



Helse- og omsorgsdepartementet

<b>Deres referanse</b>	<b>Vår referanse</b> 2009/18387-27-5966/2011-SOLD	<b>Klassering</b> 024	<b>Dato</b> 17.01.2011
------------------------	--	--------------------------	---------------------------

**Høring - ny folkehelselov**  
**Høring - ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester**

Oversender herved formannskapetets behandling 13.01.2011:  
Høring – ny folkehelselov og  
Høring – ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester.

Med hilsen

*Dette dokumentet er ekspedert uten underskrift*

Sofie Lund Danielsen  
kommuneoverlege



Saksnr.: 2009/18387  
Dokumentnr.: 19  
Løpenr.: 146316/2010  
Klassering: 024  
Saksbehandler: Sofie Lund Danielsen

## Møtebok

Behandlet av	Møtedato	Utvalgssaksnr.
Formannskapet	13.01.2011	7/11

## Høring - ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester

### Rådmannens innstilling

Rådmannen anbefaler formannskapet å fatte slikt vedtak:

1. Fredrikstad kommune slutter seg til forslaget til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester med de bemerkninger som er nevnt i saksfremstillingen.
2. Formannskapet fatter vedtak i saken med hjemmel i kommunelovens § 13 – utvidet myndighet i hastesaker, jfr. Delegasjonsreglementets punkt 1.2.3

Fredrikstad, 20.12.2010

### Formannskapets behandling 13.01.2011:

På vegne av FrP fremmet representanten Bjørnar Laabak slikt forslag:

Tillegg om brukerstyrt personlig assistanse, BPA

I høringsnotat til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester foreslår ikke regjeringen individuell rettighetsfesting av ordningen med brukerstyrt personlig assistanse, BPA.

I dag er det kommunens vurderinger som avgjør om en person får BPA eller ikke og dessverre så blir de skjønsmessige vurderingene forskjellsbehandlet fra kommune til kommune. Det MÅ bli en lovfestet rett til BPA ordningen. Sverige, Danmark og Finland har allerede rettighetsfestet BPA ut i fra et ønske om å gi mennesker med assistanse behov, muligheten til å delta aktivt i samfunnet.

Vi innser at slike ordninger må finansieres av folketrygden for å sikre at det er behovet, og ikke kommuneøkonomien og bostedsadressen som avgjør hva slags hjelp man skal få.

På vegne av H fremmet representanten Ingrid I. Willoch forslag til nytt pkt.2 (rådmannens innstilling pkt.2 blir nytt pkt.3)

En tydeligere finansieringsordning for kommunene må på plass og denne må ivareta de økte utgifter et slikt lovforslag nødvendigvis må gi.

### Votering:

Forslag fra Bjørnar Laabak på vegne av FrP fikk 4 stemmer (FrP 3, KrF 1) og falt.

Forslag fra Ingrid I. Willoch på vegne av H ble enstemmig vedtatt.

Rådmannens innstilling ble enstemmig vedtatt.

### Formannskapets vedtak 13.01.2011:

1. Fredrikstad kommune slutter seg til forslaget til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester med de bemerkninger som er nevnt i saksfremstillingen.
2. En tydeligere finansieringsordning for kommunene må på plass og denne må ivareta de økte utgifter et slikt lovforslag nødvendigvis må gi.
3. Formannskapet fatter vedtak i saken med hjemmel i kommunelovens § 13 – utvidet



myndighet i hastesaker, jfr. Delegasjonsreglementets punkt 1.2.3

Fredrikstad, 14.01.2011  
Rett utskrift.

Yvonne Meidell  
møtesekretær

Utskrift til:                   kommunalsjef Ole Petter Finess  
                                     kommunalsjef Eva Milde Grunwald  
                                     kommuneoverlege Sofie Lund Danielsen  
                                     kommuneoverlege Bjørn Størstud

## Sammendrag

Helse- og omsorgsdepartementet har sendt på høring forslag til ny kommunal helse- og omsorgslov. Lovforslaget må sees i sammenheng med forslag til ny folkehelselov som departementet har sendt på høring samtidig.

Forslaget til ny helse- og omsorgslov viderefører lovgrunnlaget for de kommunale helse- og omsorgstjenestene, og sammen med ny folkehelselov erstatter den kommunehelsetjenesteloven, sosialtjenesteloven og lov om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet.

