på høgskolenivå. Når tiltak etter § 9-5 tredje ledd bokstav c gjennomføres, skal den ene av de to tjenesteyterne minst ha bestått avsluttende eksamen i studieretning for helse- og sosialfag i videregående opplæring. Fylkesmannen kan i særlige tilfeller gi dispensasjon fra utdanningskravet. Tiltaket skal vurderes kontinuerlig, og avbrytes straks, dersom vilkårene for vedtaket ikke lenger er til stede eller det viser seg ikke å ha de forutsatte konsekvenser eller å ha uforutsette, negative virkninger.

§ 9-10. Plikt til å føre journal

Reglene i helsepersonelloven kapittel 8 om dokumentasjonsplikt og forskrift om pasientjournal gjelder.

§ 9-11. Klage

Beslutning etter § 9-5 tredje ledd bokstav a kan påklages av tjenestemottakeren, verge eller hjelpeverge og pårørende til Fylkesmannen. Fylkesmannen skal prøve alle sider av saken. Vedtak etter § 9-5 tredje ledd bokstavene b og c som er overprøvd av Fylkesmannen etter § 9-8, kan påklages av tjenestemottakeren, vergen eller hjelpevergen og pårørende til fylkesnemnda for barnevern og sosiale saker. Klageadgangen gjelder også hvis Fylkesmannen har nektet å godkjenne kommunens vedtak, forutsatt at kommunen fortsatt ønsker å gjennomføre tiltaket. Fylkesnemnda skal prøve alle sider av saken.

Det kan oppnevnes et eget utvalg av fagkyndige for saker som etter reglene i dette kapitlet skal behandles av fylkesnemnda. Forhandlingsmøte for saker etter denne bestemmelsen, skal holdes snarest og hvis mulig innen to uker etter at fylkesnemnda mottok saken, jf. barnevernloven § 7-14. For øvrig gjelder reglene i barnevernloven §§ 7-1 til 7-8 og 7-11 til 7-21. Kongen kan gi forskrift om at disse reglene skal gjelde helt eller delvis. Klagesaken skal forberedes av Fylkesmannen etter bestemmelsene i forvaltningsloven § 33 første til fjerde ledd. Fylkesmannen skal redegjøre for de omstendigheter som ligger til grunn for vedtaket. De skriftlige uttalelser og forklaringer som vedtaket bygger på, skal vedlegges. Det skal opplyses om hvilke personer som skal gi forklaring for fylkesnemnda. Klagefristen er tre uker fra vedtaket eller melding om beslutning er kommet fram til den som har klagerett etter første og annet ledd.

§ 9-12. Overprøving i tingretten

Vedtak i klagesak etter § 9-11 annet ledd kan bringes inn for tingretten etter reglene i tvisteloven kapittel 36. Søksmålsadgangen gjelder ikke hvis fylkesnemnda for barnevern og sosiale saker har nektet å godkjenne kommunens vedtak. Saksøker er den som tvangsinngrepet er rettet mot. Vedkommende kan reise sak på egen hånd dersom han har evne til å forstå hva saken gjelder. Søksmål kan også reises av pårørende, verge eller hjelpeverge. Om adgangen for et barn til å reise søksmål gjelder § 6-5 i pasientrettighetsloven. Fristen til å reise søksmål er to måneder fra den dag den som har rett til å reise søksmål, fikk melding om vedtaket.

§ 9-13. Spesialisthelsetjenesten

Reglene i dette kapitlet gjelder tilsvarende for spesialisthelsetjenesten når den deltar i tiltak etter kommunale vedtak etter § 9-7. Som ledd i spesialisthelsetjenestens utførelse av oppgaver

etter §§ 9-7 og 9-9, kan det treffes vedtak om bruk av tvang og makt i medhold av reglene i dette kapitlet. Saksbehandlingsreglene i dette kapitlet gjelder så langt de passer. Regionalt helseforetak plikter å sørge for at spesialisthelsetjenesten har den kompetansen og bemanningen som er nødvendig for å yte forsvarlig bistand til kommunene ved tiltak etter reglene i dette kapitlet.

§ 9-14. Forskrift

Kongen kan gi forskrift til utfylling og gjennomføring av reglene i dette kapitlet.

Kapittel 10. Tvangstiltak overfor rusmiddelmissbrukere

§ 10-1. Kommunens plikt til å vurdere bruk av tvang etter melding fra pårørende

Kommunene skal ved melding fra pårørende om omfattende rusmiddelmissbruk foreta de nødvendige undersøkelser i saken, og vurdere om det skal fremmes sak etter §§ 10-2 eller 10-3. Når saken er utredet, skal den pårørende ha tilbakemelding om dette. En persons pårørende etter første ledd er den som er definert som pårørende i pasientrettighetsloven § 1-3 bokstav b.

§ 10-2. Tilbakehold i institusjon uten eget samtykke.

Dersom noen utsetter sin fysiske eller psykiske helse for fare ved omfattende og vedvarende misbruk, og dersom hjelpetiltak ikke er tilstrekkelig, kan det vedtas at vedkommende uten eget samtykke kan tas inn i en institusjon utpekt av regionalt helseforetak, jf. lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. § 2-1a annet ledd, for undersøkelse og tilrettelegging av behandling, og holdes tilbake der i opptil tre måneder. Et vedtak etter første ledd skal treffes av fylkesnemnda for barnevern og sosiale saker. Fylkesnemnda skal samtidig ta stilling til om det skal være adgang til å ta urinprøver av pasienten under institusjonsoppholdet. Fylkesnemndas vedtak etter første ledd kan bare settes i verk dersom institusjonen faglig og materielt er i stand til å tilby vedkommende tilfredsstillende hjelp sett i forhold til formålet med inntaket i institusjonen. Kommunen kan la være å sette et vedtak i verk om forholdene tilsier det. Er vedtaket ikke satt i verk innen seks uker, faller det bort. Et midlertidig vedtak etter første ledd kan treffes av kommunen dersom de interesser bestemmelsen skal ivareta kan bli vesentlig skadelidende dersom vedtak ikke treffes og gjennomføres straks. For øvrig gjelder reglene i barnevernloven §§ 7-22 og 7-23.

Er det truffet midlertidig vedtak, skal et forslag til endelig vedtak sendes fylkesnemnda innen to uker. Dersom saken ikke er sendt til fylkesnemnda innen denne fristen, faller vedtaket bort.

§ 10-3. Tilbakeholdelse av gravide rusmiddelmissbrukere

Det kan vedtas at en gravid rusmiddelmissbruker uten eget samtykke skal tas inn på institusjon utpekt av regionalt helseforetak, jf. lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. § 2-1a andre ledd, og holdes tilbake der i hele svangerskapet dersom misbruket er av en slik art at det er overveiende sannsynlig at barnet vil bli født med skade, og dersom hjelpetiltak ikke er tilstrekkelig. Fylkesnemnda skal samtidig ta stilling til om det skal være adgang til å ta urinprøver av den gravide under institusjonsoppholdet. Inntakets formål er å hindre eller begrense sannsynligheten for at barnet påføres skade. Under oppholdet skal det legges vekt på at kvinnen tilbys tilfredsstillende hjelp for sitt rusmiddelmissbruk og for å bli i stand til å ta vare på barnet. Kommunen skal, i samråd med institusjonen, minst hver tredje måned vurdere om det fortsatt er grunnlag for tilbakeholdelse. Tilbakeholdelsen kan bare fortsette dersom sosialtjenesten treffer avgjørelse om det innen denne fristen. Kommunen kan la være å sette et vedtak i verk om forholdene tilsier det. Er vedtaket ikke satt i verk innen to uker, faller det bort. Et midlertidig vedtak etter første ledd kan treffes av kommunen dersom de interesser bestemmelsen skal ivareta kan bli vesentlig skadelidende dersom vedtaket ikke treffes og gjennomføres straks. For øvrig gjelder reglene i barnevernloven §§ 7-22 og 7-23.

Er det truffet midlertidig vedtak, skal forslag til endelig vedtak sendes fylkesnemnda innen to uker. Dersom saken ikke er sendt til fylkesnemnda innen denne fristen, faller vedtaket bort.

§ 10-4. Tilbakehold i institusjon på grunnlag av eget samtykke.

Når en rusmiddelmisbruker på grunnlag av eget samtykke blir tatt inn i en institusjon utpekt av regionalt helseforetak, jf. lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. § 2-1a andre ledd, kan institusjonen sette som vilkår at misbrukeren kan holdes tilbake i opptil tre uker regnet fra inntaket. Ved opphold i en institusjon med sikte på behandling eller opplæring i minst tre måneder kan det også settes som vilkår at misbrukeren kan holdes tilbake i opptil tre uker etter at samtykket uttrykkelig er trukket tilbake. Tilbakehold kan bare skje opptil tre ganger for hvert opphold. Dersom misbrukeren rømmer, men blir brakt tilbake innen tre uker, regnes utgangspunktet for tilbakeholdsfristen fra det tidspunkt misbrukeren er brakt tilbake til institusjonen. Samtykket skal være skriftlig og skal gis til institusjonsledelsen senest når oppholdet begynner. Slikt samtykke kan også gis ved direkte overgang fra opphold med hjemmel i §§ 10-2 og 10-3. Før misbrukeren gir sitt samtykke, skal han eller hun gjøres kjent med eventuelle vilkår som nevnt i første og andre ledd. Institusjonen kan sette som vilkår for oppholdet at pasienten før oppholdet begynner, gir samtykke til at det kan tas urinprøver under institusjonsoppholdet. Et barn over 12 år med rusproblemer kan tas inn i institusjon på grunnlag av samtykke fra barnet selv og de som har foreldreansvaret. Har barnet fylt 16 år, er barnets samtykke tilstrekkelig.

§ 10-5. Bruk av fylkesnemnda i saker etter §§ 10-2 og 10-3

Barnevernloven §§ 7-1 til 7-8 og §§ 7-11 til 7-23 gjelder tilsvarende for saker etter §§ 10-2 og 10-3 i den utstrekning annet ikke fremgår av loven her. Forhandlingsmøte for saker etter §§ 10-2 og 10-3, skal holdes snarest og hvis mulig innen to uker etter at fylkesnemnda mottok saken, jf. barnevernloven § 7-14.

§ 10-6. Innledning til sak etter §§ 10-2 og 10-3

En sak etter §§ 10-2 og 10-3 innledes ved at kommunen utarbeider begjæring om tiltak etter vedkommende bestemmelse. Dersom begjæringen skal forelegges et folkevalgt organ, skal begjæringen, dersom organet er enig, med eventuelle merknader omgående sendes til fylkesnemnda. Haster saken, kan den sendes til nemnda uten at den er forelagt det folkevalgte organet på forhånd.

§ 10-7. Overprøving av fylkesnemndas vedtak

Nemndas vedtak kan bringes inn for tingretten etter reglene i tvisteloven kapittel 36 av den private part eller av kommunen. Kommunen er part i saken. Om adgangen for et barn til å reise søksmål gjelder pasientrettighetsloven § 6-5. Fristen for å reise søksmål er to måneder fra den dag den som har rett til å reise søksmål, fikk melding om vedtaket. Det kan gis oppfriskning etter tvisteloven mot oversittelse av fristen. Kommunen dekker sine egne omkostninger i saken.

§ 10-8. Ansvar for å reise tvangssak

Ansvar for å reise sak etter §§ 10-2 og 10-3 har den kommunen der rusmiddelmisbrukeren oppholder seg. Ved avtale mellom de berørte kommuner kan ansvaret overføres til en annen kommune som rusmiddelmisbrukeren har tilknytning til. Den kommunen som har reist saken, har ansvaret for iverksetting av vedtaket. Endring i rusmiddelmisbrukerens tilknytning til kommunen medfører ingen endring i ansvarsforholdet hvis det ikke bli inngått avtale som nevnt i første ledd andre punktum.

Kapittel 11. Finansiering og egenbetaling

§ 11-1. Kommunens ansvar for utgifter

Kommunen skal sørge for de bevilgninger som er nødvendige for å yte de tjenester og sette i verk de tiltak kommunen har ansvaret for etter loven her. Utgifter til bedriftshelsetjeneste

dekkes ikke av kommunen. Kostnadene ved de tjenester og tiltak som er nevnt i første ledd, skal dekkes av den kommunen som etter § 3-1 og § 10-8 er ansvarlig for å yte tjenesten eller sette i verk tiltaket. Departementet kan gi forskrifter om utgiftsfordelingen mellom to eller flere kommuner der en pasient eller bruker får tjenester av en annen kommune enn der vedkommende har fast bosted eller fast opphold, og om behandling av tvister mellom kommuner om utgiftsfordeling i slike tilfeller. Utgifter til privat praksis som drives etter avtale med kommunen skal delvis dekkes av kommunen etter nærmere avtale mellom den privatpraktiserende og kommunen. Avtaler som nevnt i denne paragrafen kan ikke overdras. Departementet kan gi nærmere forskrifter om privat helse- og omsorgsvirksomhet. Kommunen dekker reiseutgifter for behandlingspersonell som gir helsetjenester etter lov om folketrygd kapittel 5. Det samme gjelder for kommunalt ansatt helsepersonell eller helsepersonell som har avtale med kommunen for å yte helsehjelp, herunder helsepersonell ansatt ved familievernkontor. Det er et vilkår at pasienten på grunn av sin helsetilstand ikke kan møte frem på behandlingsstedet og derfor må gis ambulans behandling på et annet behandlingssted eller i hjemmet. Departementet gir nærmere forskrifter om dekning av reiseutgifter for behandlingspersonell, og kan gi bestemmelser om dekning av reiseutgifter i andre tilfeller enn nevnt i tredje ledd. Videre kan det gis bestemmelser om fast skyssgodtgjørelse til behandlingspersonell.

§ 11-2. Vederlag for helse- og omsorgstjeneste

For hjelp fra kommunens helse- og omsorgstjeneste, herunder privat virksomhet som driver etter avtale med kommunen, kan kommunen kreve vederlag av brukeren når dette følger av lov og forskrift. Departementet kan gi nærmere forskrifter om vederlag.

§ 11-3. Kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenester

Departementet kan i forskrift gi bestemmelser om kommuners medfinansieringsansvar for pasientbehandling i spesialisthelsetjenesten, herunder fastsette kriterier for hvilke pasientgrupper eller behandlingsformer som skal omfattes.

§ 11-4. Kommunalt finansieringsansvar for utskrivningsklare pasienter

Kommunen skal fra og med dag en dekke utgifter for pasienter som er ferdigbehandlet, men som oppholder seg i privat eller offentlig institusjon i spesialisthelsetjenesten i påvente av et kommunalt helse- og omsorgstilbud. Kommunen skal inngå samarbeidsavtale med regionalt helseforetak om utskrivningsklare pasienter. Kommunen kan inngå slik avtale alene eller sammen med andre kommuner. Departementet fastsetter forskrift om ordningens omfang og innhold, kriterier for når en pasient er utskrivningsklar, herunder kriterier for samarbeid mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten om utskrivningsklare pasienter, og betalingssatser etter første ledd. Departementet fastsetter også forskrift om hva samarbeidsavtale etter andre ledd minimum skal inneholde.

§ 11-5. Tilskudd fra staten

Staten yter årlig rammetilskudd til delvis dekning av kommunens utgifter. Tilskuddene fordeles gjennom inntektssystemet for kommunene etter regler gitt av Kongen. Folketrygden yter stønad til dekning av utgifter til helsetjenester etter de regler som er fastsatt i og i medhold av lov om folketrygd.

Kapittel 12. Forskjellige bestemmelser

§ 12-1. Taushetsplikt

Enhver som utfører tjeneste eller arbeid etter denne loven, har taushetsplikt etter forvaltningsloven §§ 13 til 13 e. Overtredelse straffes etter straffeloven § 121.

