

Helse- og omsorgsdepartementet

Postboks 8011  
0030 OSLOVår ref.:  
09/560-1603/11Arkiv:  
026Dato:  
18.01.2011**FORSLAG TIL NY HELSE OG OMSORGSLOV- HØRINGSUTTALELSE FRA BAMBLE KOMMUNE**

Bamble kommune har behandlet lov forslaget og ønsker å komme med noen kommentarer. Vi er positive til at endringer i oppgaver for kommunen lovreguleres.

Det er imidlertid svært viktig at de tjenesteområdene som reguleres og de nye pliktene som tillegges kommunene, ikke påfører kommunene oppgaver som fører til store økonomiske utgifter og problemer med å skaffe kompetent arbeidskraft. En forutsetter at merkostnader som følge av nye oppgaver blir fullfinansiert fra statens side, samt at endringer i forhold til pasientforløp ikke iverksettes før kommunen er sikret økonomiske rammer for å imøtekomme endringene.

Vi vil også understreke viktigheten av at endringene som de nye lovene medfører må ha en gradvis innføring, slik at kommunen kan tilpasse sin organisasjon og drift til disse. Det er av avgjørende betydning at avtalene mellom kommunen og helseforetaket tar høyde for denne gradvise innføringen, fordi dette handler om de oppgavene kommunen skal ta et meransvar for og spesialisthelsetjenesten dermed et mindre ansvar.

Kommunestyret vil få høringsuttalelsen til orientering 10. febr. 2011.

I det følgende kommenteres de viktigste hovedkapitler i lovforslaget:

**A Nye oppgaver/plikter/aktiviteter som er foreslått for kommunene**

1. Oppgavene som kommunene vil få ansvar for må være tilpasset de enkelte kommuners mulighet til å ivareta oppgaven. Den enkelte kommunes muligheter og begrensninger må defineres i lokale avtaler mellom kommuner og helseforetak. Før inngåelse av lokale avtaler må det foreligge en økonomisk kartlegging av konsekvensene, slik at kommunene er i stand til å ivareta de oppgavene som de likeverdige partene blir enig om å overføre fra sykehusene.
2. Et døgnkontinuerlig øyeblikkelig hjelp tilbud vil være avhengig av fysiske fasiliteter, kompetanse og økonomi. En lovmessig plikt for kommunene vil sette enkelte kommuner i en umulig situasjon, samt at "halv-veis løsninger" vil kunne sette brukeres liv og helse i fare. En lovmessig plikt vil kreve at staten fullfinansierer kostnadene knyttet til et slikt tilbud.
3. Det må utarbeides nasjonale kriterier for innleggelse og utskrivelse av sykehus. Nasjonale kriterier vil hindre at det lages ulike kriterier fra sted til sted i landet. Dette vil også sikre en likebehandling av pasienter uavhengig av bosted og sykehustilknytning.
4. Alder som kriterium for hvor man får helsehjelp må fjernes. Her henvises til det som er omtalt i forhold til personer over 80 år. Det skal alltid være en konkret vurdering av den enkelte pasients lidelse og behov som skal være avgjørende for helsehjelpen som gis.

5. Ressurskrevende brukere i kommunene har krevd større og større ressurser av kommunens budsjetter. Deler av denne økningen har blitt kompensert gjennom statlige tilskudd. Ordningen i seg selv oppleves som svært tidkrevende og byråkratisk. Det bør utarbeides kriterier for hvem som skal gå inn under ordningen, og denne bør så fullfinansieres fra statens side. Aldersgrensene som gjelder for ordningen bør fjernes.
6. En styrking av kommuneoverlegenes rolle vil være nødvendig for planlegging og implementering av de endringer som samhandlingsreformen legger opp til. Dette gjelder både i den enkelte kommune, men også i samhandlingen mellom kommuner og helseforetak.
7. Kommunene har store utfordringer i forhold til å klare å gi et kvalitativt godt nok tilbud til mennesker med psykiske lidelser og til rusavhengige. Hovedårsaken til dette ligger i knappe økonomiske rammer. Til tross for opptrappingsplaner vil kommunene ha behov for ytterligere styrking av rammene for å imøtekomme forventningene som ligger i samhandlingsreformen.
8. Heldøgntjenester i eget hjem har vært økende de siste årene. Dette gir kommunene store utfordringer både kompetansemessig, personellmessig og økonomisk. Det bør vurderes å klargjøre i forskrift hvilke forutsetninger som må være til stede for at en person skal ha rett til heldøgntjeneste i eget hjem.

## **B Myndighet som er foreslått gitt til kommunene**

1. Det er positivt at det utarbeides kvalitets- og funksjonskrav for fastlegetjenesten i kommunene. Dette kan gi kommunene bedre mulighet til å få større deltakelse fra fastleger i spørsmål om samhandling, medvirkning og rådgiving i forhold til enkeltbrukere.
2. Det er positivt at kommunene får ta en sterkere styring over fastlegeordningen og legetjenesten i kommunene.
3. For å ivareta de nye oppgavene som skal overføres fra sykehus til kommuner, må det lages planer for økt kompetanse/spesialisering blant legene i kommunene. Kostnader knyttet til denne kompetansehevingen må dekkes av økte statlige overføringer.

