



Skien kommune

Helse og velferd

Skien 18/1-11

Kommunalsjef Helse og velferd

Kontoradresse :
Postadresse : **Postboks 27, Sentrum**
3701 Skien
Telefon : **35 58 10 00**
Telefaks : **35 58 15 29**
Bankkonto : **0805 5576905**
Org nr : **938 759 839**

Høringsuttalelse fra Skien kommune til forslag om Lov for helse og omsorgstjenestene og ny folkehelselov.

Konklusjon

- Vi støtter hovedintensjonene i høringsdokumentene. Det er mange gode intensjoner men konkretiseringen uteblir ofte.
- Det er en viss innebygget målkonflikt i hovedmålene og det avklares ikke. Det kan formuleres slik: Er hovedmålet å bremse veksten i utgiftene og så skal vi samtidig forsøkes å skjerme kronikerne? Eller er det slik at kronikerne og de med sammensatte problem skal få bedre tjenester og så skal det skje til så lav kostnad som mulig. ?
- Vi støtter forslaget om at kommunen betaler for utskrivningsklare pasienter, men kriteriene må avklares slik at de er entydige og like nasjonalt.
- Kommunen bør få ansvar for å etablere døgnplasser i institusjon. Målgruppen er pasienter som behøver en overgang mellom sykehus og hjem og som behøver avklaring fra en hjemmesituasjon eller enklere behandling. Det samme gjelder for rehabilitering, psykiatri og lindrende enheter.
- Det skal IKKE etableres øyeblikkelig hjelp plasser i kommunale institusjoner. Skal det skje så må først to viktige forhold avklares: 1. Hva er øyeblikkelig hjelp funksjonen i lokalsykehusene for generell indremedisin(inkludert geriatri)? 2. Hvordan skal slik enhet bemannes og hvilke støtte funksjoner i lab og rtg må på plass.? Disse to forutsetninger er nødvendig for å unngå parallelle tilbud i lokalsykehus og kommune og for å unngå mindreverdige faglige tilbud til eldre. Uklare tilstander hos eldre krever ofte høg medisinsk kompetanse.
- Samarbeidsavtaler mellom kommuner og sykehus kan ikke være frivillig, heller ikke hva angår **innhold**. Siden det allerede foreligger erfaringer på pasientgrupper som åpenbart profiterer på intermediær avdelingen og forpliktende pasientforløp. Derfor må avtale for alle kommuner og sykehus inneholde disse obligatoriske elementene. På

den måten kan helsedepartementet styre sykehus og kommuner som de viktigste aktørene i forpliktende retning til beste for brukeren.