Hovedtrekk i lovforslaget er:

- Kommunenes overordnede ansvar for helse- og omsorgstjenester tydeliggjøres ("sørge-for-ansvar").
- Skillet mellom helsetjenester og omsorgstjenester oppheves, hvilket blant annet medfører at alt personell som yter tjenester etter den nye loven omfattes av helsepersonelloven.
- Fremheving av kommunens ansvar for helsefremmende og forebyggende arbeid.
- Det foreslås lovregulert at kommuner og spesialisthelsetjeneste skal legge til rette for samhandling gjennom avtaler.
- Det varsles endringer i forskrift om fastlegeordningen, for eksempel innføring av funksjons- og kvalitetskrav.
- Ordningen med individuell plan videreføres, men plikten til at kommunen skal sørge for en koordinator styrkes og lovfestes.
- Forslag om økonomisk incentiv i form av kommunal medfinansiering av definert pasient-/behandlingsgruppe for å stimulere til at kommunene bygger opp et tilbud før og i stedet for sykehusinnleggelse.
- Kommunalt ansvar for utskrivningsklare pasienter fra sykehus fra dag en.
- Innføring av lovbestemte krav om systematisk arbeid for å styrke pasientsikkerheten og for kvalitetsforbedringsarbeid i alle virksomheter.
- Vurderer om det skal stilles krav om at all dokumentasjon og kommunikasjon av helseopplysninger skal skje elektronisk.

I hovedsak slutter Fredrikstad kommune seg til det nye lovforslaget. Kommunen ønsker allikevel å komme med enkelte kommentarer og tilbakemeldinger til departementet. Viktigste tilbakemelding er at en tydeligere finansieringsordning for kommunene må på plass og at denne må ivareta de økte utgifter et slikt lovforslag nødvendigvis vil gi.

## Vedlegg

Ingen



## Andre saksdokumenter (ikke vedlagt)

Viser til høringsnotatet som er tilgjengelig på regjeringens nettsider:

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/hoeringer/hoeringsdok/2010/horing2/horingsnotat.html?id=621191>

## Saksopplysninger

Helse- og omsorgsdepartementet har sendt på høring forslag til ny kommunal helse- og omsorgslov. Den nye loven vil sammen med forslaget til ny folkehelselov erstatte kommunehelsetjenesteloven, sosialtjenesteloven og lov om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet. Forslaget er en oppfølging av blant annet Samhandlingsreformen.

### Oppsummering av hovedtrekkene i lovforslaget med hovedvekt på endringer fra tidligere

I forslag til ny kommunal helse- og omsorgslov tydeliggjøres kommunens overordnede ansvar for helse- og omsorgstjenester ("sørge-for-ansvar"), uten at kommunene samtidig pålegges bestemte måter å organisere tjenestene på. Kommunens plikter skal i all hovedsak videreføres, men pliktene foreslås utformet mer overordnet og profesjonsnøytralt.

I forslaget oppheves skillet mellom helsetjenester og omsorgstjenester. I stedet foreslås en felles helse- og omsorgstjeneste med felles regelverk, herunder felles klage- og tilsynsinnsans. Dette innebærer også at alt personell som yter tjenester etter den nye loven omfattes av helsepersonelloven.

Samhandlingsreformen fremhever kommunens ansvar for helsefremmende og forebyggende arbeid. Kommunene har allerede i dag et slikt ansvar, men det foreslås at dette tydeliggjøres i lov. Dette må ses i sammenheng med høringsnotatet om lov om folkehelsearbeid. Det presiseres blant annet at kommunen skal ha systematiske tiltak for å identifisere personer som står i fare for å utvikle psykisk eller somatisk sykdom, lidelse eller helseproblem, sosiale problemer eller et rusmiddelproblem, og iverksette forebyggende tiltak og tidlig intervensjon i henhold til anerkjent faglig standard (§ 3-3). Det fremheves at oppsøkende virksomhet, helsestasjons- og skolehelsetjeneste, svangerskaps- og barselomsorgstjenester og rådgivnings- og veiledningstjenester for eksempel gjennom lærings- og mestringstilbud, er viktige deler av dette arbeidet i likhet med det arbeidet som gjøres hos fastlegene. I likhet med forslag til ny folkehelselov presiseres det i aktuelle lovforslag at kommunen til enhver tid skal ha oversikt over helsetilstanden i befolkningen og de positive og negative faktorer som kan virke inn på denne.

