



AREMARK KOMMUNE

RÅDMANN

Telefon: 69 19 96 00 Telefax: 69 19 96 01

e-post: post@aremark.kommune.no

1798 AREMARK

Helse- og omsorgsdepartementet
Pb 8011 DEP

0030 Oslo

<i>Sak nr.</i>	<i>Arkivkode</i>	<i>Saksbeh</i>	<i>Deres ref.</i>	<i>Dato</i>
11/22-2	G00	EJA		14.01.2011

NY HELSE- OG OMSORGSLOV HØRINGSUTTALELSE FRA AREMARK KOMMUNE

Oversender herved høringsuttalelse fra Aremark kommune.

Med hilsen

Espen Jaavall
Kommunalsjef

FORSLAG TIL NY KOMMUNAL HELSE- OG OMSORGSLOV – HØRINGSUTTALELSE FRA AREMARK KOMMUNE.

Generelt

Kommunen støtter innføringen av en ”sørge-for-lov,” altså en mer overordnet plikt- og tjenestelov, samt en noe mer profesjonsnøytral og diagnoseuavhengig lovgivning enn i dag. Dette vil gi kommunene mulighet for organisering av tjenester ut fra lokale behov, men også gi muligheter for ulikhet i tjenestetilbudet mellom kommuner og således mellom grupper av befolkningen.

Samlingen av bestemmelsene fra kommunehelsetjenesteloven og lov om sosiale tjenester til en helse- og omsorgslov med en utvidelse av pasientbegrepet til også å omfatte (brukere)/ pasienter i pleie- og omsorgstjenesten er fornuftig. Dette definerer omsorgstjenestene i større grad som helsetjenester, noe de i sitt innhold alltid har vært.

Det er imidlertid en svakhet ved både høringsnotatet og lovforslaget som sådan at HOD vil forskriftsfeste mange viktige områder for kommunene og således befolkningen. Den uttalte referering til senere forskrifter svekker mulighetene til å kunne se de fulle konsekvensene av lovforslaget.

Forslaget preges også av at en ikke tar de økonomiske konsekvenser av forslaget på alvor ved at de endringer som foreslås i stor grad refereres til som ”videreføring og/eller konkretisering av gjeldene plikter”. Store omstillinger som de det aktuelle lovforslaget medfører, må ledsages av egne definerte omstillingsmidler for at endringene skal bli vellykkede uten at hverken pasienter eller tjenester blir skadelidende.

Ansvarsfordeling mellom stat og kommuner, lovens virkeområde (lovforslagets § 1-2)

Forslaget til ny lov vil på mange måter styrke HOD sin posisjon i forhold til kommunesektoren også utover gjeldende rett. HOD kan ved enkelt beslutning treffe vedtak om grensedragningen mellom kommunens ansvarsområder og spesialisthelsetjenestens ansvarsområder. Det vises også til den utstrakte bruk av forskriftshjemler påpekt ovenfor, hvor HOD i forhold til viktige regler for kommunen gjennom forskrift både skal fastsette nærmere regler vedrørende medfinansieringsordning og kommunens ansvar for utskrivningsklare pasienter. Kommunen er skeptisk til at så store deler av et, for kommunene særdeles viktig regelverk, fastsettes av HOD alene uten vedtak i Stortinget.

Kommunens ansvar for helse- og omsorgstjenester (lovforslagets § 3-2)

Kommunen mener at vilkårene for å ha rett til tjenester burde vært mer fremhevet i foreslått lovtekst, for eksempel gjennom å gi § 3-2 et nytt avsnitt hvor definisjonen av nødvendige helse- og omsorgstjenester tas inn. Herunder bør inngå de samme formuleringer som en finner i spesialisthelsetjenesteloven om at retten til helse- og omsorgstjenester gjelder bare dersom pasienten/brukeren kan ha forventet nytte av helse- og omsorgshjelpen, og kostnadene står i rimelig forhold til tiltakets effekt.

Kommunen finner i den sammenheng at § 3-2 nr 6 bokstav b er uklar i forhold til kommunenes plikt til å yte heldøgntjenester i eget hjem. Det hadde vært ønskelig med tydelige signaler om samfunnet skal ha som ambisjon at pasienter/brukere skal kunne leve med 1:1 omsorg eller

mer 24t/døgnet i eget hjem over lengre tid. Dette gjelder etter hvert flere grupper pasienter og har betydelige samfunnsøkonomiske konsekvenser. Ved å utvide kriteriene for helse- og omsorgshjelp som gjelder for spesialisthelsetjenesten, til også å gjelde kommunenes helse- og omsorgssektor, vil ikke enkeltpersoner kunne kreve 1:1 bemanning eller mer 24t/døgnet i egen bolig over lengre tid når kommunen kan tilby verdig og forsvarlig tilbud i samlokalisert bolig eller institusjon.

Kommunens ansvar for helsefremmende og forebyggende helsearbeid (lovforslagets §§ 3-2 og 3-3, høringsnotatets kap. 14)

Kommunen støtter høringsnotatets og lovforslagets prioritering av dette arbeidet, som også må ses i sammenheng med ny Folkehelselov. Videre støtter poengteringen av kommunen som den sentrale arenaen for både folkehelse-, forebyggende og helsefremmende arbeid.