Taushetsplikten gjelder også fødested, fødselsdato, personnummer, statsborgerforhold, sivilstand, yrke, bopel og arbeidssted. Opplysning om oppholdssted kan likevel gis når det er klart at det ikke vil skade tillitten til helse- og omsorgstjenesten å gi slik opplysning. Opplysninger til andre forvaltningsorganer etter forvaltningsloven § 13 b nr. 5 og 6 kan bare gis når dette er nødvendig for å bidra til løsning av oppgaver etter denne loven, eller for å forebygge vesentlig fare for liv eller alvorlig skade for noens helse. Dersom et barns interesser tilsier det, kan Fylkesmannen/Helsetilsynet i fylket eller departementet bestemme at opplysninger skal være undergitt taushetsplikt, selv om foreldrene har samtykket i at de gjøres kjent.

§ 12-2. Legefordeling til kommunens helse- og omsorgstjeneste

Departementet fastsetter hvert år en samlet ramme for

1. antall nye legestillinger som kan opprettes i kommunehelsetjenesten,
2. antall nye avtalehjemler for privat allmennlegevirksomhet.

Departementet kan gi nærmere forskrifter om innhold og gjennomføring av legefordeling til kommunehelsetjenesten.

§ 12-3. Pasienters og brukeres medvirkning

Kommunen skal sørge for at representanter for pasienter og brukere blir hørt i forbindelse med utvikling av kommunens helse- og omsorgstjeneste. Kommunen skal sørge for at virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester omfattet av denne lov, etablerer systemer for innhenting av pasienters og brukeres erfaringer og synspunkter.

§ 12-4. Statlig tilsyn

Fylkesmannen/Helsetilsynet i fylket skal føre tilsyn med lovligheten av kommunens oppfyllelse av plikter pålagt i kapitlene 3, 4, 5, 6, 7, 8, §§ 11-2, 11-3, 11-4 og 12-3. Reglene i lov 25. september 1992 nr. 107 om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven) kapittel 10 A gjelder tilsvarende for tilsynsvirksomheten etter første ledd. Fylkesmannen skal føre tilsyn med lovligheten av kommunens oppfyllelse av plikter etter kapitlene 9 og 10. Ved tiltak etter § 9-5 tredje ledd bokstavene b og c skal det også føres stedlig tilsyn.

Kapittel 13. Ikrafttredelse, endringer i andre lover, overgangsbestemmelser

§ 13-1. Ikrafttredelse

Loven trer i kraft fra det tidspunkt Kongen bestemmer. Kongen kan bestemme at de enkelte bestemmelser i loven skal tre i kraft til forskjellig tid.

§ 13-2. Opphevelse av andre lover

Fra tidspunktet for ikrafttredelse blir følgende lover opphevet: Lov 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene, lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v.

§ 13-1. Eldre forskrift, vedtekt m.v.

Forskrift, vedtekt, instruks e.l. gitt med hjemmel i tidligere lov som oppheves eller endres når loven her trer i kraft, gjelder fortsatt i den utstrekning den ikke strider mot loven her eller forskrift, vedtekt instruks e.l. gitt i medhold av den.

Forslag til endringer i andre lover

1. Helsepersonelloven

§ 3 tredje ledd skal lyde:

Med helsehjelp menes enhver handling som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgs mål og som utføres av helsepersonell.

§ 3 fjerde ledd skal lyde:

Med helseinstitusjon menes institusjon som hører under lov om spesialisthelsetjenesten og lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, med unntak for aldershjem og barneboliger.

§ 4 andre ledd skal lyde:

Helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og skal innhente bistand eller henvise pasienter videre der dette er nødvendig og mulig. Dersom pasientens behov tilsier det, skal yrkesutøvelsen skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell. Helsepersonell har plikt til å delta i arbeid med individuell plan når en pasient eller bruker har rett til slik plan etter pasientrettighetsloven § 2-5.

§ 15 a. Endringer i overskrift:

§ 15 a Opplysninger til kvalitetssikring, administrasjon, planlegging eller styring av helse - og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten

§ 16 andre ledd oppheves.

Ny 16 b) skal lyde: § 16 b. Helsedirektoratets ansvar for nasjonale faglige retningslinjer, veiledere og kvalitetsindikatorer

Helsedirektoratet skal utvikle, formidle og vedlikeholde nasjonale faglige retningslinjer og veiledere som understøtter de mål som er satt for helse- og omsorgstjenesten. Retningslinjer og veiledere skal baseres på god praksis og skal understøtte det ansvaret tjenesten har for kontinuerlig forbedring av virksomhet og tjenester.

Helsedirektoratet skal utvikle, formidle og vedlikeholde nasjonale kvalitetsindikatorer som hjelpemiddel for ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, og som grunnlag for at pasienter kan ivareta sine rettigheter. Kvalitetsindikatorerne skal gjøres offentlig tilgjengelige.

Ny § 20a første ledd om krav til politiattest skal lyde:

Helsepersonell som skal yte helsehjelp til barn eller personer med utviklingshemming, har plikt til å fremlegge politiattest ved tilbud om stilling, ved inngåelse av avtale om å yte helse- og omsorgstjenester jf. lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 3-2 annet ledd, inngåelse av avtale etter tannhelsetjenesteloven § 4-2 første ledd og spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a fjerde ledd, samt ved melding om åpning, overtagelse, og inntreden i privat virksomhet, jf. § 18. Plikten omfatter ikke personell som bare sporadisk yter slike tjenester og som i alminnelighet ikke vil være alene med barn eller personer med utviklingshemming.

§ 32 skal lyde: § 32 Opplysninger til helse- og omsorgstjenesten

Den som yter helsehjelp, skal i sitt arbeid være oppmerksom på forhold som bør føre til tiltak fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og skal av eget tiltak gi helse- og omsorgstjenesten opplysninger om slike forhold etter å ha innhentet samtykke fra pasienten, eller så langt opplysningene ellers kan gis uten hinder av taushetsplikt etter § 21.

Uten hinder av taushetsplikt etter § 21 skal helsepersonell av eget tiltak gi opplysninger til helse- og omsorgstjenesten, når det er grunn til å tro at en gravid kvinne misbruker rusmidler på en slik måte at det er overveiende sannsynlig at barnet vil bli født med skade, jf. lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 10-3. Også etter pålegg fra de organer som er ansvarlige for gjennomføringen av lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, skal helsepersonell gi slike opplysninger

I helseinstitusjoner skal det utpekes en person som skal ha ansvaret for utleveringen av slike opplysninger.

Ny § 38a: Melding om behov for individuell plan og koordinator

Helsepersonell skal snarest mulig gi melding om pasienters og brukeres behov for individuell plan og koordinator, jf. pasientrettighetsloven § 2-5, lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § A og spesialisthelsetjenesteloven § 2-5a. Personell som yter kommunale helse- og omsorgstjenester, skal gi melding til koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet i kommunen. Personell som yter hjelp etter

spesialisthelsetjenesteloven, skal gi melding til koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet i spesialisthelsetjenesten.

2. Pasientrettighetsloven

§ 1-3, ny bokstav f) skal lyde:

bruker: person som anmoder om eller mottar tjenester omfattet av lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, og som ikke er å anse for helsehjelp etter bokstav c).

§ 2-1 oppheves.

Ny § 2-1a skal lyde:

§ 2-1a. Rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester fra kommunen

Pasienten har rett til øyeblikkelig helsehjelp.

Pasient og bruker har rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester etter lov ???. måned 201? nr. ?? om kommunale helse- og omsorgstjenester.

Pasient og bruker har rett til verdig tjenestetilbud i samsvar med lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 4-1 annet ledd bokstav b.

Kongen kan gi forskrifter om hva som skal anses som helse- og omsorgstjenester som pasient og bruker kan ha rett til.

Ny § 2-1b skal lyde:

§ 2-1b. Rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten

Pasienten har rett til øyeblikkelig helsehjelp.

Pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Retten gjelder bare dersom pasienten kan ha forventet nytte av helsehjelpen, og kostnadene står i rimelig forhold til tiltakets effekt. Spesialisthelsetjenesten skal fastsette en frist for når faglig forsvarlighet krever at en pasient som har en slik rettighet, senest skal få nødvendig helsehjelp.

Helsetjenesten skal gi den som søker eller trenger helsehjelp, de helse- og behandlingsmessige opplysninger vedkommende trenger for å ivareta sin rett.

Dersom det regionale helseforetaket ikke har sørget for at en pasient som har en rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, får den nødvendige helsehjelpen innen det tidspunktet som er fastsatt i medhold av annet ledd, har pasienten rett til å motta nødvendig helsehjelp uten opphold, om nødvendig fra privat tjenesteyter eller tjenesteyter utenfor riket. Dersom det regionale helseforetaket ikke kan yte helsehjelp til en pasient som har rett til nødvendig helsehjelp, fordi det ikke finnes et adekvat tilbud i riket, har pasienten rett til nødvendig helsehjelp fra tjenesteyter utenfor riket innen den frist som er fastsatt etter annet ledd.

Kongen kan gi forskrifter om hva som skal anses som helsehjelp som pasienten kan ha rett til. Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om fastsettelse av og informasjon om tidsfristen for å yte helsehjelp som nevnt i annet ledd, herunder en frist for når barn og unge under 23 år med psykiske lidelser eller rusmiddelavhengighet senest skal motta nødvendig helsehjelp. Departementet kan i forskrift også gi nærmere bestemmelser om organiseringen av og oppgjøret for tjenester pasienten har rett til å motta fra privat tjenesteyter eller tjenesteyter utenfor riket etter fjerde ledd.

Ny § 2-1c skal lyde:

§ 2-1c. Pasientrettigheter i fastlegeordningen

Enhver som er bosatt i en norsk kommune, har rett til å stå på liste hos lege med fastlegeavtale etter lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § ????. Det samme gjelder asylsøkere og deres familie når de er medlem av folketrygden.

Personer som står på fastleges liste har rett til å skifte fastlege inntil to ganger i året, og rett til å få en ny vurdering av sin helsetilstand hos en annen lege med fastlegeavtale.

Rettigheter i første og annet ledd gjelder ikke i de kommuner der plikten til å ha

fastlegeordning er suspendert etter lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § ????.

Departementet kan gi forskrift til gjennomføring og utfylling av pasientrettighetene i fastlegeordningen, herunder om barns plassering på liste og om rett til å bytte fastlege.

Ny § 2-1d skal lyde:

§ 2-1d. Tiltak ved særlig tyngende omsorgsoppgaver

De som har særlig tyngende omsorgsarbeid, kan kreve at helse- og omsorgstjenesten treffer vedtak om det skal settes i verk tiltak for å lette omsorgsbyrden og i tilfelle hva tiltakene skal bestå i.

I § 2-5 gjøres følgende endringer:

§ 2-5. Rett til individuell plan

Pasient og bruker som har behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester, har rett til å få utarbeidet individuell plan i samsvar med bestemmelsene i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, spesialisthelsetjenesteloven og lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern.

I § 2-7 gjøres følgende endringer:

§ 2-7. Forvaltningslovens anvendelse

Forvaltningsloven kapittel IV og V gjelder ikke for vedtak som treffes etter dette kapitlet.

For vedtak om hjelp etter lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 3-2 som gjelder tjenester i hjemmet og plass i institusjon for et tidsrom på over to uker, gjelder likevel reglene i forvaltningsloven kapittel IV og V med de særreglene som følger av loven her.

Er det flere som samtidig søker en tjeneste det er knapphet på, regnes de ikke som parter i samme sak. En søker som mener seg forbigått, kan ikke klage over at en annen har fått ytelsen.

I Kapittel 3. Rett til medvirkning og informasjon, gjøres følgende endringer:

Gjennomgående tekniske endringer slik at rettigheter som i dag gjelder for "pasienter" også skal gjelde for "brukere", jf. forslag til ny definisjon av "bruker" i § 1-3 bokstav f).

I Kapittel 4. Samtykke til helsehjelp, gjøres følgende endringer:

Gjennomgående tekniske endringer slik at rettigheter som i dag gjelder for "pasienter" også skal gjelde for "brukere", jf. forslag til ny definisjon av "bruker" i § 1-3 bokstav f).

I Kapittel 5. Rett til journalinnsyn, gjøres følgende endringer:

Gjennomgående tekniske endringer slik at rettigheter som i dag gjelder for "pasienter" også skal gjelde for "brukere", jf. forslag til ny definisjon av "bruker" i § 1-3 bokstav f).

Nytt andre ledd i § 6-1. Barns rett til helsekontroll, som lyder:

Foreldrene plikter å medvirke til at barnet deltar i helsekontroll.

Ny § 6-5 skal lyde:

§ 6-5. Partsrettigheter ved søksmål

Et barn kan opptre som part i en sak og gjøre partsrettigheter gjeldende dersom det har fylt 12 år og forstår hva saken gjelder. I en sak som gjelder tiltak overfor rusmiddelmissbrukere under 18 år, jf. lov om kommunale helse- og omsorgstjenester kapittel 10, skal barnet alltid regnes som part.

§ 7-1

Oppheves

§ 7-2. Klage

Pasient eller bruker eller dennes representant som mener at bestemmelsene i kapitlene 2, 3 og 4, samt § 5-1, § 6-2 og § 6-3 er brutt, kan klage til Helsetilsynet i fylket/Fylkesmannen.

Klagen sendes til den som har truffet enkeltvedtaket eller avgjørelsen.

Pasient eller representant for pasienten som mener at bestemmelsen i § 2-1 femte ledd ikke er overholdt, kan klage til en klagenemnd som oppnevnes av departementet. Klagenemnda skal ha fem medlemmer. Lederen skal være jurist. Departementet oppnevner medlemmer og deres personlige varamedlemmer for to år om gangen. Det er adgang til å gjenoppnevne medlemmer og varamedlemmer.

Første ledd gjelder tilsvarende for andre som mener de ikke har fått sine selvstendige rettigheter etter kapitlene 3 til 6 oppfylt.

Pasientens eller brukerens representant etter første og andre ledd er den som har fullmakt til å klage på pasientens vegne, eller som har samtykkekompetanse etter kapittel 4. Fullmektig som ikke er advokat, skal legge fram skriftlig fullmakt.

§ 7-3. Klagens form og innhold

Klage til Helsetilsynet i fylket/Fylkesmannen skal være skriftlig. Klagen skal være undertegnet av pasienten eller brukeren eller den som representerer pasienten eller brukeren. Klagen bør nevne det forhold som det klages over og gi opplysninger som kan være av betydning for behandlingen av klagen. Inneholder klagen feil eller mangler, setter Helsetilsynet i fylket/Fylkesmannen en kort frist for rettelse eller utfylling.

§ 7-4. Anmodning om vurdering av mulig pliktbrudd

Pasienten, brukeren eller andre som har rett til det kan, dersom vedkommende mener bestemmelser om plikter fastsatt i eller i medhold av helsepersonelloven er brutt til ulempe for seg, be tilsynsmyndigheten om en vurdering av forholdet. Tilsynsmyndigheten kan eventuelt ilegge en administrativ reaksjon etter helsepersonelloven kapittel 11. Reglene i dette kapitlet kommer ikke til anvendelse på slike anmodninger.

§ 7-5. Frist for klage

Fristen for klage etter § 7-1 er fire uker etter at vedkommende fikk eller burde ha fått tilstrekkelig kunnskap til å fremme en klage.

§ 7-6. Forvaltningslovens anvendelse

Forvaltningslovens regler om behandling av klager over enkeltvedtak gjelder så langt de passer, med de særlige bestemmelser som er gitt i dette kapitlet. Helsetilsynet i fylket/Fylkesmannen skal ved prøving av vedtak fra kommunen legge stor vekt på hensynet til det kommunale selvstyre ved prøving av det frie skjønn, herunder ved kommunens skjønnsmessige vurdering av innretning og nivå på tjenestene ut over lovens krav. Helsetilsynet i fylket/Fylkesmannen kan oppheve kommunens vedtak og sende saken tilbake til ny behandling i kommunen. Helsetilsynet i fylket/Fylkesmannen kan ikke selv treffe nytt vedtak i saken.

