

RÅDE KOMMUNE

RÅDMANNSKONTORET

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 Oslo

Vår ref.
09/985-6//SORO

Deres ref.

Dato:
17.01.2011

Samhandlingsreformen, høringsnotat

Med dette oversendes merknader til høringsdokumentene, forslag til ny kommunal helse- og omsorgslov og ny folkehelselov, vedtatt i formannskapet Råde kommune 11.01.2011.

1. Prinsippene i Ny Folkehelselov

Formålet med loven er å bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse og bidrar til å motvirke sosiale helseforskjeller. "Befolkningens helse er blant samfunnets viktigste ressurser"

I forslag til Ny Folkehelselov legges ansvaret for folkehelsearbeid til kommunen som sådan, for at kommunen skal bruke alle sine sektorer for å fremme folkehelse, ikke bare helsesektoren. 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.

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.

2. Kommunens vurdering av forslag til folkehelselov:

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. 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 og det foreligger få retningslinjer for hvordan dette kan gjøres i praksis. Utfordringen blir i særdeleshet at dersom den friskeste delen av befolkningen blir friskere så vil det øke den sosiale ulikheten i helse heller enn å redusere den.

Forslaget til ny folkehelselov stiller indirekte krav om at det opprettes koordinatorstillinger

for folkehelsearbeidet. 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 kompetansekreven. Helseovervåking /statistikk et stort og uoversiktlig område – og vil også kreve store ressurser. Det ligger ikke inne noen ressurser til dette arbeidet, samt at det er behov for kompetanse i kommunesektoren for å følge opp 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 dobbeltrapportering.

Det er positivt med en utvikling hvor folkehelse vektlegges i lovs form for både kommune og fylkeskommune, men kommunen stiller spørsmål ved det underliggende premisset om at den foreslåtte nye folkehelseloven vil frembringe bedre folkehelse, uten at dette får betydelige økonomiske eller administrative konsekvenser for kommunens drift. Krav til samarbeid, helseovervåking 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 betydelige merkostnader både ressurs- og kompetansemessig.

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 kommunen selv å avgjøre hvilke utfordringer og spørsmål som skal tas opp i videre planlegging. Det er prinsipielt problematisk at det innføres bestemmelser i ny folkehelselov som undergraver grunnsprisset 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.

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

At kommuner/fylkeskommuner gis slikt ansvar er grunnlag for å problematisere at loven ikke har økonomiske og administrative konsekvenser.

3. Prinsipper i Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester:

Lov om kommunale Helse- og omsorgstjenester erstatter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven og angir rammene for det kommunale ansvaret for helse- og omsorgstjenesten, uten i detalj å angi hvilke tjenester kommunen skal utføre. Det sentrale prinsipp i loven er at kommunen skal tilby nødvendig helse- og omsorgshjelp som ikke er spesialisthelsetjeneste, og at kommunen innenfor disse rammer skal yte et forsvarlig, helhetlig og integrert behandlingstilbud. Lokal handlefrihet fremheves som et av lovens verdigrunnlag. Loven fremstår også profesjonsnøytral, for at kommunen skal ha frihet til å organisere og tilpasse tilbudet til lokale behov. Pasient- og brukerrettigheter knyttet til kommunale helse- og omsorgstjenester videreføres, men at disse samles i pasientrettighetsloven.

Lovforslaget skal sikre bedre samhandling innad i kommunen og mellom spesialisthelsetjenesten og det kommunale helse- og omsorgstilbudet. Kap. 6 i lovforslaget

omhandler plikten til å inngå samarbeidsavtale mellom kommunen og det regionale helseforetaket. Samarbeidet skal ha som formål at å bidra til at pasientene/brukerne mottar et helhetlig og over tid sammenhengende tilbud. For å sikre gjennomføringen av samarbeidet innføres en ordning med kommunal medfinansiering av visse spesialisthelsetjenester og utskrivningsklare pasienter.

Krav til forsvarlighet, pasientsikkerhet og kvalitet, har en sentral plass i lovforslaget. Herav følger også plikten til undervisning, praktisk opplæring og utdanning, for å sørge for at helse- og omsorgspersonell har nødvendige kompetanse til å utføre de oppgaver de er satt til. Kommunen plikter også å ha en beredskapsplan for helse- og omsorgstjenester i samsvar med lov om helsemessig og sosial beredskap. Kommunen skal også forplikte sitt helsepersonell til beredskap ved ulykker og andre akutte situasjoner.

