

Helse- og omsorgsdepartementet

postmottak@hod.dep.no

Deres ref.
200903950-/ATG

Vår ref / Saksbehandler
10/5915-5 G00 &13
Randi Røvik / tlf. 23 06 45 70

Dato:
18.01.2011

HØRING - FORSLAG TIL NY KOMMUNAL HELSE- OG OMSORGSLOV

Fagforbundet viser til ovennevnte høring om forslaget til Ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, som sammen med forslaget til Ny folkehelselov og Ny nasjonal helse- og omsorgsplan er vesentlige virkemidler for å realisere Samhandlingsreformen.

Fagforbundet har vært positive til bedre samhandling i helsesektoren, og gitt vår tilslutning til de politiske føringer som skal bidra til at det totale helse- og omsorgstilbudet koordineres, styres og integreres nærmest mulig befolkningen, hvor kvalitetsstandarder og god tilgjengelighet står i sentrum.

Helsetjenestene er en vesentlig del av velferdstilbudet, og for Fagforbundet er det viktig å skape oppslutning om fellesskapsløsninger. Vi ønsker ikke at det skal være opp til den enkelte, eller den enkeltes økonomi hvilke tjenester som skal være tilgjengelige for den enkelte.

I forbindelse med Stortingets behandling av St.meld. nr. 47 – Samhandlingsreformen har Fagforbundet gitt uttrykk for at reformen er et steg i riktig retning for å møte de utfordringer som er beskrevet i meldingen med hensyn til:

- Pasientenes behov for koordinerte tjenester besvares ikke godt nok
- Tjenestenes preges av for liten innsats for å begrense og forebygge sykdom
- Den demografiske utvikling og endring i sykdomsbildet gir utfordringer som vil kunne true samfunnets økonomiske bæreevne

På den annen side har vi uttrykt skepsis til forslagene om medfinansiering av sykehusinnleggelse, og pekt på behovet for å styrke kommunesektoren. Dette ligger til grunn også for vurderingen av dette lovforslaget.

Rett behandling, på rett sted, til rett tid har vært en grunnleggende føring for organiseringen av helsetjenestene i mange år, og samhandlingsbehovet er belyst i en rekke meldinger og rapporter, som så er fulgt opp med tiltak. Fagforbundet oppfatter at det er stor grad av sammenfall i forståelsen av hvilke utfordringer vi som samfunn står over for, og at det er bred enighet om behovet for bedre samhandling og ressursutnyttelse.

De sentrale temaene i Samhandlingsreformen er behovet for større helhet og sammenheng, bedre samhandling mellom helse- og omsorgstjenestenes ulike aktører, vekst i behovet for helsetjenester og helsepersonell, faglig utvikling og spørsmålet om sentralisert eller desentralisert lokalisering av tjenestene.

Kommunene er grunnsteinen i velferdsstaten. Det er gjennom kommunene at befolkningen får sine viktigste behov for pleie, omsorg og sosiale tjenester ivaretatt, og det er her hovedtyngden av den forebyggende innsatsen må ivaretas. Kommunene må i større grad være delaktige i samfunnsutviklingen, og Fagforbundet mener at økt ansvar for forebyggende helsearbeid, oppfølging av kronikere og mer helhetlige pasientforløp er en del av dette.

Vi er således enige i at veksten i behovet for helsetjenester må ivaretas i kommunene, men vil peke på at det også er uløste oppgaver innenfor dagens tilbud. Slik det beskrives i høringsnotatet har utviklingen på etterspørsselsiden gått så fort at tilbudssiden har hatt problemer med å omstille seg både kompetansemessig, økonomisk og organisatorisk. Utviklingsarbeidet som følger av samhandlingsreformen må derfor også innebære en kvalitetsstrategi som skal medvirke til et bedre tilbud og økt verdighet, både for den som mottar tjenestene og de som skal yte tjenestene.

For å oppnå reformens målsetning om å sikre befolkningen et likeverdig tilbud om helsetjenester uavhengig av diagnose, bosted, personlig økonomi, kjønn, etnisk bakgrunn og den enkeltes livssituasjon, er det nødvendig å foreta ulike strukturelle grep. Vi mener forslaget til Ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester først og fremst er et slikt strukturelt grep, som et ledd i reformarbeidet.

Loven i seg selv vil imidlertid ikke bære reformen. Som vi vet er det i praksis tjenestene utvikles, og at ressurstilgangen er avgjørende for kvalitet og dimensjonering av tjenestene. En vellykket gjennomføring av reformen er avhengig av gode rammebetingelser og riktige prioriteringer, og det er vesentlig at kommunene har en reell mulighet til å bygge opp, organisere og lokalisere de tjenester de skal ha ansvaret for.

Spørsmålet er om de endringer som er foreslått er egnet til å bidra til den nødvendige utviklingen av helse- og omsorgstjenestene, gitt en tilfredsstillende ressursituasjon.

Fagforbundet ser forslaget som en videreføring av gjeldende rett. Vi mener harmoniseringen med annet lovverk og summen av endringer gir et godt grunnlag for å styrke tjenestetilbudet, og legger til rette for en mer samordnet og helhetlig behandlingsskjede.