3. Spesialisthelsetjenesteloven

Endringer i § 2-1a:

§2-1a første ledd nr. 6 skal lyde:

6. transport til undersøkelse eller behandling i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten og

§ 2-1a nytt andre og tredje ledd skal lyde:

Det regionale helseforetakets ansvar etter første ledd innebærer en plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten slik at tjenestenes omfang og innhold er i samsvar med krav i lov eller forskrift. Kongen kan gi forskrifter med nærmere bestemmelser om pliktens innhold, herunder plikt til å føre internkontroll.

Det regionale helseforetakets ansvar etter første ledd innebærer også en plikt til å legge til rette for nødvendig samarbeid mellom ulike helseforetak innad i det regionale helseforetaket, med andre regionale helseforetak, kommuner eller andre tjenesteytere om å tilby tjenester omfattet av loven.

Nåværende andre, tredje og fjerde ledd blir fjerde, femte og sjette ledd.

§ 2-1a nytt syvende ledd skal lyde:

De regionale helseforetakene skal sørge for at det inngås samarbeidsavtaler som nevnt i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 7-1.

Nåværende femte ledd blir åttende ledd.

§ 2-2 skal lyde:

§ 2-2 Plikt til forsvarlighet

Helsetjenester som tilbys eller ytes i henhold til denne loven skal være forsvarlige. Herunder skal spesialisthelsetjenesten tilrettelegge sine tjenester slik at

a) personell som utfører tjenestene blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter, og

b) den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og integrert helsetjenestetilbud.

Ny § 2-2 a skal lyde:

§ 2-2 a. Helsedirektoratets ansvar for nasjonale faglige retningslinjer, veiledere og kvalitetsindikatorer

Helsedirektoratet skal utvikle, formidle og vedlikeholde nasjonale faglige retningslinjer og veiledere som understøtter de mål som er satt for helse- og omsorgstjenesten. Retningslinjer og veiledere skal baseres på god praksis og skal understøtte det ansvaret tjenesten har for kontinuerlig forbedring av virksomhet og tjenester.

Helsedirektoratet skal utvikle, formidle og vedlikeholde nasjonale kvalitetsindikatorer som hjelpemiddel for ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, og som grunnlag for at pasienter kan ivareta sine rettigheter. Kvalitetsindikatorerne skal gjøres offentlig tilgjengelige.

§ 2-5. Individuell plan

Helseforetaket skal utarbeide individuell plan for pasienter med behov for langvarige og koordinerte tilbud. Helseforetaket skal samarbeide med andre tjenesteytere om planen for å bidra til et helhetlig tilbud for pasientene.

Dersom en pasient har behov for tjenester både etter loven her og etter lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, har kommunen ansvar for å sette i gang arbeidet med planen og for å koordinere planarbeidet. Helseforetaket skal varsle kommunen når det ser at det er behov for en individuell plan som omfatter tjenester både fra spesialisthelsetjenesten og kommunen, og skal i slike tilfeller medvirke i kommunens arbeid med individuell plan.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om hvilke pasientgrupper plikten omfatter, og om planens innhold.

Ny § 2-5a skal lyde:

§ 2-5a. Pasientansvarlig koordinator

For pasienter med behov for komplekse eller langvarige og koordinerte tjenester etter loven her, skal det oppnevnes en koordinator. Koordinator skal ha et hovedansvar for å sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte pasient og skal sikre samordning av tjenestetilbudet og framdrift i arbeidet med individuell plan.

Departementet kan gi nærmere bestemmelser om ansvaret for koordinator.

Ny § 2-5b skal lyde:

§ 2-5b. Koordinerende enhet

Helseforetaket skal ha en koordinerende enhet som skal ha en generell oversikt over habiliterings- og rehabiliteringstiltak i helseregionen. Enheten skal også ha oversikt over og nødvendig kontakt med habiliterings- og rehabiliteringsvirksomheten i kommunen. I tillegg skal enheten skal ha et systemansvar for arbeidet med individuell plan og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator, jf. §§ 2-5 og 2-5a.

Departementet kan gi nærmere bestemmelser om ansvaret for koordinerende enhet.

Ny § 2-6 skal lyde:

§ 2-6. Utskrivningsklare pasienter

Regionalt helseforetak skal inngå samarbeidsavtale med kommunene om utskrivningsklare pasienter, jf. lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 11-4.

Departementet fastsetter forskrift om ordningens omfang og innhold, kriterier for når en pasient er utskrivningsklar, herunder kriterier for samarbeid mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten om utskrivningsklare pasienter, og betalingssatser etter første ledd. Departementet fastsetter også forskrift om hva samarbeidsavtale etter første ledd minimum skal inneholde.

§ 3-2 første ledd skal lyde:

Helseinstitusjon som omfattes av denne loven, skal sørge for at journal- og informasjonssystemene ved institusjonen er forsvarlige. Helseinstitusjon som omfattes av

denne loven skal ta hensyn til behovet for effektiv elektronisk samhandling ved anskaffelse og videreutvikling av sine journal- og informasjonssystemer.

§ 3-3 oppheves. Ny § 3-3 skal lyde:

§ 3-3. Meldeplikt til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

Formålet med meldeplikten er bedre pasientsikkerhet ved at meldingene brukes for å avklare årsaker til hendelsen for så å forebygge at tilsvarende hendelse skjer igjen.

Helseinstitusjon som omfattes av denne loven skal sørge for at meldinger om betydelig personskade som voldes på pasient som følge av ytelse av helsetjeneste eller ved at en pasient skader en annen snarest rapporteres til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Det skal også meldes fra om hendelser som kunne ha ført til betydelig personskade. Melding skal gis uten identifikasjon av pasientens navn eller fødselsnummer.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten skal behandle meldingene for å bygge opp og formidle kunnskap til helsepersonell, helsetjenesten, brukere, ansvarlige myndigheter og produsenter om tiltak som kan iverksettes for å bedre pasientsikkerheten.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten skal sikre konfidensialitet for den som melder. Ved mistanke om alvorlig svikt på systemnivå skal Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten varsle Statens helsetilsyn om forholdet og senest samtidig orientere virksomhetens ledelse om forholdet.

Melding til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten kan ikke i seg selv danne grunnlag for å innlede sak eller fatte vedtak om reaksjon mot den som har meldt, i medhold av lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v. kapittel 11. Det samme gjelder for begjæring om påtale etter helsepersonelloven § 67 annet ledd.

Kongen i statsråd kan gi forskrift om meldinger som nevnt i annet ledd, og om det nærmere innholdet i meldingene. Departementet kan også bestemme at helsetjenester som ikke er knyttet til helseinstitusjon, skal omfattes av meldeplikten etter annet ledd.

§ 3-4 oppheves. Ny § 3-4 skal lyde:

§ 3-4 Kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalg

Virksomheten kan opprette ett eller flere utvalg som skal understøtte virksomhetens arbeid med pasientsikkerhet og kvalitet som ledd i den internkontroll institusjonen er pliktig til å føre i henhold til § 3 i lov 30. mars 1984 nr. 15 om statlig tilsyn med helsetjenesten. Opprettelse av utvalg etter bestemmelsen her fritar ikke virksomhetens ledelse for sitt ansvar for systematisk kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid.

Utvalgene kan uten hinder av taushetsplikt kreve opplysninger som er nødvendige for utførelse av deres arbeid.

Departementet kan gi forskrift om utvalgenes arbeid, herunder om informasjon til pasienter og om habilitet for utvalgets medlemmer.

Ny § 3-4 b skal lyde:

§ 3-4 b. Pasientsikkerhet og kvalitet

Enhver som yter helsetjenester etter denne lov, skal sørge for at virksomheten driver systematisk arbeid for å ivareta pasientsikkerhet og kvalitet.

Med pasientsikkerhet menes vern mot unødig skade som påføres pasient som følge av ytelse av helsetjeneste eller mangel på ytelse av helsetjeneste.

Med kvalitet forstås i hvilken grad helsetjenestens aktiviteter og tiltak øker sannsynligheten for at enkeltpersoner og grupper i befolkningen får en ønsket helserelatert velferd, og at tjenestene utøves i samsvar med dagens profesjonelle kunnskap.

Departementet kan i forskrift gi nærmere regler til utfylling og gjennomføring av denne bestemmelsen.

§ 3-7. Om pasientansvarlig lege m.m., oppheves.

§ 4-2 fjerde ledd:

Nytt andre punktum i § 4-2 fjerde ledd skal lyde:

”Departementet kan ved forskrift gi nærmere regler for tildeling av avtalehjemmel til lege- og psykologspesialister.”

4. Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern

§ 4-1. Individuell plan

Institusjonen skal utarbeide individuell plan for pasienter med behov for langvarige og koordinerte tilbud. Institusjonen skal samarbeide med andre tjenesteytere om planen for å bidra til et helhetlig tilbud for pasientene.

Dersom en person har behov for tilbud både etter loven her og etter lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, har kommunen ansvar for å sette i gang arbeidet med planen og for å koordinere planarbeidet. Institusjonen skal varsle kommunen når den ser at det er behov for en individuell plan som også omfatter kommunale helse- og omsorgstjenester, og skal i slike tilfeller medvirke i kommunens arbeid med individuell plan.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om hvilke pasientgrupper plikten omfatter, og om planens innhold.

5. Helseregisterloven

I § 1 gjøres følgende endringer:

§ 1. Lovens formål

Formålet med denne lov er å bidra til å gi helse- og omsorgstjenesten, spesialisthelsetjenesten og helseforvaltningen informasjon og kunnskap uten å krenke personvernet, slik at helse- og omsorgstjenester, herunder helsehjelp kan gis på en forsvarlig og effektiv måte. Gjennom forskning og statistikk skal loven bidra til informasjon og kunnskap om befolkningens helseforhold, årsaker til nedsatt helse og utvikling av sykdom for administrasjon, kvalitetssikring, planlegging og styring. Loven skal sikre at helseopplysninger blir behandlet i samsvar med grunnleggende personvern hensyn, herunder behovet for personlig integritet, privatlivets fred og tilstrekkelig kvalitet på helseopplysninger.

I § 3 gjøres følgende endringer:

§ 3. Saklig virkeområde

Loven gjelder for

1. behandling av helseopplysninger i helseforvaltningen, helse- og omsorgstjenesten, og spesialisthelsetjenesten som skjer helt eller delvis med elektroniske hjelpemidler for å fremme formål som beskrevet i § 1, og
2. annen behandling av helseopplysninger i helseforvaltningen, helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten til slike formål, når helseopplysningene inngår eller skal inngå i et helseregister.

Loven gjelder både offentlig og privat virksomhet.

Kongen i Statsråd kan i forskrift bestemme at loven helt eller delvis skal gjelde for behandling av helseopplysninger utenfor helseforvaltningen, helse- og omsorgstjenesten eller spesialisthelsetjenesten for å ivareta formål som beskrevet i § 1.

Loven gjelder ikke for behandling av helseopplysninger som reguleres av helseforskningsloven.

§ 6 nytt fjerde ledd skal lyde:

Kongen kan i forskrift fastsette at behandlingsrettede helseregistre skal føres elektronisk.

Kongen kan i forskrift fastsette at utlevering av helseopplysninger fra behandlingsrettet helseregister skal skje elektronisk.

I § 6a gjøres følgende endringer:

§ 6a. Virksomhetsovergrepene, behandlingsrettede helseregistre

Det kan ikke etableres andre virksomhetsovergrepene behandlingsrettede helseregistre enn det som følger av denne eller annen lov.

Virksomhetsovergrepene behandlingsrettede helseregistre kan bare inneholde nærmere bestemte helseopplysninger i et begrenset omfang som er nødvendige og relevante for samarbeid mellom virksomheter om forsvarlige helse- og omsorgstjenester, herunder

helsehjelp til pasienten eller brukeren. Slike registre kan bare etableres i tillegg til de behandlingsrettede helseregistrene virksomheten etablerer internt i virksomheten, jf. lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. § 3-2 og lov ...om kommunale helse- og omsorgstjenester § 4-1, jf. helsepersonelloven §§ 39 og 40.

Kongen i Statsråd kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om etablering, drift og behandling av helseopplysninger i virksomhetsovergrepene behandlingsrettede helseregistre.

Virksomhetsovergrepene behandlingsrettede helseregistre kan bare etableres uten samtykke fra pasienten eller brukeren dersom dette er nødvendig for å ivareta formålet med registeret.

Det kan ikke etableres sentrale behandlingsrettede helseregistre etter denne bestemmelsen.

Forskrift etter tredje ledd skal nærmere angi formålet med behandlingen av helseopplysningene og hvilke opplysninger som skal behandles. Forskriften skal videre angi hvem som er databehandlingsansvarlig for opplysningene, herunder om plassering, tilgang, tilgangskontroll, samt gi pasienten eller brukeren rett til å motsette seg behandling av opplysninger i registeret eller stille krav om samtykke.

I § 6c. Register for saksbehandling og administrering, skal første ledd lyde:

Kongen i Statsråd kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om etablering av helse- og omsorgstjenesteregistre og behandling av helseopplysninger i registrene til følgende formål:

1. saksbehandling for å avgjøre om det kan treffes vedtak om frikort og refusjon av betalte egenandeler, jf. pasientrettighetsloven § 2-6, spesialisthelsetjenesteloven § 5-5 og folketrykkeloven kapittel 5
2. administrering og samordning av transport til undersøkelse eller behandling i helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a første ledd nr. 6.

I § 7. Regionale og lokale helseregistre, skal tredje ledd lyde:

Kongen i Statsråd kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om etablering av lokale helseregistre og behandling av helseopplysninger i lokale helseregistre for ivaretagelse av oppgaver etter lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og smittevernloven. Navn, fødselsnummer eller andre direkte personidentifiserende kjennetegn kan bare behandles etter samtykke fra den registrerte. Samtykke fra den registrerte er ikke nødvendig, dersom det i forskriften bestemmes at helseopplysningene bare kan behandles i pseudonymisert eller aidentifisert form. Forskriften skal angi formålet med behandlingen av helseopplysningene, hvilke opplysninger som kan behandles, og eventuelt nærmere regler om hvem som skal foreta pseudonymiseringen og prinsipper for hvordan det skal gjøres. Kommunen er databehandlingsansvarlig for opplysningene, med mindre noe annet er bestemt i forskriften. Databehandlingsansvaret kan delegeres.

I § 8. Sentrale helseregistre, skal andre ledd lyde:

Kongen i Statsråd kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om etablering av sentrale helseregistre og behandling av helseopplysninger i sentrale helseregistre for ivaretagelse av oppgaver etter apotekloven, lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, tannhelsetjenesteloven, smittevernloven og spesialisthelsetjenesteloven, herunder overordnet styring og planlegging av tjenestene, kvalitetsutvikling, forskning og statistikk. Navn, fødselsnummer eller andre direkte personidentifiserende kjennetegn kan bare behandles etter samtykke fra den registrerte. Samtykke fra den registrerte er ikke nødvendig, dersom det i forskriften bestemmes at helseopplysningene bare kan behandles i pseudonymisert eller aidentifisert form. Forskriften skal eventuelt fastsette nærmere regler om hvem som skal foreta pseudonymiseringen og prinsipper for hvordan det skal gjøres.

§ 9 skal lyde:

§ 9. Særlig om innsamling av helseopplysninger til sentrale, regionale og lokale helseregistre, meldingsplikt m.v.

Virksomheter og personell som tilbyr eller yter tjenester i henhold til apotekloven, lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, smittevernloven, spesialisthelsetjenesteloven eller

tannhelsetjenesteloven, plikter å utlevere eller overføre opplysninger som bestemt i forskrifter etter §§ 6 a, 6 c, 7 og 8 samt etter paragrafen her.