Det foreslås lovregulert at kommuner og spesialisthelsetjeneste skal inngå samarbeidsavtaler som skal legge til rette for samhandling mellom ulike deltjenester og med andre tjenesteytere. Det foreslås å innføre et nytt avtalesystem mellom tjenestenivåene med ønske om at dette vil bidra til et mer likeverdig partsforhold og sikre en mer enhetlig praksis. Et viktig mål med forslaget er å hindre unødvendige innleggelser og reinnleggelser i sykehus og å få frem gode rutiner for utskrivning av pasienter fra sykehus. Det foreslås at Helsedirektoratet i samarbeid med KS utarbeider et veiledningsopplegg, herunder standardavtaler, til bruk i avtaleinngåelsen.

I høringsnotatet redegjør departementet for endringer som det på sikt kan være aktuelt å ta inn i forskriften om fastlegeordningen. Fastlegene vil være sentrale i oppfølgingen av samhandlingsreformen. For blant annet å sikre helheten i allmennlegetjenesten, samt sørge



for at det legges til rette for økt fokus på forebygging, er regjeringen opptatt av å sikre at kommunene får bedre styring med fastlegene. Det foreslås innføring av funksjons- og kvalitetskrav i tillegg til virkemidler som vil presisere fastlegens individrettede forebyggende ansvar og koordineringsansvar samt oppfølgingsansvar for kronikere.

Kommunen skal etter loven utarbeide individuell plan for pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester. Kommunen skal ha hovedansvaret i de tilfeller hvor det er behov for tjenester både fra kommune og spesialisthelsetjeneste. Det skal oppnevnes en koordinator som skal ha hovedansvar for nødvendig oppfølging av den enkelte pasient eller bruker og sikre samordning av tjenestetilbudet og framdrift i arbeidet med individuell plan. Kommunens koordinerende enhet skal ha systemansvaret for arbeidet med individuell plan og for koordinatortjenesten. Personell etter den nye loven pliktes til å delta i arbeidet med individuell plan og til å melde fra om behov for individuell plan.

For at kommunene skal kunne tilby gode alternativer til sykehusinnleggelse for pasienter som har behov for døgnopphold for observasjon, undersøkelse og behandling, vil det være av stor betydning at kommunene etablerer døgntilbud. Økonomiske insentiver vil legge til rette for at både kommuner og helseforetak vil se seg tjent med å etablere slike tilbud i kommunene. Blant annet vurderes det om kommunen skal gis medfinansieringsansvar for pasientbehandling i spesialisthelsetjenesten for konkrete pasientgrupper eller behandlingsformer. Det vurderes om det eventuelt bør lovfestes en plikt for kommunene til å sørge for slikt døgntilbud. En eventuell plikt vil i så fall være avgrenset til pasientgrupper der et slikt tilbud anses som like bra eller bedre enn innleggelse ved sykehus for pasienter og henvisende leger. Det legges også føringer for at kommunene må ha gode tilbud for oppfølging av pasienter etter sykehusinnleggelse da kommunene nå får det finansielle ansvaret for utskrivningsklare pasienter fra dag én. I forhold til ansvaret for utskrivningsklare pasienter foreslås det at departementet i forskrift skal gi nærmere bestemmelser om ordningens omfang og innhold, kriterier for når en pasient er utskrivningsklar og betalingssatser.

Det foreslås å innføre lovbestemte krav om at alle virksomheter i spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal drive systematisk arbeid for å styrke pasientsikkerheten. Det foreslås også å innføre lovbestemte krav til systematisk kvalitetsforbedringsarbeid i alle virksomheter i spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Det presiseres at kommunen skal tilrettelegge sine tjenester slik at den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig, integrert og verdig tjenestetilbud.

Kommunen skal sørge for at dens ansatte som utfører tjeneste eller arbeid etter denne loven får nødvendig videre- og etterutdanning, inkludert de som er i privat virksomhet og faller inn under loven.

Det foreslås i høringsnotatet å gi departementet myndighet til å stille krav om at dokumentasjon og kommunikasjon av helseopplysninger skal skje elektronisk. Helseforetak og kommunehelsetjenesten skal videre legge til rette for elektronisk samhandling.

Kommunen skal sørge for at representanter for pasienter og brukere blir hørt i forbindelse med utvikling av kommunens helse- og omsorgstjeneste.



## Økonomiske konsekvenser

Ingen (gjelder høringen).

