



Helse-og omsorgsdepartementet  
Postboks 8011 Dep  
0030 OSLO

postmottak@hod.dep.no

## **Forslag til ny helse-og omsorgslov - høringsuttalelse fra Bjarkøy kommune**

### ***Vedr. høringsprosessen i Bjarkøy kommune***

Høsten 2010 startet Bjarkøy kommune arbeidet for sammenslåing med Harstad kommune. Det har derfor vært begrenset administrativ og politisk kapasitet til å utferdige høringsuttalelse til ny helse- og omsorgslov. Forslaget til lovendring er omfattende, og det har vært gitt kort høringsfrist. Bjarkøy kommune er kjent med at flere kommuner har søkt om utsatt høringsfrist uten å nå fram overfor departementet. Bjarkøy kommune mener departementet burde ha utvist større forståelse for den arbeidshverdagen som fins i kommunene, og beklager at høringsprosessen rundt en lovendring som får så store konsekvenser for kommunene ikke gis mer tid. Bjarkøy kommune deler Midt-Troms kommunenes bekymring for at reformens forankring i kommunene blir svekket pga. hastverket i høringsprosessen.

Bjarkøy kommune baserer sin høringsuttalelse på administrativ gjennomgang av lovforslaget, diskusjoner i forbindelse med møte i Norsk Helse og velferdsforum, avd. Troms, møte i regi av Kommunenes sentralforbund og møte i regi av Sør-Troms regionråd. Det har vært foretatt administrativ gjennomgang av høringsuttalelsen fra Midt-Troms regionråd og Harstad kommune.

Høringsuttalelsen er administrativt utarbeidet av pleie- og omsorgsleder Sissel P. Fenes. Bjarkøy kommunestyre har i møte den 18.01.11 gitt sin tilslutning til høringsuttalelsen.

**Bjarkøy kommune har sammenfattet sine kommentarer til det en oppfatter som hovedelementer i lovforslaget i 8 punkter. Noen av punktene er videre utdypet/begrunnet.**

1. Kommunen stiller seg positiv til en modernisering og harmonisering av lovverket innen helse- og omsorgssektoren. Det forutsettes at statlig myndigheter tar høyde for at kommunene vil få behov for økte ressurser i forbindelse med innføringen av det nye lovverket.
2. Sørge-for-ansvaret vil innebære behov for presisering av begrepet faglig forsvarlighet og verdighet. Staten må være ansvarlig for å iverksette prioriteringsdebatter og legge føringer på overordnet nivå. Staten må også bidra faglig og økonomisk til

oppbyggingen av den kommunale kvalitetssikringen framfor å bruke store ressurser på kontrolltiltak.

3. Det legges opp til økt kommunal innsats mht. forebygging, medisinsk behandling, rehabilitering, akuttberedskap, individuelle planer, pasientmedvirkning- og opplæring. Dette medfører igjen økt behov for bygningsmasse, utstyr, driftsmidler, personell og kompetanse i kommunene. Bjarkøy kommune er generelt bekymret for om det vil følge økonomiske ressurser med de økte lovkravene, og om oppbyggingsfasen gis tilstrekkelig tid. Høringsnotatet er lite konkret på disse områdene.
4. Kommunen stiller spørsmål ved om kommunal medfinansiering vil innebære mer byråkrati og ressurser kanalisert til administrasjon. En er bekymret for om dette vil innebære dreining bort fra et faglig fokus til fordel for økonomiske hensyn. Kommunen mener det vil være uetisk, og grense mot faglig uforsvarlighet, å bruke alderskriterier som grunnlag for en finansieringsmodell.
5. Staten må legge sterkere føring på utdanning av personell som er tilpasset kommunenes behov og bidra aktivt til rekrutteringen av kompetent personell til distriktene gjennom ulike virkemiddelordninger. Det bør kanaliseres utdannings- og forskningsmidler direkte til kommunene. Slike tiltak vil bidra til statusheving av 1.linjetjenesten.
6. Lovpålagte, juridisk bindende avtaler som skal regulere ansvarsfordelingen mellom tjenestenivåene i helse- og omsorgssektoren ønskes velkommen under forutsetning av tiltak som sørger for likeverdighet mellom avtalepartene. Det må utferdiges forskrifter om innholdet i avtalene og det må opprettes en ordning for tvisteløsning. Sykehusene kan ikke ensidig skrive ut pasienter hvis kommunale tilbud ikke er på plass.
7. Fastlegenes samarbeidsplikt overfor kommunene må lovfestes. Denne plikten må tydeliggjøres gjennom forskrift for å sikre en tilpasning til de behovene kommunene til enhver tid måtte ha. Samfunnsmedisinske oppgaver må kunne ivaretas av andre profesjoner på linje med leger. Her bør prinsippet om profesjonsnøytralitet gjøres gjeldende, jfr. intensjonen i loven for øvrig.
8. Alle nivåene i helsetjenesten bør ha samme klageinstans for å ivareta helhetlige vurderinger og avgjørelser i tvistesporsmål.