Kongen kan gi forskrifter om innsamling av helseopplysninger etter §§ 6 a, 6 c, 7 og 8, herunder bestemmelser om hvem som skal gi og motta opplysningene og om frister, formkrav og meldingsskjemaer. Den som mottar opplysningene, skal varsle avsenderen av opplysningene dersom opplysningene er mangelfulle.

§ 11 skal lyde:

§ 11. Krav til formålsbestemthet, saklighet, relevans m.v.

Enhver behandling av helseopplysninger skal ha et uttrykkelig angitt formål som er saklig begrunnet i den databehandlingsansvarliges virksomhet. Den databehandlingsansvarlige skal sørge for at helseopplysningene som behandles, er relevante og nødvendige for formålet med behandlingen av opplysningene.

Helseopplysninger kan bare anvendes til andre formål enn helse- og omsorgstjenester, herunder helsehjelp til den enkelte pasient, bruker, eller administrasjon av slike tjenester når personidentifisering er nødvendig for å fremme disse formålene. Det skal alltid begrunnes hvorfor det er nødvendig å benytte personidentifiserbare opplysninger. Tilsynsmyndigheten kan i medhold av § 31 kreve at den databehandlingsansvarlige legger frem begrunnelsen. Helseopplysninger kan ikke anvendes til formål som er uforenlig med det opprinnelige formålet med innsamlingen av opplysningene, uten at den registrerte samtykker.

I § 12. Sammenstilling av opplysninger, skal første ledd, første punktum lyde:

Helseopplysninger i behandlingsrettet helseregister kan sammenstilles med opplysninger om samme pasient eller bruker i annet behandlingsrettet helseregister, i den grad helseopplysningene kan utleveres etter helsepersonelloven §§ 25, 26 og 45.

§ 13a skal lyde:

§ 13a. Forbud mot urettmessig tilegnelse av helseopplysninger

Det er forbudt å lese, søke etter eller på annen måte tilegne seg, bruke eller besitte helseopplysninger som behandles etter denne loven uten at det er begrunnet i helse- og omsorgstjenester, herunder helsehjelp til pasient eller bruker, administrasjon av slike tjenester eller har særskilt hjemmel i lov eller forskrift.

I § 15. Taushetsplikt, skal fjerde og femte ledd lyde:

Taushetsplikt er likevel ikke til hinder for utlevering av opplysninger om en pasient eller bruker skal betale egenandel til helsepersonell eller andre som gir helse- og omsorgstjenester, herunder helsehjelp, eller andre tjenester som folketrygden er stønadspliktig for, til pasienten eller brukeren, Taushetsplikt er heller ikke til hinder for utlevering av slike opplysninger til helseforetakene i forbindelse med oppgjør for syketransport.

Opplysninger om en pasients eller brukers navn, transportbehov og om pasienten eller brukeren skal betale egenandel og eventuelt beløpet kan gis til transportør i forbindelse med transport som omfattes av spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a første ledd nr. 6.

I 15a. skal ny overskrift lyde:

§ 15 a Opplysninger til kvalitetssikring, administrasjon, planlegging eller styring av helse - og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten

I § 16. Sikring av konfidensialitet, integritet, kvalitet og tilgjengelighet, skal fjerde ledd, andre punktum lyde:

Kongen kan herunder sette nærmere krav til elektronisk signatur, kommunikasjon og langtidslagring, om godkjenning (autorisasjon) av programvare, sertifisering og om bruk av standarder, klassifikasjonssystemer og kodeverk, samt hvilke nasjonale eller internasjonale standardssystemer som skal følges.

6. Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten

Lovens tittel endres til:

Lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten

§ 2 fjerde ledd nytt annet punktum skal lyde:

Helsetilsynet i fylket og Statens helsetilsyn kan ikke bruke melding til Nasjonal enhet for pasientsikkerhet iht. spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 første ledd som grunnlag for å innlede sak om eller fatte vedtak om administrativ reaksjon etter helsepersonelloven kapittel 11. Det samme gjelder begjæring om påtale med hjemmel i helsepersonelloven § 67 annet ledd.

§ 3 skal lyde:

Enhver som yter helse- og omsorgstjeneste skal etablere et internkontrollsystem for virksomheten og sørge for at virksomhet og tjenester planlegges, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av lover og forskrifter.

Helsetilsynet i fylket skal påse at alle som yter helse- og omsorgstjenester har etablert internkontrollsystem og fører kontroll med sin egen virksomhet på en slik måte at det kan forebygge svikt i helsetjenesten.

7. Lov om helsemessig og sosial beredskap

En rekke tekniske endringer som følge av at ny lov opererer med begrepet "helse- og omsorgstjenester" og ikke begrepene "helsetjenester" og/eller "sosialtjenester" som lov om helsemessig og sosial beredskap opererer med.

8. Barnevernloven

En rekke tekniske endringer som følge av at ny lov opererer med begrepet "helse- og omsorgstjenester" og ikke begrepene "sosialtjenesten", "lov om sosiale tjenester" eller "lov om helsetjeneste i kommunene" som barnevernloven opererer med.

9. Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen

Enkelte tekniske endringer som følge av at ny lov opererer med begrepet "helse- og omsorgstjenester" og ikke begrepet "sosialtjenesten" som arbeids- og velferdsloven opererer med, jf. § 8.

10. Pasientskadeloven

§ 1 første ledd bokstav a) skal lyde:

a) i institusjon under spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten, med unntak for aldershjem og barneboliger,

11. Folketrygdloven

§ 5-4 andre ledd skal lyde:

Stønad til legehjelp gis bare dersom legen har fastlegeavtale med kommunen, jf. lov...om kommunale helse- og omsorgstjenester § 12-1 tredje ledd, eller avtale om driftstilskott med regionalt helseforetak, jf. lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. § 2-1a tredje ledd. Det kreves ikke fastlegeavtale eller avtale om driftstilskott når legehjelpen gis av kommunal legevakt eller gjelder øyeblikkelig hjelp.

§ 5-8 andre ledd skal lyde:

Stønad til fysioterapi ytes bare dersom fysioterapeuten har avtale om driftstilskott med kommunen, jf. lov...om kommunale helse- og omsorgstjenester § 12-1 tredje ledd.

§ 5-12 første ledd skal lyde:

Trygden yter stønad til dekning av utgifter til kontrollundersøkelser under svangerskap som utføres av jordmor. Stønad ytes bare dersom jordmor har avtale om driftstilskott med kommunen eller er ansatt i kommunen, jf. lov...om kommunale helse- og omsorgstjenester § 12-1 tredje ledd.

Sak nr.	Behandles av:	Møtedato:
	Hovedstyret	03.12.2010

SAMHANDLINGSREFORMEN – HØRINGS-DOKUMENTER

Forslag til vedtak

KS foreløpige posisjoner og fakta om lovforslaget om samhandlingsreformen sendes til orientering til kommunene/fylkeskommunene som en del av høringsarbeidet i kommunene/fylkeskommunene og KS.

KS anbefaler at kommunene/ fylkeskommunene i sitt høringsarbeid vektlegger følgende element i forhold til det utsendte lovforslaget fra departementet:

- Støtte vektleggingen av kommunal organisasjonsfrihet i høringsutkastet.
- Understreke behovet for klarere avgrensning av statlig styringsrett i det endelige lovforslaget.
- Forutsette at en kommunal medfinansieringsmodell kombineres med mekanismer for å begrense enkeltkommuners finansielle risiko.
- At de økonomiske konsekvensene for kommunene må kartlegges bedre, og at økte kostnader forutsettes fullfinansiert.

Hovedstyret vil sluttbehandle høringsuttalelsen fra KS etter å ha mottatt innspillene fra KS' nasjonale høringskonferanse 10.01.2011.

Notatets fakta

Helse og omsorgsdepartementet (HOD) fremla den 18. oktober forslag til Ny Folkehelselov og ny Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (tidligere Lov om sosiale tjenester, Lov om kommunehelsetjenester og Lov om folkehelse). I tillegg er grunnlaget for ny Nasjonal helse- og omsorgsplan lagt ut på nett, <https://fremtidenshelsetjeneste.regjeringen.no/>. Høringsfristen er 18. januar 2010.

Hovedintensjonen med samhandlingsreformen fra statens side er å sikre et bedre koordinert tilbud til pasienter med behov for sammensatte tjenester over flere nivåer. Demografisk og teknologisk utvikling, lokale forutsetninger og tilgang til kompetanse tilsier at arbeidsdelingen mellom nivåene vil måtte endres over tid.

Målene med samhandlingsreformen lagt frem av departementet er blant annet:

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

Dette posisjonsnotatet er en fremstilling av noen sentrale hovedpunkter i høringsdokumentene, der tema er valgt ut på bakgrunn av hva KS særlig ønsker å vektlegge i forbindelse med høringsarbeidet.

Notatet er konsentrert rundt følgende hovedpunkter:

1. Hvilken myndighet er foreslått gitt til kommunene?
2. Hvordan er ansvarsfordeling med hensyn til oppgaveløsning og beslutningskompetanse?
3. Hvordan er bruken av avtaler mellom kommuner og foretak?
4. Hvilke nye oppgaver og plikter er foreslått for kommunene?
5. Hvilke plikter gis kommunen i forhold til folkehelse?
6. Hvordan er nye oppgaver og plikter foreslått finansiert?
7. Hvilke utfordringer medfører forslagene innen kompetanse, forskning og IKT?
8. Hvordan kan samhandlingsreformen gjennomføres?

Samhandlingsreformen krever en politikk som i praksis demonstrerer at det neste tiåret tilhører kommunehelsetjenesten - på samme måte som det første tiåret i dette århundre så definitivt har vært spesialisthelsetjenestens og sykehusenes tiår. Nye plikter, større ansvar og flere oppgaver til kommunene må følges av ressurser, myndighet og tillit.

Del 1 KS vurdering av viktige forhold i høringsdokumentene

1. Hvilken myndighet er foreslått gitt til kommunene?

Det er flere forslag i høringsnotatet som vil underbygge og forsterke kommunens myndighet, og HOD fremhever viktigheten av lokal handlefrihet som et av verdigrunnlagene bak loven.

Det er flere forslag i høringsnotatet som vil svekke kommunesektorens stilling vis a vis staten og som ytterligere undergraver balansen mellom stat og kommune.

Det er behov for sterkere kommunal styring av *legetjenesten*, og *det endelige lovforslaget må avspeile det*.

Høringsnotatene omgår ressursproblematikken, også knyttet til legetjenesten i kommunene.

Det å bruke forskrift på områder som i dag er avtaleregulert, krever en særlig begrunnelse.

Tydeliggjøring av kommunens overordnede ansvar for fastlegeordningen bør nedfelles i forskrift. Det er tvilsomt om kommunene får mer styring med hva legene gjør ved å øke finansieringsansvaret, (50/50 fordeling av basistilskudd/takster) og KS kan av den grunn ikke støtte nevnte forslag om økt kommunalt finansieringsansvar.

2. Hvordan er ansvarsfordeling med hensyn til oppgaveløsning og beslutningskompetanse?

Det er behov for en tydeligere ansvarsfordeling mellom spesialisthelsetjenestens og kommunehelsetjenesten. Ansvarsfordelingen bør angis nærmere i forarbeidene til loven, og om mulig også klarere i selve lovteksten. Hvor det oppstår uenighet om ansvarsfordelingen, bør at uenigheten avgjøres av et uavhengig tvisteløsningsorgan, jf nedenfor under punkt 3.

KS vil gå i mot at HOD ensidig kan fastsette ansvarsfordelingen mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

KS kan ikke se at det er behov for å gi HOD hjemmel til å pålegge kommunene å samarbeide. Kommunene vil i forhold til folkehelse selv være i stand til å etablere fornuftige løsninger, i samarbeid med fylkeskommunene. Dette samarbeidet kan skje igjennom inngåelse av avtaler, og basert på kommunens behov for oversikt over egen befolkning.

3. Hvordan er bruken av avtaler mellom kommuner og foretak?

Det bør etableres nasjonale tvisteløsningsorganer, hvor modellen som er brukt innen barnevern kan danne utgangspunkt for tilsvarende modell innen helse- og omsorgsektoren. Dette organet må kunne treffe beslutninger om ansvarsfordelingen mellom stat og kommune, hvordan inngåtte avtaler mellom foretak og kommuner skal tolkes, tvister om utskrivningsklare pasienter, mv. Staten og kommunesektoren bør oppnevne like mange representanter til et slikt organ. For å sikre reell likeverdighet mellom stat og kommune, bør leder av organet oppnevnes av kommunesektoren.

Departementet har foreslått at partene lokalt kan avtale tvisteløsningsordninger. KS støtter at partene også lokalt kan avtale løsninger for megling og avgjørelse, men ser behov for en sentral tvisteløsningsordning som ovenfor foreslått. Dette for å sikre tilstrekkelig kompetanse i et tvisteløsningsorgan, at avgjørelsene faktisk etterleves, og også for at avgjørelser fra et nasjonalt tvisteløsningsorgan vil kunne gi bedre presedensvirkninger, hvor det er behov for mer generell avklaring av rettsspørsmål. Det antas at foretak og kommuner i mange tilfeller

vil inngå avtaler hvor man tar utgangspunkt i en mal/standard, og øvrige foretak og kommuner vil da kunne ha interesse i en avklaring av rettsspørsmål fra et sentralt tvisteløsningsorgan. KS ser for seg at det enkelte foretak og kommune kan velge å bringe inn en sak til et nasjonalt tvisteløsningsorgan dersom man ikke kan "leve med/godta" avgjørelsen fra det lokale avtalte tvisteorganet.

Det er i høringsnotatet ikke tilstrekkelig utredet hvor rettslig bindende avtaler mellom kommuner og foretak skal være. KS ser det som viktig at det spørsmålet også nærmere utredes av arbeidsgruppen mellom HOD og KS som nedsettes.

Avtalene mellom kommuner og foretak bør i størst mulig grad være rettslig bindende, men partene kan avtale tvisteløsningsordninger fremfor å bringe tvister inn for de alminnelige domstoler.

Kvalitetsmålinger er verdifullt for kontinuerlig forbedringsarbeid, men kost/nyttebetraktninger må alltid legges til grunn når nye systemer vurderes innført. KS savner et tydeligere kommunalt perspektiv på behovet for kvalitetsindikatorer og styringsinformasjon.

4. Hvilke nye oppgaver og plikter er foreslått for kommunene?

For å sikre en god oppgavefordeling bør de største pasientforløpene mellom kommunen og helseforetaket gjennomgås, for å kartlegge hvilke forutsetninger som må på plass for en vellykket overføring av pasientforløp fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten. Dette gjelder særlig psykiatri, rus og rehabilitering.

Kommunehelsetjenesten bør organisere et øyeblikkelig hjelp døgntilbud til pasienter som midlertidig trenger økt behandling, pleie og omsorg i hjemmet eller i sykehjem. Kommunene må selv bestemme hvordan dette tilbudet skal organiseres. Departementet har særlig bedt om uttalelse på hvorvidt det bør lovfestes en plikt for kommunen til å etablere et slikt tilbud, eller hvorvidt det skal være frivillig for den enkelte kommune om slikt tilbud skal etableres. Det bør gjennomføres en gradvis innfasing og følgeforskning-/ evaluering ved overføring av oppgaver og plikter til kommunen.

5. Hvilke plikter gis kommunen/fylkeskommunen i forhold til folkehelse?

Det er positivt med en utvikling hvor folkehelse vektlegges i lovs form for både kommune og fylkeskommune, men KS stiller spørsmål ved det underliggende premisset om at den foreslåtte nye folkehelseloven vil frembringe bedre folkehelse, uten at dette skal ha betydelige økonomiske eller administrative konsekvenser for kommunene/fylkeskommunene.

Krav til samarbeid, helseovervåkning og statistikk i lovforslaget vil ha betydelig økonomiske og administrative kostnader det ikke er tatt høyde for i høringsnotatet. De økte kravene som stilles på folkehelseområdet medfører merkostnader for kommunene/fylkeskommunene både ressurs- og kompetansemessig.