Struktur

Når det gjelder det mer overordnede; å erstatte dagens to lover, kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven, med en harmonisert felles sosial- og helsetjenestelov, er dette i tråd med blant annet det såkalte Bernt-utvalgets anbefaling fra 2004. (NOU 2004:18 - Helhet og plan i sosial- og helsetjenesten)

Når det gjelder de områder som er lite omtalt i Bernt-utvalget, som folkehelsearbeidet, helsefremmende og forebyggende arbeid, sosial forebyggende virksomhet, miljørettet helsevern mv., har dette fått større betydning i utformingen av både dette lovforslaget, og i forslaget til Ny folkehelselov.

I vårt hørings svar til Bernt-utvalget mente vi det var nødvendig å avvende gjennomføring av utvalgets forslag i påvente av avklaringer med hensyn til den øvrige helselovgivningen. Det er sånn sett positivt at forslaget om en felles lov ivaretar de mer grunnleggende hensyn til lovgivningens betydning for å gjøre regelverket lettere å bruke for både tjenstemottakere og tjenesteytere, og hindre ulikheter i regelverket, som igjen kan skape problemer for samordning og samhandling av og mellom tjenestene.

Vi mener de forslag til endringer som er foreslått i hovedsak tar et slikt helhetlig grep, og at det er en god løsning at tiltak rettet mot risikogrupper og individer er omfattet av forslaget til Ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, mens tiltak rettet mot mer generelle grupper reguleres i en Ny folkehelselov.

Sosialtjenesteloven

Vi har registrert at det er synspunkter på lovens navn, og forslag om at den bør benevnes Lov om kommunale helse- og sosialtjenester. Vi oppfatter imidlertid at omsorgsbegrepet er ment å omfatte både det som i dag dekkes av begrepet omsorgstjenester, og tjenester som i dag hjemles i sosialtjenesteloven. Også med tanke på etableringen av NAV, hvor begrepet sosiale tjenester står sentralt i lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen, synes det fornuftig å bruke omsorgstjenester som begrep i denne loven. Slik vi ser det er det også nødvendig å etablere omsorgsbegrepet bedre i lovverket, men det må ikke være tvil om at dette også omfatter tjenester etter sosialtjenesteloven.

Sosialtjenesteloven gir rett til hjelp til den som ikke kan dra omsorg for seg selv, og omsorgsbegrepet brukes for å benevne ulike tjenester etter loven. Rettighetene knyttet til loven er bl.a. rett til råd og veiledning, rett til praktisk bistand og opplæring, rett til personlig brukerstyrt assistent, rett til avlastning, rett til støttekontakt, rett til plass i sykehjem eller omsorgsbolig, rettigheter under opphold i sykehjem og omsorgsbolig, rett til tiltak ved særlig tyngende omsorgsoppgaver, rett til omsorgslønn, rett til individuell plan og rettigheter knyttet til saksbehandlingen.

I den forbindelse vil vi spesielt peke på det uheldige i at begrepsbruken endres når det gjelder det som i dag benevnes sykehjem og omsorgsboliger, til *institusjon eller bolig med heldøgns omsorgstjenester*. I en situasjon hvor det er mangel på sykehjemsplasser, og hvor det er nær sammenheng mellom føringer for finansiering og kommunenes prioritering av hhv sykehjem eller omsorgsboliger, skapes det ytterligere tvil om retten til sykehjemsplass.

Slik vi oppfatter det vil begrepet omsorgstjenester omfatte de tjenestene som i dag er regulert i sosialtjenesteloven kapittel 4, 4A og 6, mens de generelle oppgavene i sosialtjenestelovens kapittel 3 er innarbeidet i lovforslaget. Det bør likevel vurderes å omtale dette nærmere i det kommende arbeidet, spesielt med tanke på hvordan den sosiale dimensjonen er ivaretatt i § 1-1 Lovens formål. Vi kan heller ikke se at det er tydelig nok at foreløpige tiltak etter sosialtjenestelovens § 8-7 videreføres, og mener dette må fremkomme i lovteksten.

Vi har også registrert at det reises kritikk mot at loven er for helseorientert, og dermed blir for snever med tanke på at den også skal fremme likeverd, likestilling og deltakelse. Praktisk bistand har vært brukt som en samlebetegnelse for hjemmehjelpstjenester og annen hjelpevirksomhet for bl.a. funksjonshemmede. Slik vi ser det er dette videreført i lovforslaget gjennom blant annet forslagene om *Plikt til å tilby hjemmetjeneste*, som omfatter tjenester som ytes i hjemmet, og *Plikt til å yte personlig assistanse*, som omfatter både praktisk bistand og støttekontakt. Det er imidlertid en utfordring at det ikke oppfattes slik, og det bør derfor

vrurderes om forslaget til ny § 3-2 bedre kan tydeliggjøre at dette skal ivareta mer enn helsebehov.

I denne sammenhengen ser vi at det også reises spørsmål ved hvordan behovet for praktisk bistand i tilknytning til yrkesaktivitet skal løses. Det synes fornuftig at sistnevnte løses i arbeids- og velferdsforvaltningen, men dette kan ikke være til hinder for at samme person kan utføre tjenester etter begge lovene.

Begrepsbruk er viktig med tanke på lovteksten, men også med tanke på at dette er forarbeidet til loven. Vi ser imidlertid at det kan være et dilemma at den enkelte bestemmelse kan oppfattes som uttømmende ved en for omfattende opplisting, og at det må gjøres en vurdering i den sammenhengen.

Det viktigste er likevel at presisjonsnivået er tilstrekkelig til å sikre et tjenestetilbud som medvirker til å realisere reformens intensjoner med en kvalitet og krav til forsvarlighet som til en hver tid i er i samsvar med den faglige, teknologiske og samfunnsmessige utviklingen.