#### Vedr. pkt. 1

**Harmonisering og modernisering av lovverket er på sin plass. Gjennomføringen vil være resurskrevende for kommunene.**

Det har over tid vokst fram en felles forståelse i den kommunale forvaltningen om at eksisterende lovverk er uoversiktlig og lite tilpasset den hverdagen kommunene forholder seg til. Bjarkøy kommune har derfor ingen merknader til forslagene som innebærer at dagens helse-, sosial- og omsorgstjenester samles under ett begrep, "helse- og omsorgstjenester", og en lov, "helse- og omsorgsloven", at den nye helse- og omsorgsloven utformes som en pliktlov for kommunene og at pasientrettighetene ivaretas gjennom pasientrettighetsloven. Kommunen har heller ikke merknader til foreslåtte tilpasninger av lovverket for øvrig.

Kommunen er imidlertid bekymret for om det tas høyde for det økte resursbehovet i innføringsfasen av så omfattende lovendringer. Resursbehovet vil gjelde opplæring og kulturrendring, tilpasning av saksbehandlingssystem, utarbeiding av ny informasjon til brukerne med mer.

#### Vedr. pkt. 2

##### **Sørge-for-ansvar og faglig forsvarlighet**

Det såkalte sørge-for-ansvaret medfører større handlefrihet for den enkelte kommune og bedre muligheter for lokale tilpasninger av tjenestetilbudet. Samtidig stilles det større krav til vurderinger og begrunnelser i forhold til krav om faglig forsvarlighet.

Det er et spørsmål om omsorgstjenesten i kommunene har en høy nok status til å nå opp med sine vurderinger av faglig forsvarlighet i forbindelse med den interne budsjett-diskusjonen. Det er også et spørsmål om dokumentasjonsplikten, rapporteringsplikten og kontrollbehovet fra statlige myndigheters side vil øke i så stor grad at ressursene kanaliseres til administrative tiltak i stedet for et bedre tjenestetilbud.

Bjarkøy kommune etterlyser en bedre presisering av begrepene faglig forsvarlighet og verdighet i den nye helse- og omsorgslovgivningen. Det er kommunens oppfatning at staten bør iverksette en overordnet prioriteringsdebatt og gi kommunene konkrete føringer i forhold til denne. Staten bør i større grad bidra til å styrke kommunenes arbeid med kvalitetsutvikling framfor å bruke ressurser på kontrolltiltak.

#### Vedr. pkt. 3

##### **Flere lovpålagte oppgaver**

Hvis overføring av medisinsk behandlingsansvar fra sykehusene til kommunehelsetjenesten skal kunne gjennomføres i så stor skala som det legges opp til i lovforslaget, krever dette omfattende kommunale investeringer i forebyggende tiltak, sengeplasser, rekrutteringsarbeid og kompetansebygging. Mht. akuttberedskapen, kan det ut som om ansvarsfordelingen mellom forvaltningsnivåene trenger nærmere presisering.

Bjarkøy kommune savner klare føringer fra statlig hold på hvordan de økte lovkravene til kommunene skal finansieres. Hvis ikke gode finansierings- og rekrutteringstiltak kommer på plass, vil ikke kommunene være i stand til å gjennomføre den nye helse- og omsorgslovens intensjoner. Det er viktig å påpeke at statusen til medarbeidere i omsorgssektoren må heves. Uten statusheving vil ikke kommunene være i stand til å rekruttere nok arbeidskraft til å ivareta arbeidsoppgavene i sektoren. Statusen kan bl. a. heves ved at de ansatte gis faglige utviklingsmuligheter, og at det satses på høye faglige standarder som gir medarbeiderne opplevelse av mestring og mening i hverdagen. Muligheten for å gi medarbeidere i omsorgssektoren økt status gjennom kompetanseheving er igjen et ressursspørsmål for kommunene og forutsetter større forståelse fra bevilgende statlige myndigheter.

Forslag til ny helse- og omsorgslov øker forventningene til forebyggende og behandlende virksomhet og til akuttberedskapen i kommunene. Det ligger også en forventning om at dette skal gi en økonomisk innsparing i forhold til samfunnets samlede ressursbruk i sykehusene. Samtidig opplever kommunene at helse- og omsorgstjenesten er "på strekk" i dag. Det mangler ressurser, både økonomisk og kompetansemessig, til å følge opp eksisterende lovkrav

og gjennomføre de forebyggende tiltakene kommunene gjerne skulle iverksatt. Det mangler i stor grad god forskningsdokumentasjon på hvilke forebyggende tiltak som faktisk har en akseptabel kost-nytte effekt.

Bjarkøy kommune har ingen anmerkninger til intensjonene i lovforslaget mht. kommunenes informasjons-/ undervisningsplikt og ansvaret for individuell plan, men ønsker å presisere at denne typen tiltak er ressurskrevende og vil kreve oppfølging fra statlig myndighet med tanke på kompetanseheving og økonomi.