- Kvalitetsarbeid i den kommunale helsetjeneste må baseres på indikatorer som er praksisnære og tar utgangspunkt i brukerens situasjon. De må være enkle og beskrive forhold som behøves uansett i den årlige styringen og utviklingen av tjenesten. Indikatorene må også være slik at de peker direkte mot organisering av arbeidet og atferd og kvalitet i det arbeidet helsearbeidere utfører. Dette vil også være hovedelementet i styringen av fastlegene. Vi ønsker IKKE detaljerte statlig utarbeide kriterier med omfattende rapportering
- Vi støtter forslaget om satsing på forebyggende arbeid. Men dette må være kunnskapsbasert og nasjonalt rettleddende. Det advares kraftig mot at den enkelte kommune skal sette i gang forebygging basert på god vilje og gode intensjoner. Særlig primært forebyggende arbeid som retter seg mot i utgangspunktet friske personer innebærer et stort ansvar og må skje med dokumentert gode og uskadelige metoder.
- Sekundært og tertiært forebyggende arbeid må også være kunnskapsbasert og bør egne seg utmerket for samhandling mellom kommune og sykehus.
- Denne kunnskapsbasen for forebygging er en forutsetning for å fastslå forsvarlighet i kommunens tiltak ved tilsyn. Den er også en forutsetning for at alle innbyggere i alle kommuner får samme muligheter for flere leveår. Når det lages nasjonal lov på området kan ikke det være overlatt den enkelte kommune å vurdere nytten av dokumenterte tiltak.
- Det er logisk i fht lovens formuleringer og ansvar på stat og kommune at tilsynsmyndighet **ikke** kan omgjøre vedtak. Selv om det i enkeltsaker gir en viss svekkelse av den enkelte brukers rettigheter, mener vi det er prinsipielt rett fordi prioriteringene og nivået på tjenester må være politisk styrt.
- For å møte sykehusene til likeverdige forhandlinger må kommunenes helsetjeneste styrkes kraftig. Først og fremst med medisinsk kompetanse. Dette er en åpenbar ny oppgave som må kompenseres.
- Kostnadene ved å motta utskrivningsklare pasienter må avklares før dette iverksettes.
- Det samme gjelder kostnadene ved å etablere nye tilrettelagte døgnplasser i kommunen. Dette kan IKKE overlates til forhandlinger mellom kommuner og foretak, men må fastlegges statlig og med like nasjonale kriterier.
- Medfinansiering er åpenbart ikke avklart enda og må konsekvensutredes før det iverksettes.
- De to ovenstående kulepunkter har i seg kompliserte problemstillinger. Det kan gå lang tid før dette er godt utredet. Det bør derfor åpnes for omfattende støtte til kommuner og foretak som igangsetter konkrete tiltak mot definerte målgrupper. Når målgruppene er utpekt som nasjonalt satsingsområde og tiltakene er faglig godt dokumentert vil dette være en konkretisering av det som er hele intensjonen bak samhandlingsreformen. Dette vil utløse et betydelig initiativ som allerede ligger klart ute i byer og lokalsamfunn. Ved å være konkret vil det også være fullt mulig å forene lokale initiativ med statlig kontroll av ytre rammebetingelser.

Bakgrunn

Helse og omsorgsdepartementet sendte den 18. oktober på høring forslag til ny kommunal helse- og omsorgslov, samt forslag til ny folkehelselov. Høringsfristen er 18. januar 2010.

Vurdering

Høringsdokumentene er svært omfattende og for å få god oversikt samt drøfte mulige konsekvenser har vi ventet helt opp mot fristen med å avgi uttalelse. Det innebærer også at uttalelsen er administrativ, men den vil bli politisk behandlet 26 januar og vedtak ettersendes.

Høringsdokumentene er også vurdert i samarbeid mellom kommunene i Buskerud, Vestfold og Telemark. De vurderingene er vi enige i og de gjengies nedenfor.

Når vi har valgt å starte høringen med konklusjoner så er det for å være så konkret som mulig. Skien kommune har lang erfaring med forpliktende samhandling og driver også flere tiltak for brukere i overgangssituasjonen sykehus- kommune. Vi mener derfor det er viktig å være handlingsorientert. Vår erfaring er at konkrete tiltak i praksis er det som gir best læring og den beste utviklingen av tilbud for innbyggerne.

Som vertskommune for et stort sykehus ser vi også vår forpliktelse til å være aktive deltakere i samhandlingsreformen.

Uttalelse fra BTV samarbeidet.

- *Oppgavene som kommunene vil få ansvar for må være tilpasset de enkelte kommuners mulighet til å ivareta oppgaven. Den enkelte kommunes muligheter og begrensinger 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.*
- *Et døgkontinuerlig 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.*
- *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.*
- *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.*
- *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.*
- *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.

- 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.*
- 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.*

Myndighet som er foreslått gitt til kommunene

- 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.*
- Det er positivt at kommunene får ta en sterkere styring over fastlegeordningen og legetjenesten i kommunene.*
- 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.*

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

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

Kompetansefordeling for øvrig mellom kommuner og statsforvaltningen

- 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 kommuner.*
- 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 – krav som skal gjelde.*
- Det er positivt at statlig klageorgan fratas 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.