Det er vesentlig at både de som skal gi tjenestene og de som skal motta tjenester, vet hvilke tjenester som skal ytes og hva som utløser rett til helse- og omsorgstjenester.

Endringer i annet lovverk

Forslaget krever endringer også i annen lovgivning, og slik det fremkommer av høringsnotatet er dette fulgt opp gjennom vurderinger og forslag til endringer og harmoniseringer. Vi avgrensner oss imidlertid til å kommentere enkelte endringer i forslagene til nye lovtekster.

Forslaget innebærer at pasientrettighetene samles i pasientrettighetsloven. Dette kan oppfattes som en svekkelse av rettighetene, selv om forslaget ikke innebærer noen materiell endring. Vi støtter likevel forslaget om å regulere rettighetene i pasientrettighetsloven, slik at dobbeltreguleringen bortfaller.

Vi mener også det er viktig at gjeldende rett videreføres når det gjelder forvaltningslovens anvendelse, og støtter forslagene som ivaretar dette. Når det gjelder rettigheter for øvrig mener vi imidlertid at sosialtjenestelovens ordlyd om brukervedvirkning og barns rett til medvirkning i større grad burde vært brukt i forslaget til lovtekst.

Vi støtter også forslaget til endringer i helsepersonelloven, til å omfatte alt personell, med de konkretiseringer som er gjort av konsekvensene for personellets yrkesutøvelse, taushetsplikt, opplysningsrett/-plikt mv. Dette er vesentlig for harmoniseringen av lovverket.

Fagforbundet mener profesjonsnøytraliteten er et riktig prinsipp også i denne sammenhengen. Dette reduserer ikke kravene til kompetanse og forsvarlighet, men vil i større grad ivareta orienteringen mot større tverrfaglighet. Siden loven skal omfatte mer enn helsepersonell burde imidlertid loven benevnes lov om helse- og omsorgspersonell, og at helse- og omsorgspersonell benyttes der det er naturlig.

Forslaget til endringene i spesialisthelsetjenesteloven fanger både opp behovet for presiseringer knyttet til driften av de regionale helseforetakene, og harmonisering som en følge av forslaget til Ny kommunal helse- og omsorgslov. Fagforbundet støtter både disse forslagene til endringer, og forslagene til endringer i helseregisterloven. Vi mener elektronisk kommunikasjon er en forutsetning for bedre samhandling, men det må utvikles felles systemer

som kommuniserer og stilles krav til at leverandører av IKT-løsninger tilfredsstiller et slikt krav. Det samme gjelder tilgang til opplysninger som har betydning for behandling, hvor det er behov for avklaringer knyttet til utveksling av pasientinformasjon sett i lys av sikkerhets- og personvern hensyn.

Forskriftshjemler

Utdyping av en rekke forhold foreslås ivaretatt i forskriftshjemler. Vi har forståelse for at det er grenser for hvor omfattende en lov kan være, men det er likevel grunn til å påpeke at forskrifter ikke kan erstatte lovbestemmelser men skal bidra til å utdype disse. Vår erfaring er at forskrifter ikke oppfattes som like forpliktende som lovbestemmelser, og at det er behov for å styrke oppfølgingen også av forskriftsverket.

Så forutsetter vi selvfølgelig at det også blir anledning til å medvirke og uttale seg til forskriftsarbeidet.

Klage- og tilsynsinstituttet

Det foreslås at Statens helsetilsyn videreføres som overordnet tilsynsinnsinstans, og vi mener det er gitt en god argumentasjon fra Statens helsetilsyn om at Helsetilsynet, som er integrert i fylkesmannsembetet, forestår det regionale tilsynet.

Når det gjelder klage- og tilsynsinnsinstans er det avgjørende:

- at tilsyns- og klageadgangen videreføres
- at det er samme tilsynsmyndighet for begge lovene (folkehelse og helse/omsorg)
- at de faglige forutsetningene ivaretas gjennom tilsynet

Når det gjelder klageadgangen støtter vi imidlertid ikke forslaget om å frata tilsynsmyndigheten muligheten til å fatte vedtak. Det er vesentlig både ut i fra et brukerperspektiv, og for tilsynets legitimitet at en klage får en avgjørelse og ikke sendes tilbake for en ny runde i kommunene.

Endringer i meldeordningen

Når det gjelder forslaget til endringer i meldeordningen, er vi usikre på om dette vil medføre noen forbedring.

Gjennomgangen av dagens ordning viser at det er få ansatte som utsettes for sanksjoner, men også få som melder fra - om det er systemet eller frykt for represalier som er grunnen vet ikke vi, men antall meldinger står ikke i forhold til omfanget av uønskede hendelser i helsesektoren. Løsningen er likevel ikke å individualisere ansvaret for å melde fra, like lite som at den enkelte hindres i å melde fra.

Erfaringen når det gjelder meldeordningen viser også at det er mangelfullt lederskap når det gjelder kvalitet og kvalitetsforberedende arbeid. Dette er forhold det må jobbes videre med uavhengig av løsning.

Vi er imidlertid enig med Helsetilsynet at dette ikke er et sanksjonssystem, men handler om oppfølging og oversikt. Dette tilsier at ordningen bør videreføres som en del av Helsetilsynets oppgaver.