Det er prinsipielt problematisk at det innføres bestemmelser i ny folkehelselov som undergraver grunnsprinsippet i plan- og bygningsloven (PBL) om at kommunene selv definerer innholdet i hvilke samfunnsmessige hensyn som det er behov for å utrede i planstrategiene. Med en så omfattende definisjon som legges til grunn for folkehelsearbeid anses denne delen av forslaget som en inngripen i viktige lokaldemokratiske prinsipper.

Departementet ber om høringsinstansens syn på om Fylkesmannen eller Helsetilsynet i fylket bør være regional tilsynsmyndighet.

6. Hvordan er nye oppgaver og plikter foreslått finansiert?

De to kommunale medfinansieringsordningene bør drøftes for å avklare hvilken modell som bør velges, og hvordan kommunene skal kompenseres.

- En avgrenset kommunal medfinansieringsmodell vil kunne bidra til raskere etablering av nye tilbud i kommunene
- En medfinansiering av medisinske innleggelse synes å være mer i samsvar med overordnede mål for reformen
- En ordning som kombineres med tak for å begrense finansiell risiko for enkeltkommuner.
- KS forutsetter at en kompensasjonsmetode (over frie inntekter) utformes i samarbeid med kommunesektoren.

Medfinansieringsmidler vil ikke være tilstrekkelig til å finansiere alternative rehabiliteringstilbud i kommunene. Dersom spesialisthelsetjenesten skal gjøre mindre og kommunene mer på rehabiliteringsfeltet må innsparinger på spesialisthelsetjenesten og merkostnader for kommunene beregnes med sikte på å flytte ressurser fra spesialisthelsetjenesten til kommunene.

De økonomiske virkningene ved et øyeblikkelig hjelp døgntilbud må beregnes med sikte på fullfinansiering. Ansvarsdelingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene bør samtidig klargjøres. Innenfor psykiatri og rus ligger ikke forholdene til rette for at det kan innføres en betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter fra 2012.

De økonomiske og administrative konsekvenser er vanskelig å overskue, men mener de vil bli betydelige og langt høyere enn antydning i høringsnotatet. Dette gjelder også legetjenesten.

7. Hvilke utfordringer medfører forslagene innen kompetanse, forskning og IKT?

Behovet for arbeidskraft nødvendiggjør flere tiltak. Det må utdannes tilstrekkelig helsepersonell med relevant kompetanse. Kommunene må fortsette arbeidet med å utvikle gode og interessante arbeidsplasser, der medarbeideren blir værende og sikres kompetanseutvikling. En fortsatt innsats rettet mot flere i større og hele stillinger samt reduksjon av sykefravær vil gi bedre utnyttelse av dagens ansatte. Samarbeidet mellom KS og staten knyttet opp til kvalitetsavtalen/nasjonale rammeavtale må videreføres også med tanke på personell.

Utdanningsinstitusjonene er i for stor grad rettet inn mot arbeid i spesialisthelsetjenesten, og at det i større grad må legges vekt på å utdanne personell som er tilpasset fremtidige kommunale oppgaver. Rekrutterings- og kompetansehevingstiltak for å imøtekomme reformens intensjoner vil måtte kreve økonomiske ressurser for kommunene, og trolig vil ha tariffmessige konsekvenser.

Kommunen bør få ansvar for at det foregår forskning og undervisning på tilsvarende måte som i spesialisthelsetjenesten, og at det arbeides for å etablere et formalisert samarbeid mellom forskningsinstitusjoner og kommuner.

Kommunene bør ha tilsvarende oppgaver som spesialisthelsetjenesten:

- Pasientbehandling
- Utdanning av helsepersonell

- Forskning
- Pasientopplæring

Det er nødvendig med et krav til elektronisk dokumentasjon og forsendelse av helseopplysninger for å få alle aktørene opp på et nødvendig teknologisk minimumsnivå. Økt bruk av velferdsteknologi er en forutsetning for å kunne imøtekomme framtidens omsorgsbehov. Det innebærer utvikling av nye løsninger gjennom innovasjon og at kommunene tar i bruk eksisterende velferdsteknologiske løsninger.

8. Hvordan kan samhandlingsreformen gjennomføres?

Samhandlingsreformen, med ny folkehelselov og lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, kan iverksettes fra 1.1.2012, med de forandringer og presiseringer som er referert til i punkt 1-7 overfor. Reformen må implementeres gradvis og etter en plan. Det må også fastsettes "milepæler" hvor resultatene av samhandlingsreformen på gitte tidspunkter etter nærmere kriterier skal vurderes.

De nye oppgavene og det utvidede ansvaret for kommunene vil være mer ressurskrevende enn hva mange kommuner har mulighet til å stille til rådighet. Selv om enkelte av oppgavene tilsynelatende kan løses gjennom administrativt samarbeid, tilsier summen av oppgaver og oppgavenes karakter viktigheten av at samarbeidet blir styrt av et folkevalgt organ.

Del 2

Forslag fra departementene og utfyllende vurdering fra KS

1 Hvilken myndighet er foreslått gitt til kommunene?

1.1 Forsterkning av kommunens myndighet

Forslag fra departementet

Det er flere forslag i høringsnotatet som vil underbygge og forsterke kommunens myndighet med hensyn til å organisere tjenestene, og i forhold til beslutningskompetanse vis a vis innbyggere og helseprofesjonene. Det er flere forslag i høringsnotatet som vil svekke kommunesektorens stilling vis a vis staten, slik at balanseforholdet mellom stat og kommunen blir ytterligere i ubalanse. De forslag som svekker kommunens posisjon vis a vis staten er behandlet i punkt 2 og 3 nedenfor.

KS vil blant annet fremheve følgende som positivt i høringsnotatet:

- *Verdigrunnlaget*; Det er i høringsnotatet, som et av flere verdigrunnlag, fremhevet viktigheten av lokal handlefrihet, blant annet i forhold til å organisere tjenestene, men også i forhold til spørsmålet om rettighetsfesting av ytelser til innbyggerne. Høringsnotatet er således mer positivt enn det som fremkom i Bernt utvalget i sin tid.

- *Organisere tjenestene*; Høringsbrevet med forslag til ny lovtekst er også klarere på at "sørge for" ansvaret også innebærer rett til å organisere, tilrettelegge, og slik utøve myndighet. Det fremheves for eksempel at kommunen kan opprette tildelingskontor som for eksempel tildeler fysioterapeut tjenester, slik at pasienter som skrives ut fra sykehus etter beslutninger fra kommunen kan gi et helhetlig tilbud om tjenester i kommunen.

- *Pliktlov og ikke rettighetslov*; Lovene skal være pliktlover, og ikke rettighetslover. Det gir større fleksibilitet ved at kommunene kan bruke større grad av skjønn ved organisering av tjenestene. BPA og omsorgslønn er for eksempel ikke foreslått som en rettighet. Mens Bernt utvalget fremhevet at det skulle legges "stor vekt" på bruker, fremgår det av høringsnotatet at det skal legges vekt på brukers ønsker ved tildeling av tjenester. Det er presisert at den foreslåtte verdighetsgarantien ikke innebærer mer enn at de kommunale tjenester skal være forsvarlige.

- *Avtalesystemet*; Kommunen er pålagt å inngå avtaler og lovforslaget stiller visse minimumskrav til innholdet i avtalen. Dersom kommunene og foretaket ikke oppnår enighet, er det foreslått at direktoratet kun skal ha en meklingsfunksjon, men verken direktoratet eller departementet er gitt en påleggsfunksjon og det er ikke en statlig godkjenningsfunksjon for avtalene. Den enkelte kommune har slik vetorett for det nærmere innholdet i avtalen.

- *Klage*; Lov om kommunale helse og omsorgstjenester er en sammenslåing av to tidligere lover henholdsvis kommunehelsetjenesteloven og lov om sosial omsorg, hvor fylkesmannen var gitt ulike kompetanse som klageorgan. Det foreslås nå felles klageregler, hvoretter fylkesmannen/helsetilsynet i utgangspunktet har full overprøvingsrett, men hvor "Helsetilsynet i fylket/fylkesmannen skal ved prøving av vedtak fra kommunen legge stor vekt på hensynt til det kommunale selvstyre ved prøving av det frie skjønn, herunder ved kommunens skjønnsmessige vurdering av innretning og nivå på tjenestene utover lovens krav". Det foreslås også at helsetilsynet/fylkesmannen ikke skal kunne treffe nytt vedtak, men kun kan oppheve vedtaket og sende det tilbake til kommunen for å treffe nytt vedtak.

Dette er nytt i forhold til i dag. Regelen innebærer at statlig klageorgan nok gis en noe videre kompetanse til å prøve kommunens vedtak enn etter dagens lov om sosiale tjenester, men samtidig begrenses klageorganets kompetanse ved vedtak om helsetjenester. Det forholdet at klageinstansen ikke kan treffe nytt vedtak, er en praktisk viktig endring, og det antas at forslaget vil møte kraftig motbør blant annet fra brukerorganisasjoner. Forslaget til ny rettslige standarder vil imidlertid kunne intensivere prøvingen av kommunens rettsanvendelse både i forhold til tilsyn og klage.

- *Veiledere, uttalelser*, mv fra Helsedirektoratet, mv; Det er i høringsnotatet (s. 254) uttalt at nasjonale faglige retningslinjer og veiledere juridisk sett kun er veiledende, og slik ikke binder kommunen/fylkeskommunen. Det uttales at dersom kommunen/fylkeskommunen velger en annen praksis enn den som foreslått i veileder eller retningslinjer, bør den være basert på en konkret og begrunnet vurdering. Staten har slik ikke instruksrett over kommunene/fylkeskommunene.

KS vurdering

Samlet innebærer disse forslagene en forsterkning av kommunens myndighet i forhold til helsearbeidere og innbyggere. Hvilken myndighet som kommunen gis, må vurderes i forhold til den foreslåtte ansvarsfordelingen mellom kommune og staten. Forslag til ny lov vil samlet trolig innebære en maktforskyvning til fordel for staten, og det er en fare for at forslag samlet kan medføre en svekkelse av kommunen som myndighet, som ytterligere vil undergrave balansen mellom stat og kommune ut over dagens rettstilstand.

1.2 Kommunesamarbeid

Forslag fra departementet

Departementet legger til grunn at det vil oppstå et behov for omfattende interkommunalt samarbeid for å oppnå tilstrekkelig innbyggergrunnlag, tilstrekkelig kompetanse og nødvendig økonomisk styrke. Departementet vurderer det slik at samkommunemodellen eller vertskommunemodellen i mange tilfeller vil kunne være de mest hensiktsmessige måtene å møte nye fremtidige utfordringer og oppgaver innen helse- og omsorgssektoren, især for de minste kommunene. Samkommunemodellen og vertskommunemodellen er tiltenkt å kunne løse større og mer omfattende oppgaver som krever særlig fagkompetanse. Av den grunn vil departementet oppfordre kommunene til å vurdere disse modellene for samarbeid. Departementet understreker at det er kun disse modellene som er aktuelle når det er snakk om *offentlig myndighetsutøvelse*. Med utøvelse av offentlig myndighet siktes det til myndighetsutøvelse i betydningen; vedtak av offentligrettslig art. Bestemmelsen sikter derfor til forbud, pålegg, fullmakt, dispensasjon og andre avgjørelser på det offentligrettslige området. Men offentlig myndighet kan også omfatte mer enn det å kunne gjøre enkeltvedtak og gi forskrifter, for eksempel også kontroll- og planleggingsmyndighet. (Ot. prp. nr 95 (2005-2006) Om lov om endringer i lov 25. september 1992 nr. 107 om kommuner og fylkeskommuner (interkommunalt samarbeid))

KS vurdering

KS er kjent med at kommuner drøfter selskapsorganisering (IKS og AS) som organisasjonsform i oppfølging av samhandlingsreformen. Lov om Interkommunalt samarbeid (IKS) er utformet med tanke på virksomheter som har egne inntekter og som har større eller mindre preg av næringsvirksomhet. Modellen er ikke tiltenkt regulering av kommunale kjerneoppgaver hvor det utøves forvaltningsmyndighet. Loven har som formål å fungere som "kommunenes aksjelov" for forretningsmessig virksomhet.

Med mindre det er omtalt i særlovgivning kan selskaper ikke ha vedtaksmyndighet innenfor kommunale kjerneområder. IKS er et eget rettssubjekt og den politiske styringen skjer indirekte gjennom budsjettvedtak, oppnevning av selskapets representantskap og ev instruksjon. Et IKS kan på den annen side ivareta driftsfunksjoner på kommunale kjerneområder, men myndighetsutøvelse kan ikke legges til styret. Et lokalmedisinsk senter kan være organisert som et IKS som en ren driftsinstans, men det er f eks ikke anledning til å delegere forvaltningsmyndighet knyttet til for eksempel typiske kommuneoverlegefunksjoner til et selskap. Den enkelte kommune må selv vurdere valg av samarbeidsløsninger innenfor lovens rammer. Ny lov legger ikke om til en endring av hvilke samarbeidsløsninger som er lovlige.

1.3 Legetjenesten i kommunene

Forslag fra departementet

I nye forslag til lov om helse- og omsorgstjenester i kommunene, og ny lov om folkehelse, er det primært drøftet og foreslått endringer knyttet til *ansvar og plikter* for fastlegene og kommunene. I tillegg er kommuneoverlegens formelle oppgaver og tilknytning til kommunene drøftet.

Regjeringen foreslår ikke en endring av dagens hovedmodell med fastlegeordningen, herunder et listepasientsystem og at fastlegene som hovedmodell er selvstendig næringsdrivene. Imidlertid vil kommunene fortsatt ha anledning til å ansette allmennleger i fastlønnede stillinger (kommunalt ansatt), for ivaretagelse av fastlegeoppgaver eller andre allmennlegeoppgaver i kommunene. I hovedsak foreslås endringer *innenfor rammen* av dagens fastlegeordning, og målene for dette er formulert slik av regjeringen:

Rammevilkårene for allmennlegetjenesten skal utvikles i en retning som sikrer stat og kommune gode styringsmuligheter, og som fremmer god kvalitet og mer innsats for å begrense og forebygge sykdom der dette er effektivt. Herunder kommer fastlegenes aktive oppfølging av kronikere og andre med særskilt risiko for sykdom og behandlingsbehov i spesialisthelsetjenesten. Utvikling av ordningen skal sikre tilstrekkelig oppfølging av sårbare grupper som ofte ikke selv oppsøker lege og tettere samhandling med andre kommunale helse- og omsorgstjenester. Endringene må støtte god geografisk legefördeling, god rekruttering til allmennlegetjenesten og bidra til å sikre større stabilitet i legedekningen i distriktskommunene.

Regjeringen har ikke fulgt opp tidligere signaler om en vekst i antall allmennleger, men viser til at de vil vurdere ressursbehovet i fastlegeordningen i forbindelse med utforming av fastlegeforskriften, etter gjennomgang av legevaktsordningen og når det er klart hvilke oppgaver fastlegene skal ivareta fremover. Følgende tiltaksområder er drøftet:

- 1. Tydeliggjøre kommunens overordnede ansvar for fastlegeordningen**
- 2. Utvikle kvalitetssystemer – faglig støtte og tilbakemeldinger på praksis.**
Departementet skal vurdere ulike tilnærminger og ordninger som vil kunne inngå i et helhetlig nasjonalt system for kvalitetsutvikling i de kommunale helse- og omsorgstjenestene.
- 3. Innføring av nasjonale kvalitets- og funksjonskrav med tilhørende rapportering.**
- 4. Forslag til endringer i fastlegeforskriften.** Ved siden av å presisere kommunenes overordnede ansvar for fastlegetjenesten i kommunene, og forplikte fastlegene til å følge nasjonale kvalitets- og funksjonskrav, foreslår departementet at listeansvaret til fastlegene dekker alle allmennlegeoppgaver for pasienter på listen dersom ikke annet er spesifisert i regelverket, herunder individrettet forebyggende arbeid. Fastlegene vil ha et ansvar for å

identifisere risikopersoner, sørge for individrettet veiledning og oppfølging, samt koordinere oppfølgingen av pasientene. I tillegg ønsker departementet å regulere nåværende avtalehjemlet tilplikting av fastlegene til å arbeide inntil 7,5 timer/uke til *andre allmennmediske oppgaver* i forskriften. Det foreslås ingen økning av timetallet i denne omgang. Imidlertid ønsker departementet å la det være opp til den enkelte kommune å bestemme hvilke oppgaver den ønsker å organisere utenfor fastlegenes ordinære praksis og inn under 7,5 timer/uke.