#### Vedr. pkt. 4

#### **Økonomiske insentiver – Kommunal medfinansiering og finansiering**

Kap. 30-31 i høringsnotatet omhandler kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenester og kommunalt finansieringsansvar for utskrivningsklare pasienter.

Bjarkøy kommune mener at det bør gjøres en prinsipiell vurdering av hvor mye ressurser som skal brukes på å flytte penger mellom de ulike behandlingsnivåene framfor å arbeide seg fram til en felles forståelse av hva som er mest formålstjenelig for samfunnet som helhet. Man må unngå at en framtidig medfinansieringsordning blir komplisert og byråkratisk og dermed ressurskrevende og fordyrende for kommunene og samfunnet.

Det framgår av lovforslaget at konkret modell for kommunal medfinansiering ennå ikke foreligger, men at man tar sikte på å innføre ordningen fra 2012. Bjarkøy kommune mener finansieringsmodeller bør utredes grundig og utprøves før de iverksettes i stor skala. Iverksetting av en landsomfattende finansieringsmodell i 2012, som det per januar 2011 ennå ikke foreligger en konkret gjennomføringsplan for, virker hastverkspreget.

Bjarkøy kommune mener det er etisk uforsvarlig å sette prislapper på mennesker ut fra alder. Man bør derfor bestrebe seg på å finne en aldersnøytral finansieringsmodell hvis kommunal medfinansiering skal iverksette. Det vil uansett være den eldste del av befolkningen som kommunene vil ha best forutsetning for å ivareta ut fra allerede etablert kompetanse og bygningsmessige fasiliteter. Det understrekes at finansieringsmodellen må være økonomisk forutsigbar og kreve minimale administrative kostnader for kommunene.

Bjarkøy kommune er bekymret for at finansieringsmodellene som beskrives i lovforslaget vil øke den kommunale opplevelsen av å komme til kort i forhold til statlige myndighetskrav, og at pasientenes hjelpebehov vil bli vurdert hovedsaklig ut fra økonomiske kriterier. Dette er særlig bekymringsfullt i forhold til eldre mennesker som ofte har et sammensatt sykdomsbilde, gjerne med kompliserende sosiale og omsorgsfaglige faktorer. Det er ikke uvilje til å ivareta et større forebyggende eller behandlingmessig ansvar i kommunene i framtiden, men man er usikker på om konsekvensene mht. ressursbehov er godt nok utredet fra statlig side.

I forhold til kommunalt ansvar for utskrivningsklare pasienter, gjelder de samme prinsippene som nevnt ovenfor. Det vil være en fordel for de fleste å komme tilbake til hjemstedet sitt så fort som mulig etter et sykehusopphold under forutsetning av at det tilbudet de kommer til er faglig forsvarlig. Faglig forsvarlighet krever ressurser som tidligere beskrevet.

## Vedr. pkt. 5

### **Utdannings- og forskningsmidler og virkemiddelordninger**

Bjarkøy kommune støtter Midt-Troms regionråds uttalelse om at opprustning av primærhelsetjenesten må bli et felles prosjekt for kommuner, helseforetak, og forsknings- og utdanningsinstitusjoner (Se høringsuttalelse fra Midt-Troms regionråd, pkt. 7). Hvis kommunene skal få påvirkingskraft her, må utdannings og forskningsmidler kanaliseres direkte til kommunene. Staten, gjennom helse- og omsorgsdepartementet, en viktig premissleverandør i denne sammenhengen. Staten bør også sørge for virkemiddelordninger for å skaffe kompetent personell til distriktene i både by- og landkommuner.

Utviklingen av akuttmedisinsk samhandlingsmodell i Bjarkøy kommune er et eksempel på at det eksisterer evne og vilje til nyskaping og utvikling i kommunene (se "Tidsskrift for den norske legeforening", nr. 1-2011), men forskningsarbeidet som her er gjennomført har vært helt avhengig av eksterne midler (Tilskudd fra Norsk senter for distriktsmedisin, Universitetet i Tromsø).

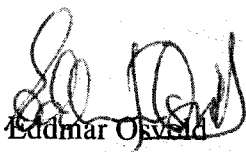
## Vedr. pkt. 6

### **Lovpålagte avtaler mellom nivåene i helse- og omsorgssektoren**

Det bør arbeides mer med definisjon av begrepet "utskrivingsklare pasienter". Per i dag er det ikke tvil om at det er en skjev maktfordeling mellom helseforetakene og kommunene, der helseforetakene har definisjonsmakten. Pasienter må ikke bli skadelidende når det oppstår uenighet mellom forvaltningsnivåene. Pasientene må derfor sikres rett til å være på høyeste forvaltningsnivå til tvistesporsmål i enkeltsaker er avgjort.

Bjarkøy kommune ønsker helse- og omsorgsdepartementet lykke til med det omfattende lovendringsarbeidet.

Bjarkøy, 18.01.11



Eddmar Ojveid

Ordfører



Gudmund Nygård

Rådmann