Sørge for ansvar

Når loven utformes som et ”*sørge for ansvar*” uten at det stilles krav til bestemte måter å organisere tjenestene på, er det en videreføring av dagens lovgivning. Dette er også et demokratisk prinsipp, og viktig for det kommunale selvstyret.

Med tanke på behovet for ulike løsninger tilpasset ulike kommunestørrelse og ulike utfordringer, vil dette på den ene side gi muligheter for lokale tilpasninger og fleksibilitet. På den annen side kan dette føre til store ulikheter i tjenestetilbudet, og føre til negative konsekvenser for kvaliteten på tjenestene, brukerne og de ansatte. Ut i fra debatten om lovforslaget har vi oppfattet at det også er uklart for kommunene hvilke tjenester de skal yte, og hva det skal samhandles om.

Så selv om det i høringsnotatet tydeliggjøres hva ”*sørge for ansvaret*” innebærer, både i denne loven og i spesialisthelsetjenesteloven, tilsier hensynet til reformens målsetninger om et likeverdig tilbud at tjenestene omtales nærmere i det videre arbeidet med forarbeidene til loven og lovteksten.

I St.meld. nr. 25 (2005-2006) Mestring, muligheter og mening pekes det på at det er på det sosiale og kulturelle området dagens omsorgstjenester kommer til kort. Aktiv omsorg – Regjeringens hovedstrategi for fremtidens omsorgstjenester (2007) legger til grunn større faglig bredde i omsorgssektoren med flere faggrupper og økt vekt på blant annet kulturtiltak. Vi mener dette perspektivet ikke er ivaretatt i forslaget til lovtekst, og at forskriftsfesting ikke er tilstrekkelig på dette området.

Erfaringene med for eksempel Kvalitetsforskriften for pleie- og omsorgstjenester er at tilbudet ikke dimensjoneres ut i fra de kriterier forskriften angir. På samme måte er behovet for verdighetsgaranti et uttrykk for at tjenestene ikke nødvendigvis ivaretar de behov pasienter og brukere har for mer helhetlige tjenester. Dette taler for en bedre presisering av hvilken standard tjenestene skal ha, hvordan kravet til forsvarlighet skal ivaretas og at midler for å realisere reformen øremerkes - for eksempel gjennom en opptrappingsplan slik det ble gjort for å bygge tjenester for psykiatriske pasienter.

For øvrig er vi fornøyd med at verdighetsgarantien lovfestes, og at det innføres rett/plikt til koordinator for de som har langvarige og koordinerte tjenester etter loven.

I gode og onde dager (statuskartlegging og virkemiddelbruk for samhandling mellom helse- og omsorgstjenesten i kommune- og spesialisthelsetjenesten) og rapportene fra Forløpsprosjektet gir gode eksempler på konkrete utfordringer det er mulig å innarbeide i forarbeidene til ny lov.. En videre utdyping kan ivaretas ved at de forholdene som tas opp i de nevnte rapportene, fanges opp i Ny nasjonal helse- og omsorgsplan og i det varslede forskriftsarbeidet.

”*Sørge for ansvaret*” tilsvarer også reguleringsformen som gjelder for helseforetakene, og det er et fornuftig prinsipp at de ulike forvaltningsnivåenes overordnede ansvar reguleres på samme måte. Dette vil bidra til større likeverdighet i forholdet mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten, men dette kan også bidra til ulikheter i det lokale og regionale tilbudet.

Med tanke på forhold knyttet til ulike kommunestørrelse er dette nødvendigvis ikke negativt. Slik vi også påpekte i forbindelse med behandlingen av St.meld. nr. 47 kan det for eksempel

være aktuelt at større kommuner og/eller utvidet kommunesamarbeid har et utvidet ansvar for helsetjenestene, og/eller deler av behandlingsforløpet. Forslaget om lovpålagte avtaler mellom kommunene og helseforetakene vil fange opp dette behovet.

Profesjonsnøytralitet

Den mer overordnede angivelsen av kommunenes plikter omfatter også profesjonsnøytralitet. Vi mener dette ivaretar behovet for en mer tverrfaglig tilnærming, og gir større muligheter for en bedre sammensetning av den ulike fagkompetansen som er nødvendig for å møte behovet for mer helhetlige forløp, økt satsing på forebygging og tidlig intervensjon, mestring og oppfølging av pasienter og brukere. Av samme grunn mener vi også at det er riktig at det ikke knyttes profesjonskrav til den foreslåtte ordningen med koordinator for de som har behov for langvarige og koordinerte tjenester.

Dette setter ikke krav til formell kompetanse og autorisasjon til side, men er et uttrykk for at det er behov for tjenester på tvers av fagprofesjoner, og bedre samarbeid mellom deltjenester. Det er ingen uenighet i at en økning av pasienter og brukere med sammensatte og kompliserte lidelser krever økt kompetanse, men samhandlingsreformens målsetning er også å redusere forekomsten av en rekke ressurskrevende lidelser/sykdommer.

Grunnlaget for god helse skapes på andre arenaer enn i helsesektoren, og kommunene skal ta i bruk alle sine virkemidler og sektorer for å fremme god folkehelse. Profesjonsorientering kan i denne sammenhengen hindre realiseringen av reformen, hemme den nødvendige utvikling av tjenestene, men også ha negative konsekvenser for fagutvikling, rekruttering og mulighetene for kompetanseheving for de som arbeider i sektoren.