Befolkningsrettede forebyggende tiltak har stor grad av overlapping med kommunens plikter og oppgaver etter forslaget til ny Folkehelselov. En rekke av kommunes helsetjenester etter Helse- og omsorgsloven vil være naturlige samarbeidsparter og arenaer for ulike folkehelseiltak.

Kommunen støtter forslagene om mer forebyggende tjenester og oppsøkende virksomhet fra fastlegene, og ser det helt nødvendig at økningen av legeårsverk i kommunene skal komme disse oppgavene til gode.

Høringsnotatets kapittel 14 og lovforslagets §§ 3-2 og 3-3 inneholder således en rekke gode forslag. At disse i kapittel 14.6 kun betegnes som presisering og tydeliggjøring av kommunens ansvar er egnet til å fjerne det løft en rekke tjenester forventet at samhandlingsreformen skulle gi dette arbeidet. Det er således vanskelig å ta departementets uttalte ønske om å styrke forebyggende og helsefremmende arbeid på alvor.

Fastlegeordningen – endringer og nye krav til fastlegene (lovforslagets § 3-2 nr. 4, høringsnotates kap. 16)

Kommunen støtter presiseringen av kommunenes "sørge-for-ansvar" og således overordnede ansvar. Kommunen støtter tydeliggjøringen av fastlegene som en del av den kommunale helsetjenesten og forslagene om innføring av funksjons- og kvalitetskrav og sikring av allmennlegenes samhandling. En overføring av bestemmelser fra avtaler til forskrift vil kunne være nyttig, men som kommune savner vi først og fremst virkemidler overfor de få legene som ikke fyller sine plikter. Kommunen ønsker således andre sanksjonsmuligheter enn oppsigelse av den individuelle fastlegeavtalen.

Kommunen støtter forslaget om å utrede endring av legevaktstruktur i hht. rapporten Nasjonalt kompetansesenter for legevaksmedisin, inkludert innføring av legevaktstjeneste som bistilling i form av offentlig legearbeid i kommunene. Dette tiltaket kan imidlertid ikke innføres uten en betydelig styrking av fastlegenes kliniske kapasitet på dagtid slik at befolkningens tilgjengelighet for øyeblikkelig hjelp ikke forringes, men kun flyttes til dagtid hos fastlege i stedet for kveldstid ved legevakten.

Med unntak av innleggelse i intermediearenheter, støtter kommunen ikke forslaget om å gi fastleger større innflytelse på inntaksprosedyrene i sykehjem. Det medisinske arbeidet i dette bør forestås av tilsynslege og/eller samfunnsmedisiner i kommunen.

Øyeblikkelig hjelp (lovforslagets § 3-5, høringsnotatets kap. 13)

Vi vet at en rekke pasienter vil kunne undersøkes og behandles i kommunale helseinstitusjoner/ sykehjem etter henvisning fra fastlege eller legevakt. Tilsvarende vil slike avdelinger kunne ta imot pasienter tidligere fra sykehus. Slike døgnopphold forutsetter imidlertid egen og bedre legetjeneste, bedre sykepleie- og laboratorietjenester enn sykehjemmene har i dag.

Høringsnotatet er svært uklart med henhold til finansiering av en slik endring, samtidig som forsvarlighetskravet presiseres betydelig. Det mest uheldige scenariet for befolkningen vil være en kommunal plikt som ikke er finansiert, slik at tilbudet om utredning og behandling ikke er tilstrekkelig godt, samtidig som kommunene vil straffes økonomisk ved bruk av spesialisthelsetjenesten for samme behov. I et slikt lys vil pasientene kunne bli svært skadelidende. Kommunen støtter således en lovfesting av at kommunene skal sørge for tilbud om døgnopphold for helse- og omsorgstjenester til pasienter med behov for øyeblikkelig helsehjelp, men advarer samtidig svært sterkt mot å innføre dette uten samtidig å sikre fullfinansiering og tilgang på tilstrekkelig kompetanse. I tillegg bør arbeids- og ansvarsfordeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten tydeliggjøres i lovteksten. Det kan ikke henvises til avtaler mellom kommuner og helseforetak uten en klar beslutning om en nasjonal overordnet rolle- og ansvarsfordeling.

Kommuneoverlegens rolle – medisinsk faglig rådgiver (lovforslagets § 5-5, høringsnotatets kap. 15)

Kommunen støtter departementets forslag om å videreføre gjeldende rett knyttet til kommunelegen. Kommunen støtter forslaget om å fjerne kravet om at kommuneoverlegens tilråding skal følge saken når kommunen behandler saker om MHV, smittsomme sykdommer og helsemessig beredskap, da dette uansett er sikret i Forvaltningslovens krav om forsvarlig saksbehandling. Høringsnotatets opplisting av kommuneoverlegens mange oppgaver synes i for liten grad å fokusere på rollen som medisinsk faglig rådgiver for øvrig kommunal helse- og sosialtjeneste. Dette er en stor og viktig del av samfunnsmedisinernes funksjon i kommunene.