- 5. Forslag om endringer i finansieringsmodell.** Departementet foreslår ikke konkret en endring av dagens finansieringsmodell, men vil allikevel innhente synspunkter på om finansieringen skal dreies fra 75 % refusjon og 25 % per capitatilskudd, til 50 % refusjon og 50 % per capitatilskudd.
- 6. Styrking av Legevakt.** Departementet gir ingen konkrete forslag, men sier den vil komme tilbake til behandlingen av rapporten om styrking av legevakt.
- 7. Fastlegenes innflytelse på inntak i kommunale helse- og omsorgsinstitusjoner.** Departementet ønsker *ikke* å gi fastlegene rett til å skrive pasienter inn på sykehjem på nåværende tidspunkt.
- 8. Legefordeling til kommunehelsetjenesten.** Departementet ønsker å videreføre dagens ordning med Nasjonalt råd for legefordeling.

Departementet har en relativt grundig drøfting av om kommunelegens rolle (medisinsk faglig rådgiver) i kommunene. Departementet anfører mange argumenter *for* å fjerne lovfesting av kommunelegens rolle, og mange argumenter *for å beholde dagens lovfesting* av kravet til medisinsk faglig rådgiver. Departementet lander til slutt på at dagens lovfesting av kommunenes plikt til å ha ansatt medisinskfaglig rådgiver bør opprettholdes.

KS vurdering

KS hovedpremisser for forsterket legetjeneste i kommunene:

KS har i forberedelsene til Samhandlingsreformen fremhevet at en kvalitativt god allmennlegetjeneste er en hjørnestein i kommunenes helse- og omsorgstjeneste. Den skal sikre alle innbyggere tilgang på helsetjenester og være den grunnmuren som spesialisthelsetjenesten bygger på. Allmennlegetjenesten er en sentral samarbeidspartner for de øvrige kommunale helse- og omsorgstjenester og inngår i en helhetlig kommunal helse- og omsorgstjenesten. På et overordnet nivå har KS pekt på tre grunnleggende endringer for at samhandlingsreformen skal lykkes:

- 1. Det må skje en vekst i antall allmennleger i kurativ praksis, samt en økt tilgang på medisinsk kompetanse i kommunenes administrative planarbeid.**
- 2. Legetjenesten må integreres bedre i den kommunale helse- og omsorgstjeneste.**
- 3. Det må sikres god tilgang på allmennleger i alle landets kommuner.**

Samhandlingsreformen krever en politikk og tiltak som i praksis demonstrerer at det neste tiåret tilhører kommunehelsetjenesten - på samme måte som det første tiåret i dette århundre så definitivt har vært spesialisthelsetjenestens og sykehusenes tiår. Nye plikter, større ansvar og flere oppgaver til kommunene må følges av ressurser, myndighet og tillit.

En viktig premiss i samhandlingsreformen er at fastlegene skal styrke sin innsats til prioriterte grupper. Dette forutsetter flere fastleger. Hvis ikke, blir resultatet dårligere tilgjengelighet til fastlegen for "folk flest".

En forsterket legetjeneste i kommunene kan ikke alene kan oppnås gjennom presisering i lov og avtaleverk, men primært må skje gjennom andre konkrete tiltak. Det bør derfor utvikles tiltak:

- for rekruttering av flere allmennleger/fastleger og oppretting av utdanningsstillinger/fastlønnsstillinger,
- som vektlegger psykisk helse, rusmedisin, eldremedisin i legenes grunnutdanning og spesialistutdanning,
- som stimulerer til etablering av døgntilbud, rehabilitering, palliativ behandling, oppsøkende virksomhet overfor skrøpelige eldre
- som avklarer hva en ny legerolle innebærer, hva de nye legene skal gjøre for å realisere ambisjonene bla om mer forebygging
- som evner å håndheve legefordingssystemet og å begrense veksten i nye legestillinger til sykehusene (slik man lyktes med ved innføring av fastlegeordningen).

Å tenke helse i alle forhold, er noe kommunene har gode forutsetninger til å gjøre. Imidlertid vil en lovfesting av altomfattende ansvar og oppaver knyttet til forebygging og folkehelsearbeid kunne bidra til å *svække* arbeidet med forebygging, da ”alt blir like viktig”. Også innen folkehelse og forebyggende arbeid vil det måtte fokuseres, og ressurser må prioriteres. Kommunene er de som kjenner de lokale forhold best, og derfor også best kan innrette sitt forebyggende arbeid på en hensiktsmessig måte og bidra til at det tenkes helse i alle forhold.

Det å nå fram til utsatte grupper (skrøpelige eldre, rusmisbrukere, mennesker med psykiske lidelser) og det å få pasienter tidligere utskrevet fra sykehus, til videre behandling, oppfølging og kontroller i kommunehelsetjenesten, bør ha prioritet. Dette fremfor etablering av sykehuslignende institusjoner som vil kreve svært store ressurser i lab/rtg, leger og sykepleiere. Da kan ikke kommunene nøye seg med å ha 1/5 av antall leger og 1/20 av antall sykepleiere som de har i spesialisthelsetjenesten. Da må helsepersonell i spesialisthelsetjenesten ”overføres” sammen med oppgavene.

KS er enig i at fastlegeordningen med listeansvar har ført til større tilgjengelighet til legetjenesten. Fastlegene har et eierforhold til egen praksis og listepasientene sine. Dette individperspektivet er verdifullt. Men systemet sikrer ikke godt nok alvorlige psykisk syke, rus og aldersrelaterte utfordringer, dette er pasienter som krever en mer proaktiv tjeneste.

Styrking av legetjenesten i kommunen kan skje på flere måter:

- Privatpraktiserende fastleger
- Fastlønte fastleger
- Fastlønte hel-/deltidsstillinger for å utføre allmennlegetjenester som ikke er en del av takstsystemet
- Fastlønte kommuneleger som har en koordineringsfunksjon og utfører samfunnsmedisinske oppgaver

Det må være fleksibilitet i systemet slik at det er mulig å finne lokale løsninger ut fra lokale behov. Kommunene må også ha mulighet til å tilby forskjellige typer legearbeid ut fra interessene til den enkelte lege. Dette vil bidra til å rekruttere nyutdannede leger som ønsker å prøve seg i allmennlegetjenesten uten å måtte investere store beløp i en egen privat praksis.

Forskriftsfesting versus avtaleregulering

- Forslaget til utvidet forskrift reiser noen prinsipielle spørsmål om hvor mye staten skal gripe inn i og styre noe som partene (kommunene og fastlegene) normalt bør kunne finne fram til gjennom forhandlinger og avtaler. På den andre side kan det å løfte noe fra avtale og inn i forskrift, åpne opp for at andre forhold kan komme inn i avtaleverket, se avsnitt nedenfor om funksjons- og kvalitetskrav. KS mener at å bruke forskrift på områder som i dag er avtaleregulert, krever en særlig begrunnelse – dvs at de forholdene som løftes inn i forskrift, må anses som en forutsetning for at pliktsubjektene, fastlegene og kommunene, kan løse de lovpålagte oppgaver og ansvar. Det er vanskelig å vurdere forslaget om mer omfattende forskriftsfesting før endelig forslag til formulering foreligger. En utvidet forskriftsfesting betyr at staten bestemmer ensidig, istedenfor avtalepartene (KS og Legeforeningen) som forhandler seg fram til en løsning. Det som sannsynligvis *bør ligge i en forskrift* er en presisering av hva som er fastlegenes oppgaver. Dette bør ikke være opp til den enkelte fastlege å definere, og for den enkelte kommune å måtte forhandle om. *KS vil påpeke* at det regjeringen kaller en *presisering* av listeansvaret er en reell utvidelse i forhold til dagens fastlegeordning. En slik utvidelse av fastlegenes oppgave må derfor utlignes gjennom økt antall fastleger og sikres fullfinansiering.

Funksjons- og kvalitetskrav til fastlegeordningen

Kvalitetsmålinger er verdifullt for kontinuerlig forbedringsarbeid, men kost/nyttebetraktninger alltid må legges til grunn når nye systemer vurderes innført. KS er enig i nødvendigheten av gode kvalitetsindikatorer og styringsinformasjon. KS vil bidra til at disse systemene får et kommunalt perspektiv også for bruk som styringsinformasjon for folkevalgte organer.

Endringer i finansieringsordning?

Det er tvilsomt om kommunene får mer styring med hva legene gjør ved å øke finansieringsansvaret, (50/50 fordeling av basistilskudd/takster). Finansieringsmodellen omfatter dessuten bare kurative oppgaver. Det er større behov for å styre offentlig allmennmedisinsk arbeid, og dette utføres ved at kommunen ansetter leger i hel- eller deltidsstillinger. Det er viktig å opprettholde høy produktivitet og god tilgjengelighet til fastlegen for folk flest.

Det medfører store metodiske og praktiske utfordringer å gradere per capita-tilskuddet. Forslag om dette ble forkastet i forbindelse med innføringen av fastlegeordningen. (Ot.prp. nr. 99 (1998-99))

Kommunelegen – medisinsk faglig rådgivning

Reformen vil medføre at kommunene må bruke mer ressurser på styrking av kommuneoverlegefunksjonen og det må rekrutteres leger med samfunnsmedisinsk kompetanse. Kommunelegene blir et viktig bindeledd mellom kommunenes øverste ledelse og fastlegetjenesten og en viktig støttespiller i forhandlinger om samhandlingsavtaler med spesialisthelsetjenesten.

Hvordan kommunene løser oppgavene knyttet til avtaler, planarbeid og samfunnsmedisinske spørsmål, må kommunene selv kunne avgjøre.

2. Hvordan er ansvarsfordeling med hensyn til oppgaveløsning og beslutningskompetanse?

Forslag fra departementet

Det er i lovtekst eller i kommentarene til høringsnotatet ikke angitt og heller ikke forsøkt å angi hvor grensene går mellom kommunehelsetjenesteloven og spesialisthelsetjenestelovens ansvarsområder. Kommunens ansvarsområder vil som i dag forbli negativt avgrenset – dvs. at kommunen har ansvaret for all nødvendig helsehjelp som ikke dekkes av spesialisthelsetjenestene eller fylkeskommunens ansvarsområder. Det fremheves at det har skjedd en glidende overgang av tjenester fra spesialisthelsetjenesten og til kommunehelsetjenesten. Det gjøres likevel ikke opp en status vedrørende oppgavefordeling etter loven per i dag. Det er i høringsnotatet uttalt at det verken er ønskelig eller mulig å fastsette den nærmere ansvarsfordelingen mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Etter forslag til lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 1-2, 2. ledd er det lagt til ”departementet ved forskrift eller i det enkelte tilfelle” å kunne foreslå hva som er helse- og omsorgstjenester etter loven. Tilsvarende er det etter lov om spesialisthelsetjenesteloven § 1-2, 2. ledd HOD som ved forskrift eller enkeltbeslutning kan fastsette hva som ligger til spesialisthelsetjenesten. Det er derfor HOD som etter lovens ordning bindende kan fastsette hvorvidt ansvaret ligger til kommunen eller til spesialisthelsetjenesten. Det er heller ikke foreslått å stille nærmere formelle krav til beslutningen eller at kommuner skal høres, slik som for eksempel kravet vil være til en fastsettelse av forskrift. Det fremgår ikke hvorvidt HOD ved beslutningen er bundet av tolkningen av det gjeldende regelverket, eller hvorvidt HOD ut fra mer hensiktsmessighetsbetraktninger kan fastsette grenseområdene. Det er ikke stilt andre krav enn at departementet må treffe avgjørelsen, slik at det er de interne delegasjonsreglene i departementet som fastsetter hvem som treffer beslutningen. HOD vil – med grunnlag i loven – kunne treffe slik avgjørelse uavhengig av hva kommunene og foretakene har avtalt, og også uavhengig av hva et eventuelt avtalt tvisteløsningsorgan måtte ha fastsatt. Det er i forslag til lov lagt opp til utstrakt bruk av forskriftshjemler, hvor HOD i forhold til viktige regler for kommunen gjennom forskrift både skal fastsette nærmere regler vedrørende medfinansieringsordning og kommunens ansvar for utskrivningsklare pasienter. Det vises også til at HOD gjennom forskrift kan fastsette kvalitets- og funksjonskrav både til fastlegenes virksomhet og kommunens øvrige tjenester. Regelen om at HOD kan påby samarbeid mellom kommuner hvor det er påkrevd for en forsvarlig løsning videreføres, og forsterkes ved at slik påbudshjemmel også gjelder i forhold til sosiale saker.

KS vurdering

Det er flere forslag i ny lov som vil styrke statens stilling vis a vis kommunesektoren, slik at ubalansen mellom stat og kommune blir tilsvarende større.

KS har etterlyst en klar (ere) ansvarsfordeling mellom statens og kommunens oppgaver. Dette etterkommes ikke i forslaget. Det innebærer at den ”stille reformen” fortsetter, hvoretter stadig flere oppgaver overføres til kommunen uten at dette kompenserer økonomisk. Kommunens myndighet og ansvar vil da heller ikke bli synliggjort. Det er HOD som ensidig vil kunne fastsette ansvarsfordelingen mellom stat og kommune, noe som undergraver hensynet til balanse mellom staten og kommunesektoren.

Med grunnlag i lovtekst eller forarbeider vil det være vanskelig, eller nærmest ikke mulig, å trekke den nærmere grensdragningen mellom kommunens og spesialisthelsetjenestens ansvarsområder for så vidt gjelder gråsonerområder. Det vil slik være uklart hvem av henholdsvis foretak eller kommunene som har ansvaret for tjenestene hvor det opprettes

samarbeidsløsninger som intermediære avdelinger, distriktsmedisinske senter, mv. Gråsonene i forhold til rus, psykiatri forblir tilsvarende uklare. Det er i høringsnotatet uttrykkelig uttalt at partene ikke kan ”*avtale seg bort fra det ansvaret som er pålagt dem i loven*”. Kommunen og foretakene kan slik ikke gjennom bindende avtale avklare hvem som har ansvaret for konkrete oppgaver. Det er av departementet lagt opp til at partene i avtaler kan innta bestemmelser om hvordan partene selv oppfatter ansvarsforholdene, og at det i praksis vil avbøte problemer med gråsonerområder gjennom at partene frivillig vil etterleve avtalen.

KS bemerker at departementet innenfor barnevern, hvor det er tvist mellom statlig og kommunal barnevernsmyndighet, ikke er gitt en tilsvarende hjemmel til å ensidig fastsette ansvarsområdene som her forslås både på helse- og sosial området. Regelen er en videreføring av dagens regel i spesialisthelsetjenesten hvor regelen ble inntatt da fylkeskommunen i sin tid var eier av sykehusene. Staten kunne da ved enkeltvedtak eller forskrift avgjøre tvister mellom kommuner og fylkeskommuner. Hvor staten nå er eier av sykehuset, er det etter KS sin oppfatning ikke naturlig at en slik regel videreføres. Staten vil da hvor en tvist oppstår mellom et foretak og en kommune både bli part og dommer i samme sak. KS kan ikke støtte forslaget om at HOD ensidig skal kunne fastsette grensene mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Under enhver omstendighet må slik grensedragning skjer i forskriftsform. Det vil gi en mer forsvarlig høringsrunde og også mulighet for kostnadsberegne overføring av nye oppgaver til kommunen.