Profesjonsproblematikken fremheves også som en utfordring i rapporten *I gode og onde dager*, hvor det fremkommet at for eksempel profesjonsskillet mellom leger og andre påvirker samhandlingen like mye som skillet mellom forvaltningsnivåene. Vår erfaring er dessverre at dette også gjelder mellom andre yrkesgrupper.

Vi mener det er av felles interesse at prinsippet om rett person på rett plass legges til grunn for utformingen av rekrutterings- og kompetansepolitikken, og at de ulike yrkesgruppene anerkjennes for det arbeidet som utføres.

Det vesentlige slik vi ser det er:

- å vektlegge kommunenes plikt til opplæring og utdanning av alt personell
- å bruke reformen og loven til å medvirke til at de uten formell kompetanse gis et fagtilbud
- å styrke gjennomføringstakten for spesialisering
- å øke legedekningen i kommunene
- å utvikle tjenestetilbudet slik at for eksempel kommunale institusjoner også gir grunnlag for spesialisering
- å rekruttere andre yrkesgrupper enn helsepersonell for å utvikle tjenestene

Et annet vesentlig felles interesseområde når det gjelder gjennomføringen av reformen og utviklingen av helse- og omsorgstjenestene, er deltidsproblematikken. Vår påstand er at det ikke er mulig å realisere verken den kvalitetsutvikling reformen krever, sikre rekrutteringen av personell eller ivareta nye oppgaver i kommunesektoren om ikke tjenestene organiseres slik at heltidsstillinger blir normen.

Samarbeidsavtaler

Samarbeidsavtaler er ikke et nytt fenomen i prosjekter som ivaretar samhandlingsbehov mellom helseforetak og kommuner og/eller mellom kommuner. Behovet for samarbeidsavtaler og bedre regulering av samarbeid på helse- og omsorgsfeltet ble også omtalt av det såkalte Wisløff-utvalget, som i NOU 2005: 3 Fra stykkevis til helt kom med konkrete forslag til innholdet i slike avtaler.

Rapporten *I gode og onde dager* tar også for seg status i dagens samhandling mellom kommuner og helseforetak, og gir sammen med erfaringer fra både tidligere og eksisterende prosjekter et godt grunnlag for å utforme slike avtaler.

Det samme gjelder rapporten *God vilje - dårlig verktøy* (2008) - Om samhandling mellom sykehus og kommuner om utskrivningsklare pasienter, og rapportene fra forløpsgruppene.

Både behov, erfaringer og hensynet til de store forskjellene kommunene mellom tilsier at det er til dels store forskjeller i kommunenes muligheter for å ivareta nye oppgaver.

Vi mener likevel de foreslåtte samarbeidsavtalene vil bidra til bedre organisering og dimensjonering av tjenestene, gi grunnlag for større likeverdighet og en bedre regulering av samhandlingen mellom partene.

Vi mener den lovpålagte plikten til å samarbeide og inngå avtaler mellom kommunene og helseforetakene, som foreslås, er en nødvendighet for å realisere reformens intensjoner, og vil også kunne bidra til å styrke offentlige tjenester. Det er imidlertid viktig at dette skjer på en måte som ikke skaper nytt, unødig byråkrati. Den usikkerhet som kommer til uttrykk med hensyn til hvilke oppgaver dette kan omfatte tilsier imidlertid at det er nødvendig å følge opp kommunene i forbindelse med avtaleforhandlingene, også for å ivareta prinsippet om likeverdighet mellom partene og hensynet til et likeverdig tjenestetilbud.

Ved uenighet om forståelsen av avtalene foreslås det at partene skal avtale hvordan tvister skal løses. Vi mener imidlertid at et felles tvisteorgan er en bedre løsning, og at dette vil sikre større kontinuitet og likebehandling av de spørsmål slike tvister reiser.

I likhet med forslaget til Ny folkehelselov foreslås det at ansvaret for lovpålagte oppgaver som innebærer myndighetsutøvelse ikke kan delegeres. De oppgaver som det er aktuelt å inngå avtale om etter denne bestemmelsen vil dermed være deler av pasientforløpet, og ivaretar et viktig element i arbeidet med bedre samhandling og større helhet.

Helseforetakene og kommunene kan avtale at tjenesten skal utføres av den annen part, men ansvaret vil ligge i henholdsvis helseforetaket eller kommunen så lenge dette er regulert i lovverket. Departementet har i den forbindelse gjort en vurdering av at samarbeidsavtaler etter forslaget til ny lov ikke omfattes av anbudsreglementet. Vi mener dette er en forutsetning for slike avtaler at det er de offentlige tjenestene som på denne måten ivaretas, og at dette ikke etablerer et nytt helsemarked med private aktører.

Dagens struktur med mange små kommuner og organiseringen i to forvaltningsnivåer for helsetjenester, krever imidlertid et utstrakt samarbeid både mellom kommuner, og mellom kommuner og helseforetakene. I tillegg kommer en rekke private aktører, som tilbyr helse- og omsorgstjenester i samarbeid med det offentlige, eller på selvstendig grunnlag. Dette innebærer at det også vil oppstå en rekke utfordringer med hensyn til forhold knyttet til

organisering av tjenestene, lokalisering av tilbud og finansiering. Dette er også forhold som må avklares gjennom avtaler, men like viktig er at kommunene vurderer hvordan tjenestene best kan ivareta reformens målsetninger. Vi mener forslaget om en forskriftshjemmel for å pålegge kommunene et slikt samarbeid bryter med dagens politikk om å videreføre dagens kommunestruktur, og at sammenslåing og samarbeid skal være basert på frivillighet.