## Ansattes medbestemmelse

Ikke relevant utover den vurdering som er gjort i forhold til hvem som er bedt om uttalelse i forbindelse med høringen.

## Vurdering

Forslaget til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester innebærer en styrking av kommunens ansvar for helse- og omsorgstjenester generelt og en vridning av fokus mot forebyggende arbeid og tidlig intervensjon. En rekke oppgaver som tidligere har vært omtalt i forskrifts form lovfestes nå og presiseres. Det varsles økonomiske insentiv for å legge en større del av tjenestene til kommunen.

Mye av dette anses fornuftig for å få til bedre koordinerte tjenester, et bedre tilbud for befolkningen og en økonomisk fornuftig drift av helsevesenet totalt sett. Fredrikstad kommune støtter lovforslaget, men med noen kommentarer. Disse følger under.

Som **første generelle kommentar** formidles at dette lovforslaget er så ordrikt og høringen har såpass kort frist, at det blir svært vanskelig å gjennomføre høringen i vår kommune på en tilfredsstillende måte. Dette gjør den demokratiske prosessen rundt lovforslaget dårlig og åpner for feiltolkninger da vi ikke klarer å få mange nok til å se på hele lovforslaget under ett.

**Andre generelle kommentar** går direkte på lovforslaget: Vi ønsker å formidle en bekymring for hvordan endringene er tenkt gjennomført. Dette går hovedsakelig på de økonomiske føringer og på klarheten som fortsatt råder i forhold til en del av bestemmelsene.

Det anses som alt for lett vint at konklusjonen på de fleste lovfestede kommunale oppgaver er at "... er en videreføring og tydeliggjøring av gjeldende rett og vil derfor ikke få administrative eller økonomiske konsekvenser". Det at en del oppgaver ikke har blitt utført tilfredsstillende i kommunene, er i de fleste tilfeller fordi det ikke har vært økonomi eller ressurser til å gjennomføre dem. På denne bakgrunn hjelper det ikke å lovfeste oppgavene og si at det ikke har økonomiske eller administrative konsekvenser fordi det er en videreføring, OG forvente at kommunene da skal klare å gjennomføre dem. Det oppleves fra kommunalt hold som om sentrale myndigheter lukker øynene og feilkonkluderer i stedet for å formidle at reformen menes seriøst ved å gi midler og ressurser til å begynne å gjøre ting annerledes. All erfaring tilsier at mer fokus, til dels nye rutiner og oppgaver, og forventninger om å gjøre en bedre jobb enn i dag, vil føre til økt ressursbruk.

Flere av forslagene vil kunne føre til innsparing på sikt, gjennom mer forebyggende arbeid og folkehelsearbeid, men det er ingen kostnadsfri vei til etablering og endring for å komme dit. Antakelig vil også den økonomiske vinningen i hovedsak komme i stat og helseforetak, som det står i lovforslaget, men utgiften blir kommunens. Da må vi få midler til å gjøre jobben.

Trygghet for finansiering er en forutsetning for at kommunene kan gå i gang med det arbeidet som kreves for å gjennomføre samhandlingsreformen. En større klarhet i hva som kommer til å bli kommunens økte oppgaver er også vesentlig for å komme i gang med arbeidet. Det er forståelse for at dette er en høring, og at man ønsker tilbakemelding før endelige konsekvenser trekkes. Det er imidlertid ikke overensstemmelse mellom såpass uklare oppgaver (må vi bygge opp døgntilbud eller ikke?) og varsler om økonomiske konsekvenser allerede fra 010112.

**Et annet punkt** som kommer inn under dette med konsekvenser, er den kompetansemessige utfordringen. Det kommer til å kreves store endringer, og stor innsats i



planleggingen av, det fremtidige kompetansebehovet. Dette må det komme midler til gjennomføringen av i tillegg til sentrale føringer mot utdanningsinstitusjoner og helseforetak.

**En bekymring** som faller inn under både medfinansieringspasientene/øyeblikkelig hjelp tilbudet i kommunen og tidlig ansvar for utskrivningsklare pasienter er finansieringen i forbindelse med dyre medisiner. I sykehusene blir medisinutgiftene dekket av helseforetaket. Dette har det vært lang tradisjon for i forbindelse med avansert medisinsk behandling. I hjemmesituasjon blir medisinene dekket av folketrygden via blåresept. I kommunale institusjoner dekker kommunen utgiftene. Dersom pasienter med dyre, igangsatte behandlingsregimer skal overføres til "etterbehandlingstilbud" i kommunen før behandlingene er avsluttet, eller dersom kommunen skal gjennomføre dyre, medisinske behandlingsregimer i stedet for sykehusinnleggelse, vil dette gi betydelig økte kostnader i kommunen. Dette kan ikke vi som kommune akseptere å ta merkostnadene med uten noen form for kompensasjon, og er et tema som må avklares!