I stedet for en slik ensidig hjemmel for HOD til å fastsette grensene mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, en nærmere grensetrekning av ansvaret – i alle fall av prinsippene - i lov og forarbeider. Dette bør kombineres med et tvisteløsningsorgan for å avgjøre eventuelle tvister. Det bør fastsettes nærmere regler for uavhengig megling mellom partene.

Det er i høringsnotatet ikke redegjort nærmere for HOD sin posisjon til å definere grensene mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, noe som medfører at spørsmålet nok i liten grad vil bli kommentert i høringsrunden.

Det er i loven fastsatt en rekke rettslige standarder. Det stilles krav til kvalitet, forsvarlighet, verdighet og det skal utarbeides kvalitetsevalueringssystemer. Det er en fare for at disse skjønsmessige standardene over tid gjennom tilsyn og klagebehandling vil medføre at det legges større forpliktelser på kommunen også utover det som følger av dagens regler. Dette gjør at utviklingen om at stadig flere oppgaver og forpliktelser pålegges kommunen vil kunne fortsette også i økende omfang som følge av disse standardene uten at de kompenseres økonomisk.

3. Hvordan er bruken av avtaler mellom kommuner og foretak?

Forslag fra departementet

Kommuner og foretak har som nevnt plikt til å inngå avtaler, hvor loven stiller visse minimumskrav til rammene for en avtale. Det er åpnet for at partene også kan avtale uavhengige tvisteløsningsordninger, hvor det blir tvist om tolkning av avtalen. Det er for øvrig ikke stilt nærmere krav til innholdet i avtalen.

Det er i høringsbrevet åpent for at partene kan avtale vidtgående oppgaveroverføringer fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten. Det uttales for eksempel at kommunene og foretakene kan avtale at kommunene skal gjøre oppgaver som er foretakets lovpålagte ansvar, for eksempel kirurgiske eller radiologiske tjenester. Imidlertid uttaler også

høringsnotatet at det ikke vil være ”rom for at partene avtaler seg bort fra det overordnede ansvaret for oppgaver som spesialisthelsetjenesten legger til foretakene”

Det er av departementet – siden partene ikke kan overføre ansvaret - lagt opp til at partene i avtaler kan innta bestemmelser om hvordan partene selv oppfatter ansvarsforholdene, og at det i praksis vil avbøte problemer med gråsonerområder gjennom at partene frivillig vil etterleve avtalen.

KS vurdering

Det er etter KS sin oppfatning uklart hvor rettslig bindende avtalen mellom partene er ment å være, og det er nødvendig at det utredes nærmere Generelt bærer høringsnotatet preg av at man på den ene side ønsker at avtaler skal være bindende, men på den andre siden ønsker man det allikevel ikke i forhold til oppgaveløsning og ansvar. Dette kan illustreres i forhold til følgende spørsmål;

- Er avtalene mellom kommunen og foretakene rettslig bindende slik at tvist om tolkning av avtalen også kan prøves for de alminnelige domstoler?
- Hvor en kommune har påtatt seg oppgaver som ligger til spesialisthelsetjenesten, og hvor foretakene ikke oppfyller sin del av avtalen og det påfører kommunen et økonomisk tap, kan da kommunen kreve erstatning av sitt tap for domstolene?
- Dersom kommunen har overtatt en oppgave som ligger til spesialisthelsetjenesten. Er det da avtalens ordlyd som er avgjørende for hvordan partene skal opptre, eller det foretaket som har det overordnede ansvar som kan diktere hvordan saken skal håndteres?
- Hva betyr det konkret at foretakene” ikke kan avtale seg bort fra det overordnede ansvaret som ligger til spesialisthelsetjenesten” – hvor langt legger det begrensninger i forhold til å inngå bindende avtaler?
- Er departementet på noen måte forpliktet av de inngått avtale, eller kan departementet fritt bruke den hjemmel til å fastsette ansvars grensene som foreslås i loven uavhengig av inngåtte avtaler?

Når det er uklart hvor langt partene kan inngå bindende avtaler, blir det tilsvarende uklart hvilket mandat og rolle et tvisteløsningsorgan etter avtalen kan gis.

Det bør utredes nærmere hvor rettslig bindende de foreslåtte avtaler er ment å være og at dette må redegjøres nærmere for det videre lovarbeidet.

Det er grunn til å vurdere andre og nasjonale tvisteløsningsordninger. Uavhengige tvisteløsningsordninger må ikke gå utover den enkelte pasient, slik at det først og fremst vil være det økonomiske ansvaret tvisteløsningsorganet vil ta stilling til.

Et slik tvisteløsningsorgan vil kunne avgjøre økonomiske tvister i tilknytning til utskrivningsklare pasienter. Tvisteløsningsorganets avgjørelse vil da også danne presedens for løsning av senere saker. I en slik nemnd/tvisteløsningsorgan kan representanter fra staten, sykehus, kommunene og bruker/partsrepresentanter og det medisinske fagmiljø sitte, som vil kunne gi grunnlag for god kvalitet på avgjørelsene som partene også vil etterleve.

4. Hvilke nye oppgaver og plikter er foreslått for kommunene?

Forslag fra departementet

I forslag til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester om Samhandlingsreformen, legges det opp til økt aktivitet i kommunene. Overføring av aktivitet fra spesialisthelsetjenesten handler om deler av pasientforløp som er aktuelle for ”overføring” til den kommunale helse- og omsorgstjenesten, ikke konkrete eller avgrensede oppgaver. Det

legges opp til en gradvis oppbygging av kompetanse for å øke aktivitet og kvalitet i kommunene. Det må være en gjensidighet mellom kommuner og helseforetak når kommunene overtar aktiviteter. Lovpålagte avtaler vil være rammen for en slik gjensidig tilpasning.

Pasientrettede oppgaver:

- Kommunen skal ha økt ansvar for forebygging, tidlig intervensjon og tiltak mot unødvendig innleggelse av pasienter i sykehus, herunder også systemarbeid i forhold til oppfølging av disse plikter.
- Kommunene kan få et ansvar for å opprette et øyeblikkelig hjelp tilbud. Oppgaven vil kun gjelde for pasientgrupper som kommunen selv har mulighet til å utrede, behandle eller yte omsorg for i stedet for innleggelse på sykehus
- Kommunene kan til en viss grad påvirke behovet for behandling av psykiske lidelser og rusmiddelavhengighet i spesialisthelsetjenesten.
- Kommunen skal ha økt ansvar for rehabilitering

Administrative oppgaver:

- Kommunen skal styrke samarbeidet og samordning med andre kommuner, fylkeskommuner og helseforetak, herunder plikt til å inngå avtaler med helseforetak.
- Kommunen skal etablere en egen pasient koordinator til mennesker med behov for langvarige og sammensatte tjenester.
- Kommunens ansvar for å følge opp allmennlegetjenesten, herunder i forhold til kvalitet, presiseres.
- Kommunen skal vurdere samarbeidsløsninger med helseforetak og andre kommuner, slik som oppbygging av lokal medisinske sentra.
- Alle tjenester og organisering skal vurderes i forhold til en foreslått forsvarlighetsstandard.

KS vurdering

Reformen må gi større ansvar, flere oppgaver til kommunene og mulighet til videreutvikling av oppgaver kommunene allerede har. Reformen bør konsentreres om områder og pasientgrupper der samhandling har særlig store konsekvenser for sykdomsforløpet og tjenestetilbudet til pasienten.

Selv om intensjonen er at det skal skje en økt aktivitet i kommunen er kommunen i liten grad pålagt nye oppgaver. Det uttales at forslag til lov i det all vesentlig er en ”presisering” av de oppgaver, plikter og handlingsrom som kommunen også i dag har. Forslag til nye lover, særlig sett i forhold til intensjonen med samhandlingsreformen, vil samlet påføre kommunen vesentlig nye plikter.

Det er dokumentert at samhandling særlig rundt kronisk syke og eldre pasienter er det området i helsetjenesten hvor det er mulig å skape bedre pasientforløp.

Overordnet er det tre grupper av pasienter, hvor kommunen kan påta seg større oppgaver, ut fra effektivitets- og kvalitetshensyn:

- Kronisk syke og eldre som får en akutt sykdom og forverring (som blærekatarr, influensa etc i tillegg til hoveddiagnosen) og dermed trenger observasjon og tett oppfølging i en tidsavgrenset periode. Et forsterket døgntilbud (øyeblikkelig hjelp) i kommunen kan være et alternativt til innleggelse i sykehus. Dette kan også gjelde et forsterket tilbud ved tidligere utskrivning fra sykehus.
- Kronisk syke og eldre hjemmeboende som gradvis mister funksjonsevne (frail patients) kan ha nytte av systematisk oppfølging og rehabilitering, dvs. forebygge

behov for innleggelser i sykehus og behov for økt kommunalt tilbud. Ved utskrivning fra sykehus til hjemmet kan systematiske forebyggende hjemmebesøk/program bidra til å opprettholde funksjonsevnen og redusere behov for sykehjem.

- Pasienter med alvorlig sykdom som skal ha lindrende behandling.

Kommunehelsetjenesten bør organisere et hastetilbud til pasienter som midlertidig trenger økt behandling, pleie og omsorg i hjemmet eller i sykehjem. Tilbudet må være like enkelt tilgjengelig som innleggelse for øyeblikkelig hjelp i sykehus og kunne rekvireres av legevakt eller fastlege. Bedre koordinering rundt disse pasientene er det området i helsetjenesten som har størst potensial til forbedring. Det er godt dokumentert at dette hindrer innleggelse på sykehus og er et bedre tilbud til pasientene. Det å lovfeste en slik plikt vil kunne styrke kommunens posisjon, det vil innebære en reell oppgaveoverføring fra spesialisthelsetjenesten til kommunen, og Stortinget vil da også måtte fullfinansiere oppgaven. Det er sannsynlig at et slikt tilbud faktisk vil medføre redusert bruk av spesialisthelsetjenesten for disse pasientgruppene i tråd med samhandlingsreformen intensjon. Et lovforslag om å pålegge en slik forpliktelse vil imidlertid også binde kommunens handlefrihet, og kunne være problematisk å gjennomføre for mindre kommuner. Kommunen bes derfor særlig uttale seg til hvorvidt en slik plikt til kommunen bør lovfestes eller om dette kun skal være en frivillig oppgave for kommunene.

Det bør gjennomføres en prosess med deltakere fra kommunene, de private/ideelle rehabiliteringsinstitusjonene og spesialisthelsetjenesten med mandat å definere det faglige innholdet i rehabiliteringstilbudet i kommunehelsetjenesten versus spesialisthelsetjenesten.

5. Hvilke plikter gis kommunen i forhold til folkehelse?

Forslag fra departementet

Lovforslaget nevner følgende punkter: Folkehelselovens formål er å fremme folkehelse og bidra til å motvirke sosiale helseforskjeller, loven skal sikre samarbeid mellom kommuner, fylkeskommuner og statlige helsemyndigheter.

Kommunen skal til enhver tid ha oversikt over helsetilstanden i befolkningen og de positive og negative faktorer som kan virke inn på denne. Dette gjelder også miljørettet helsevern, biologiske, kjemiske, fysiske og sosiale miljøfaktorer.

Kommunene pålegges å lage strategier, mål og tiltak for å løse helseutfordringene. I forslag til lov fremgår det for at dette ikke innebærer økte kostnader for kommunene, og at man samfunnsøkonomisk vil spare mye på å gjøre dette.

Departementet kan i forskrift eller enkeltvedtak pålegge samarbeid mellom kommuner når det ansees påkrevet for en forsvarlig løsning av folkehelsearbeidet, herunder gi bestemmelser om hvilke oppgaver det skal samarbeides om og fordeling av utgifter.

Lovforslaget stiller økte krav når det gjelder systematikk, kunnskapsbaserte tiltak, prioritering og integrering av folkehelsehensyn inn i kommunens øvrige aktiviteter.

Fylkeskommunene skal i følge lovforslaget bistå kommunen i å foreta kommunale analyser og tolkninger av data, jf. mulige forklaring av årsakssammenhenger, styrker og svakheter i de statistiske dataene som samles inn.

Lovforslaget inneholder bestemmelser om at drøfting av helseutfordringer skal inngå i kommunal planstrategi (§4) og regional planstrategi (§21), med henvisning til Plan og bygningsloven.

Lovforslaget inneholder en bestemmelse om at kommunen skal fastsette mål og tiltak i folkehelsearbeidet som skal gjelde for all aktuell kommunal virksomhet, herunder lokal samfunnsutvikling, planlegging, forvaltning og tjenesteyting.

Departementet ber om høringsinstansenes syn på om Fylkesmannen eller Helsetilsynet i fylket bør være regional tilsynsmyndighet.

KS vurdering

Lovens formål bygger både på generelle helsefremmende tiltak for befolkningen som helhet og har også som mål å redusere sosiale helseforskjeller. Det siste berører grupper av befolkningen som har sosiale, helsemessige og økonomiske utfordringer som for eksempel fattigdom. Dette er en utfordring ved lovforslaget. Å redusere sosial ulikhet i helse er et uttalt helsepolitisk mål som også er nevnt i selve lovteksten. Det synes vanskelig å oppnå dette med det foreliggende lovforslaget, fordi det forutsetter en mer målrettet innsats mot enkelte grupper. Blir den friskeste delen av befolkningen friskere så vil det øke den sosiale ulikheten i helse heller enn å redusere den. Lovforslaget utreder ikke hvor krevende et tverrsektorielt, nivåovergripende folkehelsearbeid er. Det er også store forventninger til at kommuner og fylkeskommuner skal bidra til å utjevne sosiale helseforskjeller. Det er vanskelig, og det foreligger få retningslinjer for hvordan det kan gjøres i praksis.

At kommuner/fylkeskommuner gis slikt ansvar er grunnlag for å problematisere at loven ikke har økonomiske og administrative konsekvenser. *Krav om ny praksis i folkehelsearbeidet må tolkes som en ny oppgave og dermed godtgjøres*, all den tid det får store administrative og kompetansemessige konsekvenser.

Forslaget til ny folkehelselov stiller indirekte krav om at det opprettes koordinatorstillinger for folkehelsearbeidet. Dette finnes i varierende grad i kommunene i dag. En tydelig ansvars plassering er viktig, uten at kommunen samtidig pålegges bestemte måter å organisere tjenestene på eller pålegges bruk av nærmere bestemte profesjonsgrupper. Kommunen må gis frihet til selv å velge hvordan ansvaret oppfylles.

På overordnet nivå må kommunene inneha kartleggings-/utrednings-/analysekompetanse for å ivareta kravene til oversikt over folkehelsesituasjonen og utfordringer.

For å forankre folkehelsearbeid i planer og i tiltak i tjenestene, kreves kompetanseheving i de ulike kommunale/fylkeskommunale virksomheter og tjenester. Det stiller bl.a. krav om økt tverrfaglig samarbeid i kommunen, og samhandling mellom kommune, fylkeskommune og andre. Dette er kapasitets- og kompetansekrevende.

Helseovervåking /statistikk et stort og uoversiktlig område – og vil kreve store ressurser både på fylkeskommunalt og kommunalt nivå. Det ligger ikke inne noen ressurser til dette arbeidet, samt at det er behov for kompetanse i kommunesektoren for å følge opp. Behovet for felles opplegg og standardisering er stort – og det bør avklares hva som skal gjøres og av hvem nasjonalt, regionalt og lokalt. Fylkeskommunene skal følge lovforslaget bistå kommunen i å foreta kommunale analyser og tolkninger av data, jf. mulige forklaring av årsakssammenhenger, styrker og svakheter i dataene. Imidlertid foreligger det allerede mye helsestatistikk, og det bør sees blant annet til effektiviseringsnettverkene og arbeidet som allerede pågår i KOSTRA for å unngå dobbelrapportering.