Det samme gjelder forslaget om at departementet skal gis hjemmel for å foreta grenseoppgangen mellom kommuner og helseforetak. Slike prosesser må ha en demokratisk forankring som sikrer medbestemmelse, medvirkning og behandling i politiske organer.

Samhandling og kommunesamarbeid fungerer godt mange steder, men byr imidlertid på ulike utfordringer. En side av dette er ansvarsforhold, økonomi og drift. Demokratiaspektet er imidlertid en vel så viktig utfordring. Vi har gått mot forslaget til organisasjonsformen med samkommuner, og mener vertskommunemodellen i større grad sikrer medvirkning, åpenhet og forankring i kommunestyrene

Vårt inntrykk er at ulike organisatoriske løsninger som bestiller/utførermodeller, samarbeidsavtaler, regionråd, interkommunalt samarbeid/selskaper, vertskommuner og samkommuner reduserer kommunestyrenes deltakelse i drift og planlegging av tjenestene. I det ligger en åpenbar fare for at viktige beslutninger fattes av andre organer, og at lov- og avtaleverkets bestemmelser om medvirkning og deltakelse for de ansatte pulveriseres. For Fagforbundet er det viktig at en ikke organiserer seg bort fra medbestemmelse og forankring i demokratisk valgte organer.

I motsetning til kommunenes rolle som eier, er kommunenes ansvar som arbeidsgiver lite omtalt. Dagens organisering i forbindelse med samhandlingsprosjekter, samarbeid mellom kommuner og mellom stat og kommune, i for eksempel NAV-kontorene, viser at det er betydelige utfordringer med hensyn til arbeidsgivertilknytning, rettigheter og muligheter for medvirkning. Dette må det også tas hensyn til i det videre arbeidet.

Når det gjelder avtalenes varighet, og oppsigelse har vi ikke sterke synspunkter på modell, men mener det er en forutsetning at det er en viss varighet og at fire år er et minimum i den sammenhengen, og at det er en lang oppsigelsestid på avtalene. Det er også en fordel om oppsigelsestidspunktet knyttes til de årlige budsjettbehandlingene.

Nye oppgaver

I utgangspunktet bør nye oppgaver i kommunene lovfestes og/eller følge av loven. Når det gjelder spørsmålet om kommunene skal ha et døgntilbud for pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp, og distriktsmedisinske senter, ser vi imidlertid at dette kan være vanskelig å gjennomføre i mange små kommuner. Etablering av slike ordninger kan gå på bekostning av andre tjenester, selv om de fullfinansieres.

Vi mener de såkalte lokal-/distriktsmedisinske senter er et godt tilbud, men ser at etablering av slike også kan gi grobunn for konflikter med tanke på lokalsykehusenes fremtid. Det er viktig at disse spørsmålene får sin avklaring og at innholdet i de ulike tjenestene avklares før det lovfestes et nytt tilbud.

Dette kan imidlertid ikke være noe annet enn en mulighet, da det er legens medisinske vurdering som vil ligge til grunn for behandlingsnivå også i fremtiden. Et slikt tilbud kan

imidlertid være et fullgodt alternativ for noen tilfeller, og kan bidra til å styrke tilbudet om helsetjenester for befolkningen. I en slik kontekst vil det også være en ressursmessig styrke om tilbudet lovfestes, også for å sikre større geografisk likhet i tilbudet.

Gjennomføringen av samhandlingsreformen vil imidlertid strekke seg over en forholdsvis lang periode, og det bør i større grad gjøres erfaringer gjennom samarbeidsavtalene og ved videreføring av prosjekter, som *Pilotsykehusprosjektet* før det konkluderes. Et alternativ kan imidlertid være å lovfeste kommunenes rett og mulighet til å ha slike tjenester, uten at det knyttes en plikt til dette i første omgang.

Finansiering

Finansieringsordningene er helt avgjørende for at reformens intensjoner skal kunne realiseres slik at kommunene kan ivareta nye oppgaver, og utvikle eksisterende. Erfaringen med andre reformer er at de er underfinansiert, og at mange kommuner dermed ikke evner å ivareta sine oppgaver som forutsatt.

Vi mener departementets vurdering av de økonomiske og administrative konsekvensene av forslaget til Ny helse- og omsorgslov ikke er realistiske. Medfinansieringsmidler og endret prioritering er ikke tilstrekkelig til å finansiere nye og alternative tilbud i kommunene.

Med unntak av at kommunene skal ha fullt økonomisk ansvar for utskrivningsklare pasienter fra 2012, er det usikkert hvilke økonomiske konsekvenser lovforslaget vil ha.

Så lenge det er uklart hvilke tjenester det skal inngås samarbeidsavtaler om mellom kommuner og spesialisthelsetjeneste blir finansieringsordningene et spørsmål om hvilke prinsipper man skal legge til grunn. Fagforbundet mener kommunene må sikres full finansiering av nye tjenester som de får ansvaret for, og at det foreslåtte medfinansieringsansvaret for kommunene må avvises.

Selv om en på lang sikt kan redusere utgiftene og veksten i behovet for spesialiserte tjenester ved økt forebygging og bedret folkehelse, vil økt satsing på folkehelseiltak, forebygging og nye tjenester medføre økte kostnader for kommunene. Dette gjelder både generelt, men også mer spesifikke behov som å styrke kommunenes finansiering av rehabiliteringsfeltet. Dette er således ikke en sparereform, og nye oppgaver i kommunene må fullfinansieres. Fortrinnsvis gjennom øremerkede midler, som sikrer en gradvis oppbygging av tjenester og styrking av kommunene.