Det er **en generell frykt for** at overføringen av ansvaret for en del kronikergrupper til kommunen, vil føre til nedbygging av kompetanse i sykehusene. Dette må forhindres.

**Videre kommentarer, der vi har slike, knyttes til respektive paragrafer:**

- § 1-3. Begrepet "bruker" er omdiskutert i fagmiljøet og til dels lite likt blant en del tjenestemottakere av sosiale tjenester/omsorgstjenester. Bruken av "pasient" og "bruker" som eneste begreper kan også føre til en lite hensiktsmessig sykeliggjøring på generelt grunnlag. Ønskelig å ha "tjenestemottaker" eller "klient" å spille på.
- § 2-1. Helsepersonelloven har et sterkt helsefaglig fokus. Det er en svakhet at loven ikke fanger opp det sosialfaglige på en tilfredsstillende måte. Sosionomer bidrar til tjenesten på grunnlag av egen fagkompetanse og er ikke "medhjelpere" for helsepersonell.
- § 3-1. Anses som en hensiktsmessig presisering, også at det må settes i verk systematiske tiltak som sikrer god planlegging, gjennomføring, evaluering og korrigerende. At dette lovfestes og at det kommer til å innebære noe mer ansvar enn det har gjort tidligere (jf. andre paragrafer), gjør imidlertid at dette *kommer til å ha* administrative og økonomiske konsekvenser. Blant annet i forhold til kompetanse og personell. Det savnes økonomiske rammebetingelser for å kunne gjennomføre dette. Og det savnes klare plikter til helseforetak/stat om å bistå i kompetansedelen av dette.
- § 3-2. En styrket kommunal styring med fastlegene vil kreve flere fastleger og til dels ny, i hvert fall øket, kompetanse. Tjenester vil antakelig også i større grad måtte gis på døgnbasis. Kommunen vil ved dette, og dersom det blir større per-capita-tilskudd, få betydelig økte utgifter. Dette må det tas høyde for. Kommunen er fornøyd med at forvaltningsloven ikke skal gjelde for vedtak om tjenester i hjemme eller plass i institusjon for et tidsrom på inntil 2 uker (burde det vært 3 uker?). Vi håper at det er tatt høyde for at det per i dag krever en registrering av bruker i IPLOS for at brukeren skal synes i systemet og at kommunen skal få penger for arbeidet. Finansieringsordningen må beholdes. Håpet er at dette kan gjøres med mindre papirarbeid enn i dag for de brukere som faller inn under ny ordning.
- § 3-3. Med den erfaring vi har innad i egen kommune og samarbeidende kommuner, i forhold til forebyggende arbeid, mener vi at dersom et slikt nytt lovforslag skal ha noen effekt, forutsetter det blant annet følgende:
- At departementet regelmessig innhenter (som et krav, og for eksempel hvert annet år) tilbakemelding fra kommunene om hvordan de ivaretar en slik identifisering,



## FREDRIKSTAD KOMMUNE

hvilke verktøy som brukes og hvilken dokumentasjon de har på at det har ført til identifisering av problemer.

- At barn/ungdom som berørte, eller barn/ungdom som pårørende, blir en sentral formulering i dokumentene som skal legge føringer for hvordan arbeidet med tidlig innsats og identifisering av problematikk skal foregå.
- At departementet foreslår gode og solide systemer for nettopp å ivareta
  - Identifisering / kartlegging.
  - Tidlig innsats og tidlig intervensjon (både tidlig i livet og tidlig i en fase av lidelse eller vanske).
  - Iverksetting av riktige tiltak, i tett dialog med bruker. Må finnes føringer på hva som er riktige tiltak.
  - Oppfølgings- og evalueringsarbeid.

Vi tror også det er helt nødvendig at det settes av øremerkede midler i noe tid for å etablere god praksis i kommunene knyttet til dette.

Vi ønsker også å sette spørsmålsteget ved den oppsøkende, forebyggende aktiviteten som skisseres. Dette gir ikke helsegevinst dersom det fører til sykeliggjøring. Det er forskjell på å "fange opp" og å "søke opp" personer i risikozonen. Denne avklaringen er viktig og det riktige er kan hende å sørge for systemer som "fanger opp".