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

- *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 rusmisbrukere. Bakgrunnen for dette er at saksbehandlingsreglene, fylkesmannens rolle og gjennomføring for alle disse tre gruppene har mange likhetstrekk*

Finansiering av kommunens nye oppgaver/ plikter/ aktivitet

- *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.*
- *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.*
- *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.*

Helseovervåking / statistikk

- *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:*
 - *Statlige myndigheter etablerer et minimum av felles indikatorer for å sikre sammenlignbare data nasjonalt.*
 - *Statlige helsemyndigheter kvalitetssikrer at data er sammenlignbare mellom kommuner og fylkeskommuner*
 - *Sammenlignbare data er også viktig i et internasjonalt perspektiv*
- *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.*

Innspill til enkeltparagrafer i ny Lov om kommunale helse og omsorgstjenester

- *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*
 - *Virkningsfulle*
 - *Trygge og sikre*
 - *Involvere brukere og gir dem innflytelse*
 - *Er samordnet og preget av kontinuitet*
 - *Utnytter ressursene på en god måte*
 - *Er tilgjengelige og rettferdig fordelt*
- *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.*
- *§ 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.*
- *§ 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.*

Forslag til lov om folkehelse

Nye oppgaver/plikter/aktiviteter er foreslått for kommunene

- *Det anbefales at midler for folkehelsearbeid og i forhold til helse og omsorg overføres via rammeoverføringene til kommunesektoren. En eventuell øremerking av midler er kun aktuelt i en innføringsperiode.*
- *En økt satsing på folkehelsearbeid bør være en del av en ny handlingsplan (opptrappingsplan) slik at både fylkeskommuner og kommuner har mulighet for å planlegge, implementere og iverksette aktuelle tiltak gradvis.*
- *For å styrke folkehelsefeltet er det helt avgjørende at styrkingen følges opp med økonomiske midler.*
- *Fastlegens ansvar og rolle i folkehelsearbeidet bør presiseres tydeligere enn realiteten er i dag. Denne klargjøringen kan med fordel tas inn i den nye forskriften til loven.*

Forholdet mellom fylkeskommunale og kommunale oppgaver og ansvar

- *Kommunene slutter seg til forslaget til ny folkehelselov som retter seg mot alle forvaltningsnivåer og sektorer/faktorer som påvirker innbyggernes helse.*

- *Kommunene ser at krav om samordning på tvers av ulike sektorer og fagområder ikke gjenspeiles på statlig forvaltningsnivå. Ansvar for det tverrsektorielle folkehelsearbeidet bør derfor vurderes flyttet ut fra Helse- og omsorgsdepartementet over til eksempelvis Kommunal og regionaldepartementet, fordi folkehelsearbeid har store samfunnsmessige konsekvenser.*
- *I § 24 står det følgende: ” Nasjonalt folkehelseinstitutt skal bistå kommuner, fylkesmenn og andre statlige institusjoner, helsepersonell og befolkningen...”. Her er fylkeskommunen uteglemt i selve lovteksten. Dette må tas inn.*
- *Lovteksten beskriver at fylkeskommunen skal være en pådriver for og samordne folkehelsearbeidet, blant annet gjennom alliansebygging og partnerskap. Det er viktig at lovteksten også tydeliggjør ”partnerskapsbegrepet” og at bruken av dette begrepet er i overensstemmelse med fylkeskommunens ansvar som regional utviklingsaktør.*
- *Folkehelsekompetansen i kommunen må vektlegges. Folkehelsekoordinatoren i kommunen har en svært sentral rolle for å samordne kommunenes innsats, men det bør ikke være en lovpålagt funksjon.*
- *Det ville vært en fordel for tannhelsetjenesten som tjenesteyter, om det hadde vært dratt en grenseoppgang mellom ny folkehelselov, ny helse- og omsorgslov og gjeldende Lov om tannhelsetjenesten*

Med vennlig hilsen

Tore Haukvik
Kommunalsjef Helse og velferd