I et langsiktig perspektiv vil økt tilbud i kommunene også kunne bidra til å redusere helsekøene, og bedre behandlingstilbudet også for sykehuspasienter. I dagens situasjon er imidlertid forholdet at de sosiale forskjellene også gir seg utslag i tilgang på spesialisthelsetjenester. Det er derfor grunn til å anta at flere burde fått et tilbud i spesialisthelsetjenestene på et tidligere tidspunkt, enn det som er tilfellet. Det er også avdekket store kvalitetsforskjeller mellom helseforetakene i det tilbudet som gis. En svekket sykehusøkonomi vil ikke gi bedre tjenester, og også her er det behov for å styrke det eksisterende tilbudet samtidig som det utvikles nye.

I tillegg kommer økt ansvar for folkehelsearbeidet og forebyggende tjenester. Dette er et langsiktig arbeid, hvor det verken vil være mulig å se resultater på mange år, eller ta ut en økonomisk gevinst.

Riktigere ressursbruk må ikke forveksles med kutt og innsparinger, verken for spesialist- eller kommunehelsetjenesten. Det viktigste for kommunene og sykehusene er at økonomien styrkes gjennom rammefinansieringen slik at helse- og omsorgstjenestene kan utvikles som forutsatt. En ytterligere markedsorientering av helsebudsjettene gir ingen garanti for bedre ressursbruk, og er fra vår side et uønsket virkemiddel.

Samarbeidsprosjekter kan partene i stor grad styre omfanget av selv, så det er forslaget om den kommunale medfinansieringen som er det største usikkerhetsmomentet. Fra tidligere bruk av økonomiske incentiver i helsesektoren vet vi at de kan ha utilsiktede og uventede tilpasningseffekter. Mangelen på konsekvensanalyse gjør det da også usikkert hvilke konsekvenser forslaget om medfinansiering vil medføre.

Det er heller ikke avklart hvilke pasientgrupper som eventuelt skal omfattes av forslaget til kommunenes medfinansiering av sykehustjenester. De avgrensede modellene som foreslås, er et økonomisk incitament som forutsetter at kommunene har mulighet til å påvirke sykehusinnleggelser. Vi mener dette er et prinsipielt betenkelig forslag, som ikke sikrer likeverdig tilgang til spesialisthelsetjenestene, men reiser tvil om at de som har behov for innleggelse og behandling i spesialisthelsetjenesten vil få dette. Fagforbundet avviser derfor begge de avgrensede alternativene som er beskrevet i høringsnotatet, om at medfinansieringen av sykehusinnleggelser skal omfatte enten medisinske innleggelser/behandling, eller en aldersbaserte modell for somatiske pasienter over 80 år .

Vi vil her understreke at forslaget om medfinansiering av sykehusinnleggelser har møtt stor motstand i Fagforbundet. Dette er knyttet til flere forhold som den risikoen dette innebærer for kommunene, våre erfaringer med foretaksorganiseringen av sykehusene, markedsorienteringen av helse- og omsorgstjenestene, og at det i omtalen av dagens og fremtidens utfordringer vises til såkalte unødvendige sykehusinnleggelser. Sistnevnte problemstilling oppfattes å være nært knyttet til eldre pasienter, som har et mangelfullt tilbud og ikke er en prioritert pasientgruppe.

Dette må rettes opp i det videre arbeidet med loven og lovens forarbeider. Det viktigste er å styrke tilbudet for de eldre og andre pasientgrupper med udekket behov for tjenester, både i kommunene og i spesialisthelsetjenesten, og ikke så tvil om retten til fullverdige spesialisthelsetjenester for utsatte pasientgrupper.

Vår konklusjon er at forslagene ikke er tilstrekkelig utredet, og at det er så store mangler , ved forslaget om en forskriftshjemmel for å regulere medfinansieringsansvaret at det ikke kan anbefales.

Utskrivningsklare pasienter

Når det gjelder det økonomiske ansvaret for utskrivningsklare pasienter fra 2012 oppfatter vi at dette er en implementering av Stortingets vedtak i forbindelse med behandlingen av St.meld. nr. 47. Vi vil likevel gjenta vår bekymring for at dette kan være forhastet, og peke på at det i en periode vil være behov for å bygge opp kommunale tjenester samtidig som det løpende behovet skal ivaretas.

Også her er det grunn til å påpeke at det er nødvendig å definere pasientgruppene nærmere, og vi mener det for eksempel er for tidlig å innføre en betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter innenfor rus og psykiatri i 2012.

Videre vil vi vise til de uklarheter som er knyttet til dagens ordning med hensyn til hva begrepet *utskrivningsklar* innebærer, og den ulike praksis som er beskrevet hva vedrører kommunikasjonen mellom kommuner og sykehus. Vi er derfor enig i at det er nødvendig å vurdere om forskriftens kriterier for når en pasient er utskrivningsklar er tilstrekkelige.