I PBL § 7.1/§10.1 sies det generelt at ”planstrategien skal redegjøre for regionale (kommunale) utviklingstrekk og utfordringer, vurdere langsiktige utviklingsmuligheter og ta stilling til hvilke spørsmål som skal tas opp gjennom videre regional planlegging. Det betyr at det er opp til fylkeskommunen/kommunen selv å avgjøre hvilke utfordringer og spørsmål som skal tas opp i videre planlegging.

De nye bestemmelsene gir fylkeskommuner/kommuner pålegg om område (her: folkehelse) som skal være med i planstrategien, det betyr at man fraviker prinsippet om at kommunen og fylkeskommunen selv skal avgjøre hva som er viktig. Med en så omfattende definisjon som legges til grunn for folkehelsearbeid anses denne delen av forslaget som en inngripen i viktige lokaldemokratiske prinsipper..

Det er rimelig at Fylkesmannen er tilsynsmyndighet fordi dette sikrer et helhetssyn med tanke på lokaldemokratisk forankring i Plan og bygningsloven.

6. Hvordan er nye oppgaver og plikter foreslått finansiert?

Forslag fra departementet

Det er forutsatt at det skal gis kompensasjon for økte kommunale kostnader knyttet til henholdsvis kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunal betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter fra første dag. For begge disse endringene er det forutsatt videre utredning av økonomiske virkninger og hvordan kompensasjon skal tilføres kommunene.

Det er to alternative modeller for medfinansiering som er aktuelle for det somatiske området: All behandling av personer over 80 år eller all medisinsk behandling (uavhengig av alder). For begge modellene er det lagt til grunn 20 pst kommunal medfinansiering. Omfanget av kommunal medfinansiering er anslått til å utgjøre henholdsvis 1,5 mrd. kroner ved den aldersbestemte modellen og 3,6 mrd. kroner ved en modell avgrenset til det medisinske området. Dette innebærer at den aldersbaserte modellen gir lavest finansiell risiko for kommunene.

Utbygging av et kommunalt døgnbehandlingstilbud ved øyeblikkelig hjelp er forutsatt finansiert ved at kommunen sparer medfinansieringskostnader og ved eventuelle bidrag fra helseforetakene.

KS vurdering

På en rekke områder legges det opp til endringer som skal gi brukerne et bedre tilbud, men som samtidig er forutsatt ikke skal medføre økonomiske virkninger av betydning for kommunene. Dette gjelder blant annet:

- Krav til at koordinerende enheter i kommunene får et systemansvar for arbeidet med individuell plan.
- Rett til et verdig tjenestetilbud (verdighetsgarantien)
- Krav til lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak

Kommunal medfinansiering

Begge de aktuelle modellene - avgrenset til pasienter over 80 år eller til det medisinske området - vil gi kommunene insentiver til å gi nye og bedre kommunale tilbud til eldre medisinske pasienter. Helseforskere har fremhevet at kommunene særlig gjennom et bedre tilbud til denne gruppen kan redusere behovet for spesialisthelsetjenester. Modellen avgrenset til det medisinske områder gir bredere insentiver til styrket kommunal innsats på rehabiliteringsområdet – uavhengig av pasientenes alder. Den aldersbestemte modellen vil på

sin side gi sterkere insentiver til fallforebygging for eldre over 80 år, ved at kommunene må medfinansiere kirurgiske inngrep for eldre.

Det er enkelte særlige utfordringer knyttet til en aldersbasert modell: Det kan skape mistanker om aldersdiskriminering, forstått som at eldre ikke får samme mulighet for behandling i spesialisthelsetjenesten som yngre. Dette er allerede fremholdt fra flere, også fra kommunehold. Det vil også være slik at mange av de tilbud kommunene målretter for eldre blant annet for å redusere egne medfinansieringsutgifter, også vil være gode tilbud for personer under 80 år. Det vil ikke være mulig eller ønskelig å nekte personer kommunale tjenestetilbud begrunnet med at de er under 80 år. Avgrensning til det medisinske området vil trolig være mindre kontroversielt, og tilbudene kommunene bygger ut for å redusere sine utgifter vil trolig i liten grad bli benyttet av personer som kommunene ikke har medfinansieringsansvar for.

Det er behov for en grundig kostnadsberegning av kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenestene, og saken er meldt opp som en felles kostnadsberegningssak i konsultasjonsordningen. Det er behov for en videre utredning også av andre forhold: som fastsettelse av et maksimalt beløp kommunene skal betale pr. innleggelse og hvordan kommunene skal kompenseres for det økte finansieringsansvaret. Det ligger et utfordrende økonomisk fremtidsbilde i forslaget til medfinansieringsordning, at kommunene eksempelvis vil få ekstra utgifter til medisiner, utstyr og hjelpemidler i takt med at beboere på sykehjem vil ha større og mer avansert behov for pleie. I dag dekker helseforetakene utgiftene hvis pasientene skal tilbake til eget hjem, mens sykehjemmene må dekke disse kostnadene hvis pasienten skal dit. Dette er ikke kostnader som er tatt med i de økonomiske beregningene rundt medfinansieringsordningen.

Rehabilitering. Når det gjelder rehabilitering (og private/idelle rehabiliteringsinstitusjoner) heter det følgende: *”Helsedirektoratet har anslått at 50 % av pasientene i disse institusjonene burde fått et tilbud i kommunehelsetjenesten. Rehabiliteringsfeltet er derfor et område der kommunene vil kunne påvirke forbruket av spesialisthelsetjenester i betydelig grad og hvor kommunal medfinansiering vil kunne være et viktig insentiv for å understøtte oppbygging av kommunale tilbud.”*

Dersom spesialisthelsetjenesten skal gjøre mindre og kommunene mer på dette området må innsparinger på spesialisthelsetjenesten og merkostnader for kommunene beregnes med sikte på å flytte ressurser fra spesialisthelsetjenesten til kommunene. Statlige myndigheter må ikke tillate nedbygging av helsetjenestetilbud innen spesialisthelsetjenesten før kommunene har bygd opp et likeverdig tilbud.

Døgntilbud - utvidet kommunalt ansvar for øyeblikkelig hjelp. Det vises til at de viktigste virkemidlene for å få etablert behandling i kommunene er redusert betaling for medfinansiering eventuelt supplert med tilskudd fra helseforetakene. Det kan ikke forutsettes – slik det gjøres i høringsbrevet - at dette vil være tilstrekkelig til å etablere om døgnplasser til øyeblikkelig hjelp i kommunene.

Utvidet betalingsansvar for utskrivningsklare pasienter:

Det er tatt inn regneeksempler av hvor mye midler som skal overføres gitt omfang i pasientdøgn og ulike døgnseter i høringsdokumentet. De beregningsmessige forutsetningene må gjennomgå og kvalitetssikres. Saken er meldt opp som en kostnadsberegningssak i konsultasjonsordningen.

Økonomiske og administrative konsekvenser

Det er vanskelig å overskue økonomiske og administrative konsekvenser da flere endringsforslag henvises til mer utredning. Og Samhandlingsreformen møtes med forventninger om innsats på mange plan. Høringsdokumentene viser til flere kostnadsdrivende elementer: Etablering av funksjons- og kvalitetskrav, mer kommunal styring av fastlegene, nye ressurser innenfor fastlegeordningen, overføring av aktivitet fra spesialisthelsetjenesten, etablering av tilbud i kommunene, styrking av legevakt, satsing på rehabilitering osv. Alt dette medfører at kommunene må øke sin kompetanse og legge mer ressurser inn i sine tjenester. Ikke minst vil nødvendig styrking og utvikling av kompetansen i kommunene, inkludert økning av legestillinger/- hjemler, innebære behov for økte ressurser.

7. Hvilke utfordringer medfører lovforslagene innen kompetanse, forskning og IKT?

7.1 Kompetanse

Forslag fra departementet

Forslagene til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, ny folkehelselov og ny nasjonal helse- og omsorgsplan, reiser to sentrale problemstillinger som i varierende grad besvares av regjeringen. 1) Hvordan skal kommunene styrke kompetansen og beholde de som allerede er sysselsatt i sektoren? 2) hvordan skal det sikres at kommunene har tilstrekkelig tilgang på kvalifisert personell?

I forslaget til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester er de fremtidige kommunale oppgavene delvis utydelig spesifisert, og dette gjør det utfordrende å vurdere kompetansebehovene som vil oppstå.

KS vurdering

Utdanningspolitiske grep er ikke omtalt i lovforslagene, men det vises til den nye stortingsmeldingen om velferdsutdanningene som er under arbeid. Stortingsmeldingen legges fram noen måneder før samhandlingsreformen trer i kraft. Fordi utdanningspolitikk ”virker langsomt”, er det stor usikkerhet knyttet til dimensjonering, organisering og innhold i helse- og sosialfaglig utdanning som skal dekke framtidige behov i kommunesektoren.

Det er fornuftig at man ser kompetanseutvikling og kompetanseoverføring i sammenheng med de lovpålagte samarbeidsavtalene fordi avtalene da vil knyttes opp mot konkrete mål, oppgaver og ansvarsområder. Dette legger grunnlag for strategisk kompetansestyring i kommunene, og planer for kompetanseutvikling for hhv kommune og foretak.

En sentral utfordring i forbindelse med de lovpålagte samarbeidsavtalene er å sikre likeverdighet mellom kommunene og helseforetakene. Dersom likeverdigheten ikke er på plass kan det oppstå samarbeidsutfordringer knyttet til finansiering, forskning, rekruttering av arbeidskraft og kompetanseheving av ansatte. Det blir viktig å sikre at samarbeidsavtalene tydeliggjør arbeidsgiveransvar.

Mulighetene som ligger i velferdsteknologi utover IKT er nær sagt fraværende i både forslag til nasjonal helse og omsorgsplan og i lovforslagene.

Samhandlingsreformen vil føre til at kapasiteten i den kommunale helse- og omsorgstjenesten må styrkes. Det er viktig at de myndighetsmessige rammebetingelsene understøtter at det utdannede helse- og sosialpersonell i større grad enn til nå blir kanalisert til den kommunale

helse- og omsorgstjenesten. Med unntak av det allerede iverksatte tiltaket "Omsorgsplan 2015" ser det ikke ut som om regjeringen tar tak i kapasitetsutfordringene som kommunesektoren står ovenfor på dette feltet. Kompetanseløftet tar dessuten ikke høyde for de bemannings- og kompetansemessige utfordringene som ligger i samhandlingsreformen.

7.2 Forskning

Forslag fra departementet

Det er ikke vanskelig å slutte seg til de mål og virkemidler som fremsettes i høringsgrunnlaget for Nasjonal helse- og omsorgsplan(2011-2015) om forskning og innovasjon, kvalitet og læringskultur, kunnskap i helsetjenesten. Det har de senere årene vært en langsiktig oppbygging av helse- og omsorgsforskning og en gradvis satsing på innovasjon. Det er særlig behov for å prioritere forskning og innovasjon om samhandling, og forskning innen den kommunale helse- og omsorgstjenesten. I tillegg er det en utfordring å sikre at forskningsresultater og nye innovative løsninger tas i bruk og slik danner grunnlaget for kunnskapsbaserte tjenester.

KS vurdering

Et kommunalt ansvar for forskning og undervisning kan løses gjennom regionale samarbeidsløsninger (herunder regionale forskningsutvalg). Finansiering kan skje gjennom økte rammer til kommunene og gjennom regionale forskningsråd.

I dag brukes det svært mye mer ressurser til forskning knyttet til spesialisthelsetjenesten i forhold til kommunehelsetjenesten. Resultater fra forskning i spesialisthelsetjenesten er ofte ikke relevante i kommunehelsetjenesten. Kunnskapsbehovet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten kan derfor i liten grad ivaretas gjennom forskningen i spesialisthelsetjenesten.

Forskning med relevans for kommunehelsetjenesten må økes betydelig. Generelt er det behov for mer praksisnær forskning og spesielt vil vi fremheve behovet for å styrke forskningen innen allmennmedisin., men også på områder som tjenesteyting og -utvikling i kommunehelsetjenesten, teknologi og organisasjon og ledelse.

Aktuelle samarbeidspartnere må avklares, i første rekke kan det være universitets- og høyskolesektoren, men også instituttsektoren og regionale helseforetak kan være aktuelle samarbeidspartnere. Det må arbeides for å etablere et formalisert samarbeid mellom forskningsinstitusjoner og kommuner.

Kommunene bør få ansvar for at det foregår forskning og undervisning, på tilsvarende måte som i spesialisthelsetjenesten. Et kommunalt ansvar for forskning og undervisning kan løses gjennom regionale samarbeidsløsninger (herunder regionale forskningsutvalg). Finansiering kan skje gjennom økte rammer til kommunene og gjennom regionale forskningsråd. *Et økt kommunalt ansvar for forskning og undervisning må kompenseres fullt ut fra statens side.*

I tillegg til virkemidlene som er foreslått, må også kommunenes mulighet til å påvirke og prioritere legges inn i den eksisterende organiseringen.

Hovedansvaret for å satse på forskning ligger hos politikere og helsemyndigheter. Det må være samsvar mellom Samhandlingsreformens løfter om satsing på kommunehelsetjenesten og dokumenterbar forebygging, og satsingen på forskning.

7.3 IKT og dokumentasjon

Forslag fra departementet

En forutsetning for at man skal nå mange av målene i Samhandlingsreformen, er at man tar i bruk informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT) i hele helse- og omsorgssektoren. Elektronisk kommunikasjon skal i følge St.mld. 47 være den ”ordinære måten å kommunisere på”. Økt bruk av IKT er ikke noe mål i seg selv, men er et virkemiddel for å heve kvaliteten på tjenestene ved for eksempel å gi raskere og enklere tilgang til informasjon ved pasientbehandling (f.eks. Kjernejournal).

KS vurdering

Kostnadsvirkningene bør utredes nærmere med sikte på fullfinansiering. Dette gjelder både pukkelkostnader og eventuelle økte varige driftskostnader. I forhold til varig drift kan det være elementer som gir merkostnader og andre elementer som gir en mer effektiv tjenesteproduksjon. Den nasjonale IKT-infrastrukturen bør finansieres nasjonalt.

Mange kommuner har kommet langt i å utnytte de mulighetene IKT byr på og flere følger etter, men det er fortsatt noen som ikke har tatt i bruk elektronisk pasientjournal (EPJ) eller koblet seg til Norsk Helsenett (NHN). I årets eKommunekartlegging svarte 8 % av kommunene at de ikke har tatt i bruk EPJ innenfor pleie- og omsorgstjenesten mens 21 % svarte at de ikke var tilknyttet NHN.

KS har satt som mål i ”eKommune 2012 - lokal digital agenda” at all dokumentasjon i helse- og omsorgstjenesten skal skje i elektronisk journalsystem i løpet av 2009, et mål som nok var satt vel ambisiøst tatt i betraktning at kun 71 % av kommunene klarte dette.

I samme strategiplan er det også et mål om at alle kommuner skal være tilknyttet Norsk Helsenett i løpet av 2011, i eKommunekartleggingen svarte 76 % av kommunene at de var det.

Det er viktig at alle kommuner kommer seg opp på et teknologisk minimumsnivå for at man skal hente ut potensialet som ligger i elektronisk samhandling. Dersom alle er i stand til å sende og motta elektroniske meldinger, slipper man å opprettholde egne rutiner for å utveksle papirmeldinger med de aktørene som henger etter. Det vil også sikre at alle innbyggerne er sikret det samme tilbudet som f.eks. Nasjonal kjernejournal. Et forskriftsfestet krav til elektronisk dokumentasjon og kommunikasjon av helseopplysninger, er den beste måten å sikre at et slik teknologisk minimumsnivå blir nådd for hele sektoren.

Sigrun Vågeng

Victor Ebbesvik