§ 3-4. Når vi i kommunene nå står på terskelen til arbeidet med samhandlingsreformen, er det grunnleggende at vi har god tilgjengelighet til kunnskapsgrunnlag/data og kunnskap om påvirkningsfaktorer og effektive tiltak. At hver store og lille kommune skal ha oversikt over de positive og negative faktorer som kan virke inn på helsetilstanden i befolkningen er bra, men denne kunnskapen må det komme klart frem i loven hvem som skal sørge for at kommunene får tilgang til. Og dette kan ikke ligge hos hver kommune. Slike ting må på plass og vi må, med tanke på planlegging, vite når vi kan få tilgang på slik info.

§ 3-5. Erfaringer fra flere steder i landet peker mot at det vil være lønnsomt å opprette /§11-3 døgnbaserte tilbud også for pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp, i kommunene. Vi er ikke for at dette skal lovfestes pr i dag, da det tar lang tid å bygge opp de rutiner og kompetanse som er nødvendig for å ivareta slike ordninger. Gjennom beskrivelsene av erfaringer fra flere steder kommer det frem at det er mye penger å spare for stat og helseforetak på at slik behandling legges til kommunene. Innsparingen ser ut til å bli betydelig høyere enn de midlene som er foreslått gitt til kommunene ved en medfinansieringsordning. Dersom staten for alvor mener at det er mye å spare på en slik ordning i kommunene og at kommunene derfor bør bygge opp slik, bør dette fullfinansieres og ikke legges til de lokale avtalene mellom kommuner og helseforetak. Ellers er det fare for at det vil det være umulig for kommunene å få til en slik oppbygging. Dersom midler ikke øremerkes er det et spørsmål om det vil gå til det det skal eller brukes til her-og-nå-behov. Det *blir* en uakseptabel risiko å begynne å planlegge døgnbaserte løsninger nå, for å være forberedt på 010112, uten å vite at vi har dekning for de utgifter dette innebærer.

Det nevnes også en bekymring for de pasientgruppene som eventuelt vil falle inn under medfinansieringsordningen, at disse vil kunne få et totalt sett dårligere tilbud enn tidligere og i forhold til andre pasientgrupper. Det anses fornuftig at det lages klare overførings-/innskrivningskriterier, slik at man unngår dette. Det må foreligge klare signaler på når pasientene kan beholdes for kommunal behandling og når de skal innlegges i sykehus, ikke økonomi alene kan styre dette. Og vi mener at det bør komme noen sentrale føringer på dette utover de lokale avtalene.

§ 3-6. I hovedsak virker tjenestene omtalt i kapittel 11 som en videreføring av gjeldende rett. Men blant annet en lovfesting av at kommunen skal tilby opplæring til pasienter,





## FREDRIKSTAD KOMMUNE

brukere og pårørende har vi inntrykk av at er en utvidelse av dagens ansvar. Her som ellers i lovforslaget stiller vi oss undrende til at dette ikke skal ha noen økonomiske eller administrative konsekvenser. En lovfesting av en oppgave som tidligere ikke har blitt utført i tilstrekkelig grad i kommunen vil nødvendigvis ha både økonomiske og administrative konsekvenser, blant annet i form av kompetanseheving og personellressurser. Dette ønsker vi at kommer frem og at det gis økonomisk dekning for. Dette er igjen et punkt som på sikt vil kunne gjøre befolkningen mer selvhjulpne og dermed spare stat og helseforetak for utgifter.