Individuell plan og koordinering av tilbudet til pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester, er fremhevet som en forsterket ordning i lovforslaget. Rettsikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkeltpersoner, er i sin helhet overført fra sosialtjenesteloven.

4. Kommunens vurdering av lov om kommunale helse- og omsorgstjenester:

- *Ansvarsavklaring mellom kommunens og statens ansvar for helsetjenester:* 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.

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 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 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. Med grunnlag i lovtekst eller forarbeider vil det være vanskelig, eller nærmest ikke mulig, å trekke opp en grense mellom kommunens og spesialisthelsetjenestens ansvarsområder særlig når det gjelder gråsoner. 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 uklar. 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 HOD som ensidig vil kunne

fastsette ansvarsfordelingen mellom stat og kommune, noe som undergraver hensynet til balanse mellom staten og kommunesektoren.

Lovforslaget er utydelig med hensyn til ansvar og oppgavefordeling mellom stat og kommune. 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.

- *Plikten til å inngå avtaler mellom kommunen og helseforetakene:* 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.

Det er etter kommunens 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 at 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 inngåtte avtaler, eller kan departementet fritt bruke den hjemmel til å fastsette ansvarsgrensene 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.

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.”

For øvrig slutter Råde kommune seg til høringsuttalelse fra Kommunenes Sentralforbund datert 30.11.2010:

”Samhandlingsreformen (St.meld.nr.47) er en tillitserklæring til kommunesektoren hvor kommunene skal være den helhetlige inngangsporten til helsetjenestene.

- Det ses som svært positivt at reformen vektlegger at oppgavene skal løses så nært pasient/bruker som mulig slik at tjenestetilbudet blir mer helhetlig og effektivt. Samhandling over forvaltningsnivåene er grunnleggende for å få dette til.
- Det er positivt at lovforslagene vil underbygge og forsterke kommunenes myndighet og at lokal handlefrihet blir fremhevet som et viktig verdigrunnlag.
- Det er viktig å få avklart hvilken status avtalen mellom kommunene og helseforetakene skal ha vedrørende oppgavefordeling, og slik også hvilken rolle et tvisteløsningsorgan skal ha. En ordning slik vi har i Østfold i dag – hvor partene selv er ansvarlige i høy grad for å finne en løsning – er til beste for pasient/ bruker.
- En forsterket og godt integrert legetjeneste i kommunenes helse- og omsorgstjeneste vil være en forutsetning for at kommunene skal kunne ta flere oppgaver og et større ansvar i helsetjenesten. Det vil bli viktig i det videre arbeid å vurdere hvilke virkemidler som må være på plass for at kommunene skal kunne ivareta sitt økte ansvar.
- Utdanningskapasitet og innhold må tilpasses ut fra behovene for kompetanse i kommunene og helseforetakene. Forskningsinnsatsen og kunnskapsutviklingen må øke betraktelig. Utvikling av samhandlingskompetanse er viktig på begge forvaltningsnivåer.
- Det er behov for en grundig kostnadsberegning av kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenestene.
- Nye oppgaver må fullfinansieres og det må sikres at ikke en part blir den ”lidende” når oppgaver forskyves.
- Reformen må bidra til bedre elektronisk samhandling i helsesektoren generelt og mellom helseforetakene og kommunene spesielt. Det må bety bedre IT-løsninger og plattformer som gjør det mulig å kommunisere bedre elektronisk mellom helseforetakene, fastlegene, den kommunale helse- og omsorgssektoren og pasient/bruker.
- Implementering av reformen må skje skrittvis, basert på kunnskap og erfaringer. Det blir viktig å sikre at sykehusene ikke bygger ned tilbud før kommunene har bygd opp sine tjenester.
- Det er positivt at folkehelsearbeidet blir tydeliggjort og dermed styrket gjennom lokale og regionale planstrategier i samhandling mellom kommuner, fylkeskommuner og statlige helsemyndigheter. Imidlertid fremstår det som underlig at forslaget til folkehelselov ikke skal ha økonomiske og administrative konsekvenser for kommunene.

- Folkehelsekoordinatorstilling er viktig i kommunene, for å stimulere til tverrsektoriell og nivåovergripende arbeid. Stillingen bør være sentralt administrativt plassert og ha nærhet til det politiske nivået.”

Med hilsen

Sonja Jonette Rønneberg
Helse- og omsorgsrådgiver
69295080