Legetjenesten

Når det gjelder allmennlegetjenesten og forslaget om endringer av avtalesituasjonen for fastlegene, økt finansieringsansvar for kommunene mv., avgrensner vi oss til å peke på at legedekningen i kommunene til dels er for lav og at det er store mangler ved tilbudet for utsatte grupper, herunder institusjonsbeboere. Dette kan ikke dekkes ved endringer i fastlegenes oppgaver, men må ivaretas ved at legedekningen økes og at kvaliteten for utsatte pasient- og brukergrupper bedres. Dette gjelder også dagens legevaktordning.

Spørsmålet om endringer av finansieringsmodellen til en 50/50 fordeling ble også vurdert i forbindelse med innføringen av faslegeordningen, men ble forkastet. Vi kan ikke se at det er grunn til å revurdere dette på det nåværende tidspunkt, og at finansieringsutfordringene tilsier en mer gradvis gjennomføring om kommunene skal være i stand til å ivareta det ansvaret de i fremtiden er tiltenkt.

Det må også i denne sammenhengen legges opp til en gradvis oppbygging av kompetanse for å øke aktiviteten og kvaliteten i kommunene.

Oppgjørsordningen

I forbindelse med omleggingen av ansvaret for utskrivningsklare pasienter, vil kommunene få overført midler fra de regionale helseforetakene. I høringsnotatet pekes det på at midlene som skal overføres kan fordeles enten etter nøklene i kommunenes inntektssystem eller som øremerket tilskudd etter hvilke kommuner som har utskrivningsklare pasienter på sykehus.

Vår oppfatning er at dersom kommunene skal ha fullt økonomisk ansvar for utskrivningsklare pasienter, og ha mulighet til å bygge opp eller utvikle tjenester som gjør dem i stand til å gi et tilbud til disse pasientene, er det en forutsetning at kommunene har en økonomisk forutsigbarhet til å ivareta dette ansvaret. Et system som innebærer at pengene følger pasienten vil ikke gi denne forutsigbarheten, og heller ikke sette kommunene i stand til å ivareta sitt ansvar.

Dette ansvaret vil i stor grad innebære rehabiliteringstjenester, og det kan ikke være en ønsket situasjon verken for kommunene, pasientene eller samfunnet at kommunenes rolle i dette skal være som kjøper/bestiller av enkelttjenester.

Et slikt system vil være til hinder for at kommunene kan utvikle sine tjenester, og sikrer ikke kvaliteten på tjenestene. Vi mener derfor det er opplagt at disse midlene fordeles etter nøklene i kommunenes inntektssystem.

Når det gjelder oppgjørsordningen for utskrivningsklare pasienter som blir liggende på sykehus, er det avgjørende at dette ikke blir en fordyrende og administrativ byråkratisk ordning. Vi mener derfor at helseforetakene og kommunene må bli enige om hvordan dette best kan løses. Vi vil likevel advare mot at dette individualiseres, og mener forholdet best kan løses ved at det fastsettes en gjennomsnittlig døgnpris for dette forholdet.

Andre forhold

Det er positivt at kommunenes og helseforetakenes ansvar for kompetanse og utdanning er vektlagt. Som vi har pekt på tidligere er det et stort behov for en kvalitetsutvikling også når det gjelder opplæring og etter- og videreutdanning. Når det gjelder de mer overordnede strukturer og utdanningstilbud i forbindelse med reformen avventer vi den varslede *Utdanningsmeldingen*, men vil likevel vise til at helsearbeiderfaget er et godt og etablert tilbud til kvalifisering av de mange som mangler formell utdanning innenfor helse- og omsorgssektoren. På samme måte vil fagskoletilbudet, som er utviklet, i stor grad fange opp det mer diagnoserelaterte behovet for kompetanseheving.

Ulike utdanningsinstitusjoner og organisasjoner, som tilbyr et faglig godt og relevant tilbud, vil være viktige samarbeidspartnere for kommuner og helseforetak i denne sammenhengen, og kommunene har et godt utgangspunkt for å planlegge en faglig videreutvikling gjennom den kompetansekartlegging som ble gjennomført i etterkant av tariffoppgjøret i 2008, jfr. Riksmeklingsmannens møtebok.

Vi vil også vise til at Fagforbundet mener dagens system for egenbetaling er sosialt urettferdig, og et hinder for at alle får tilgang på likeverdige tjenester og behandling. Den kraftige økningen i egenbetaling på viktige velferdstjenester må reverseres, og på sikt fjernes.

Ansatte er også innbyggere, pasienter og brukere. Kommunenes og helseforetakenes arbeidsgiverpolitikk, forebyggende tiltak og oppfølging av for eksempel IA-avtalen er dermed viktig også for helsetilstanden i befolkningen. Dette er imidlertid underkommunisert i begge lovforslagene.

Det samme gjelder kjønnsdimensjonen i de helseutfordringer samfunnet står over for, hvor det er behov for et spesielt fokus på sykdomsforløp og oppfølging av kvinner. Det er behov for å styrke forskning og tiltak også på dette feltet, og vi mener kjønnsrelaterte ulikheter i tilbudet burde vært omtalt i høringsnotatet.

Konklusjon

Fagforbundet støtter i hovedsak lovforslaget, men mener det i det videre arbeid er rom for forbedringer, og er grunnleggende kritiske til forslagene om medfinansiering.

Vi vil avslutningsvis oppfordre til en prosess for det videre ivaretar utvikling og medvirkning på alle nivåer, og vil spesielt vise til de gode erfaringene fra partssamarbeidet i modellkommuneprosjektet og pilotsykehusene.

Med hilsen
FAGFORBUNDET

Jan Davidsen /s/
leder

Kopi: LO