- § 3-8. Bør paragrafen heller plasseres i den nye nav-loven? Uansett plassering, et ønske fra oss at denne paragrafen må ses i sammenheng med loven om midlertidig bolig og at man vurderer å samle ansvaret.
- § 3-9- Det har opp gjennom årene vært diskutert forslag til forbedringer av denne ordningen, så det overrasker kommunen at loven videreføres uendret.
- § 4-1. Vi synes at å bruke ordet "verdigg" for å definere forsvarlighetsnivå på tjenester er diffust og uhensiktsmessig. Dette må defineres ordentlig. I seg selv hører ikke ordet "verdigg" hjemme i en lov da det ikke beskriver noe allmenngyldig.
- § 4-2. At kommunen selv skal sette kvalitetskrav, evt. i samarbeid med helseforetak, synes lite hensiktsmessig ut fra grunntanken om at alle i landet skal ha samme tilbud om tjenester uavhengig av ...  
Ved etablering og administrering av funksjons- og kvalitetskrav vil det påløpe økte kostnader for kommunen.
- § 4-3. Da er det å håpe at vi igjen kan få tilgang på NEL, Norsk elektronisk legemiddelhåndbok, uten store kostnader.
- § 6 Virker i hovedsak fornuftig. Vi tror det er nødvendig at det utarbeides veiledningsopplegg og standardavtaler som ikke minst sikrer kommunenes rolle i dette. Det er, uansett ønsket og mål, en tradisjon for at sykehusene er styrende part i slike samarbeidssituasjoner og at de har mer ressurser og fagkompetanse enn kommunene har hva gjelder å ivareta egne interesser.

Vi ønsker at departementet i tillegg ser på situasjonene der helseforetakene bryter sin plikt til oppfølging. Det er en problemstilling vi synes manglende belyst i loven. Eksempelvis må kommunene nå betale hvis vi ikke kan ta imot utskrivningsklare pasienter, men når helseforetaket ikke leverer rettighetsfestede spesialisthelsetjenester til rusavhengige jf. ventetider, har kommunen plikt til å iverksette midlertidige tiltak uten at dette får økonomiske konsekvenser for helseforetaket. Dette er en ubalanse vi ikke kan ha.

- § 7 Virker som en god bestemmelse. Koordinatorplikten er styrket og koordinatorrollen er omfattende. Koordinerende enhet må trolig bygges opp og utvides for å klare omfanget av den nye rettighetsbestemmelsen. Dette er ressurskrevende og vil kreve både nye årsverk og kompetanse. Igjen stiller vi oss undrende til konklusjonen om at dette ikke innebærer konsekvenser for kommunen og vi er bekymret for gjennomføringen av dette på samme grunnlag.
- § 8 Kompetanse og utdanning er viktig og vesentlig for de endringer som foreslås. Det forstås slik, ut fra kapittel 17.5, at den kompetanseheving som er nødvendig i forbindelse med overflytting av pasientbehandling fra spesialisthelsetjenesten til kommunene skal dekkes økonomisk. Vi håper dette er reelt. Det hadde vært ønskelig med klarere formidling av hva som faktisk er tenkt økonomisk.



§ 10 Er dette rett plassering av tvangsbestemmelser både vedrørende tjenestenivå og lov? Kommunen støtter i prinsippet fjerning av § 6 - 1. Men, hele kap. 6 i sosialtjenesteloven var omdiskutert i sin tid. Dep. bør derfor se på tvangskapittelet på nytt. De mest alvorlige individuelle inngrepene som finnes i loven kan ikke unnskyldes med tidsnød fra departementets side. Det vises til Røkkansenterets til dels nedslående forskning om kommunal håndtering av tvangsbestemmelsene.

Kommunen støtter Bernt utvalgets vurdering av at tvangsbestemmelsene bør tas ut av loven og inn i en ny samlet tvangslov, for all bruk av tvang i helse og omsorg. Støtter også vurdering av at mer forskning er nødvendig. Mye tyder på at tvang overfor voksne, tunge rusavhengige ikke gir ønsket effekt. Derimot kan tvang være effektivt for gravide rusavhengige og unge rusavhengige.

Kommunen anser at tvang som ledd i behandling av rusavhengige ikke er et kommunalt anliggende. Tvang som ledd i behandling er et svært alvorlig virkemiddel og forutsetter avanserte faglige spesialistvurderinger, som igjen forutsetter omfattende spesialiserte behandlingsforløp. Tvangsbestemmelsene bør i sin helhet overføres som ansvarsområde til spesialisthelsetjenesten.

§ 11-4. Når det gjelder utskrivningsklare pasienter støtter kommunen at det fastsettes flest mulig kriterier i forskrift. Dette for å lette arbeidet med lokale avtaler og for å få en sikrere beregning av ordningens konsekvenser. Det bør også fastsettes kriterier for reinleggelsessituasjoner, da dette blant annet kan være et tegn på feil utskrivningspraksis. Kommunene må få tilgang på relevante data snarlig. Det er ikke lenge til 2012. Det er også et ønske at dataformidlingen fra sykehusene skal skje uten unødvendige forsinkelser og med god, begrunnet og relevant statistikk, eventuelt styrt fra statens side.