De økonomiske konsekvensene knyttet til kap. 15 isolert sett er trolig ikke så store. Det er imidlertid andre nye oppgaver lagt til denne funksjonen, for eksempel i forhold til faglig kompetent oppfølging av fastlegene (s. 209), krav til deres virksomhet osv som gir økte oppgaver for kommunene, og således grunnlag for at økte kommunale kostnader må kompenseres.

Krav til forsvarlighet, pasientsikkerhet og kvalitet (lovforslagets § 4-1, høringsnotatets kap. 19)

Kommunen støtter presiseringen av ansvar for forsvarlighetskrav på systemnivå. I tillegg støttes forslaget om å endre internkontrollforskriftens navn til "Forskrift om styringssystem for helse- og omsorgstjenester"

Det er i lovforslaget beskrevet at det skal utvikles og drifte nasjonale kvalitetsindikatorer både i forhold til fastlegene, men også i forhold til øvrige kommunale tjenester. Det er i høringsnotatet på s. 239 uttalt at det er statens helsetilsyn og Helsetilsynet i fylket som har "myndighet til å definere hva som anses som forsvarlig eller uforsvarlig ... i den enkelte sak". Det er i den nærmere definering av hva som er forsvarlig lagt til grunn at dette først og fremst er medisinske og fagmessige vurderinger som er må foretas. Det er noe uklart hvorvidt forsvarlighetsstandardene innebærer en endring i forhold til dagens rettstilstand. Det er etter kommunens vurdering en fare for at både utarbeidelse og drifting av rettslige standarder

gjennom tilsyn, klagebehandling og ikke rettslige bindende virkemidler som retningslinjer, veiledere mv vil medføre en ytterligere maktskyvning fra kommuner til direktorat/helsetilsyn og fylkesmenn.

Elektroniske samhandling (lovforslagets § 4-1c 2.ledd, høringsnotatets kap. 32)

Kommunen støtter målsetningene om elektronisk dokumentasjon og samhandling i helsetjenesten. Kommunen er prinsipielt enige i at utveksling av pasientinformasjon som hovedregel bør skje elektronisk og støtter innføring av dette for alle deler av helsetjenesten og støtter forslagene om krav til funksjonalitet og standarder. Dette vil gjøre etableringen av den elektroniske kommunikasjonen mulig, og er helt nødvendig.

Avtalebasert lovpålagt samarbeid (lovforslagets kap. 6, høringsnotatets kap. 25)

Kommunen enig i at det inngås forpliktene avtaler med helseforetakene. Det er imidlertid uklart hvordan samarbeidsavtalen skal kunne 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. Overføring av ansvaret for en endelig grensdragning mellom hvilke oppgaver som skal utføres av henholdsvis helseforetakene og kommunene, synes ikke problemfri og vil blant annet kunne føre til ulike helsetjenester i en helseregion. Jf. for øvrig kommentarene under avsnittet om øyeblikkelig hjelp ovenfor.

Kommunal medfinansiering (lovforslagets § 11-3, høringsnotatets kap. 30)

Kommunen er skeptiske til en medfinansiering som medfører et stort behov for analyse og kompetanse for organisering av kommunale helsetjenester og tilhørende oppgjørsordninger mellom forvaltningsnivåene. Kommunen tror dette vil bli en ordning med betydelige beregningsmessige utfordringer, fare for at pasienter ikke får behandling på riktig kompetansenivå og store byråkratiske kostnader. Kommunen støtter heller en modell med klarere myndighetsmessig regulering av hvilke grupper pasienter som skal behandles i henholdsvis spesialist- og kommunehelsetjenesten, og en finansieringsform som understøtte denne fordelingen.

Kommunalt finansieringsansvar for utskrivningsklare pasienter (lovforslagets § 11-4, høringsnotatets kap. 31)

Kommunen støtter dette forslaget, men vil presisere at kravene til forskriftsbestemmelsene med hensyn til når en pasient er utskrivningsklar må være entydige. Det må samtidig komme bestemmelser om at kommunen på overordnet medisinsk nivå må kunne kreve å bli tatt med i vurderingene omkring utskrivningsklarhet for den enkelte pasient. Dette vil være en ny oppgave som kommunen må finne løsninger på innen den samme rammen som øyeblikkelig hjelp-innleggelse i pleie- og omsorgstjenestene, og som må fullfinansieres gjennom foreslåtte overføring fra spesialisthelsetjenesten for at forsvarlig tilbud til pasientene skal kunne gis.

Klageordning (høringsnotatets kap. 19)

Vi støtter forslaget om felles klageregler og Helsetilsynet som klageinstans.

Vedtak om tildeling av tjenester i hjemmet og plass i institusjon (høringsnotatets kap. 9, forvaltningslovens bestemmelser)

Vi støtter forslaget om at forvaltningsloven kun skal gjelde for vedtak som gjelder tjenester i hjemmet og plass i institusjon for et tidsrom over to uker.