## **C Bruk av avtaler mellom kommuner og foretak, herunder adgangen til å avtale tvisteløsningsordninger**

1. Dersom det oppstår tvist i forhold til avtaler mellom kommuner og helseforetak, bør det opprettes et eget uavhengig tvisteløsningsorgan. Et slikt organ vil øke legitimiteten for en tvistebehandling.

## **D Kompetansefordeling for øvrig mellom kommuner og statsforvaltningen**

1. Statens myndighet for tilsyn og klagebehandling bør samles i ett statlig organ. Dette bør ligge til fylkesmannen i fylkene. Dette vil hindre uklare roller og en mindre fragmentert stat i møtet mellom staten og kommunene.
2. Det er positivt at kvalitetskrav i forhold til pasientsikkerhet blir behandlet lokalpolitisk (jmf. § 4-2). Dette betinger imidlertid at kommuner og tilsynsmyndighet har en lik oppfatning av hvilke kvalitetsindikatorer og kvalitetskrav som skal gjelde.
3. Det er positivt at statlig klageorgan fratras muligheten til å omgjøre vedtak fattet av kommunen. Dersom klageorganet er uenig med kommunens vedtak, kan det sende saken tilbake til kommunen. Dette vil gi kommunen en helt ny posisjon vis a vis klageorganet, og samtidig gi kommunen en mulighet til å vurdere saken på nytt.

## **E Særlig om forslag til bruk av tvang og makt overfor psykisk utviklingshemmede og overfor rusmiddelbrukere**

1. Reglene for tvang overfor personer med kognitiv svikt (f.eks. demente) må tas inn i ny lov om kommunale helse og omsorgstjenester på lik linje med psykisk utviklingshemmede og rusmiddelbrukere. Bakgrunnen for dette er at saksbehandlingsreglene, fylkesmannens rolle og gjennomføring for alle disse tre gruppene har mange likhetstrekk.

## **F Finansiering av kommunens nye oppgaver/plikter/aktivitet**

1. Det forutsettes at merkostnader som følge av nye oppgaver blir fullfinansiert fra statens side, samt at endringer i forhold til pasientforløp ikke iverksettes før kommunen er sikret økonomiske rammer for å imøtekomme endringene.

2. Økt kommunalt finansieringsansvar for fastlegeordningen støttes ikke, da en ikke klarer å se hensikten med en slik endring. Endring i hvem som betaler hva i fastlegeordningen har ingen innvirkning på den påvirkning kommuner har på selve legetjenesten.
3. Takstsystemet for fastlegene bør endres, og det bør oppmuntres til økt samhandling med kommunens helse- og sosialtjenester i planlegging, enkeltsaker og veiledning som ikke er kurativ virksomhet.
4. Det vil være behov for økte ressurser til grunnutdanning, lærlingeordning og etter- og videreutdanning for å kunne imøtekomme kommunenes behov for kompetent arbeidskraft i årene framover. Dette er noe som staten må ta hensyn til i rammeoverføringene til kommunene.

### **G Helseovervåking / statistikk**

1. Det er nødvendig at sentrale myndigheter koordinerer utvikling av felles metoder og systemer for bearbeiding av datamaterialet, for eksempel geografiske informasjonssystemer. Helseovervåkingen må sette helsefremmende faktorer i høysetet. Følgende prinsipper legges til grunn:
  - o Statlige myndigheter etablerer et minimum av felles indikatorer for å sikre sammenlignbare data nasjonalt.
  - o Statlige helsemyndigheter kvalitetssikrer at data er sammenlignbare mellom kommuner og fylkeskommuner
  - o Sammenlignbare data er også viktig i et internasjonalt perspektiv
2. Statlig pålegg om samarbeid mellom kommuner (§ 27) går kommunene imot. Frivillige avtaler mellom kommuner som ønsker å samarbeide vil være en mye bedre måte å løse utfordringer knyttet til folkehelsearbeidet.

### **H Innspill til enkeltparagrafer i ny Lov om kommunale helse og omsorgstjenester**

1. I § 1–3 e synes lite konkret og operasjonell. Her bør en heller benytte kjente formuleringer som de som finnes i ISO 9000:2000 hvor tjenester skal være
  - o Virkningsfulle
  - o Trygge og sikre
  - o Involvere brukere og gir dem innflytelse
  - o Er samordnet og preget av kontinuitet
  - o Utnytter ressursene på en god måte
  - o Er tilgjengelige og rettferdig fordelt
2. Følgende tas inn i kap. 3: Kommunen skal samarbeide kommunalt, fylkeskommunalt, med regionalt helseforetak og stat slik at helse og omsorgstjenesten i landet oppleves som en enhet.
3. § 5–7 er en videreføring av tidligere bestemmelse i Lov om helsetjenester i kommunene. I forslag til ny Helse og omsorgslov bør det presiseres hvilke opplysninger om helsepersonell som kommunen skal motta og eventuelt videreformidle til et sentralt register.
4. § 5–4 omtaler krav om politiattest for ansatte som skal arbeide med barn og utviklingshemmede. Her bør en også ta med personer med kognitiv svikt (eksempel demente), da denne gruppen også ansees å være særlig sårbar og utsatt.

Med hilsen

Birgit Sannes  
Kommunalsjef Helse og Omsorg