



## Halden kommune

Kommunalsjef helse og omsorg

Helse og omsorgsdepartementet  
Postboks 8011 Dep  
0030 OSLO

Deres ref:

Vår ref:  
2010/6313-11

Arkivkode:  
441

Saksbehandler:  
Arild Børstad,

Dato:  
12.01.2011

### — Høringsuttalelse ny lov om kommunale helse og omsorgstjenester - Halden Kommune

Det vises til høringsbrev med høringsnotat av den 20.10.10 med høringsfrist den 18.01.11. Høringsuttalelsen er utarbeidet av kommunens administrasjon. Høringsuttalelsen fremlegges Kommunestyret i Halden den 10.02.2011. Eventuelle ytterligere kommentarer ettersendes.

Dette er en omfattende lovendring som berører betydelige deler av kommunal tjenesteyting. En har imidlertid valgt å konsentrere uttalelsen om noen hovedpunkter i forslaget.

#### 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".

## **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 skeptiske 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 kommunen 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 folkehelse tiltak.

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 legevaktsmedisin, 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 intermediærenheter, støtter kommunen ikke forslaget om å gi fastleger større innflytelse inntaksprosedyrene i sykehjem. Det medisinske arbeidet i dette bør forstås av tilsynslege og/eller samfunnsmedisiner i kommunen.

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

Ut fra egne erfaringer gjennom drift av en Intermediæravdeling over en 3 års periode, vet vi 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 oppstilling 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 forsvarlighetsstandarden 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 grensedracting 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.

## **Individuell plan**

### **(lovforslaget kap. 7, høringsnotatets kap. 22)**

Kommunen er positiv til at det settes fokus på individuell plan som et virkemiddel for å sikre gode og helhetlige helsetjeneste til personer med et omfattende bistandsnivå

Forslaget innebærer at flere enn i dag får IP'er, dermed øker behovet for koordinatorene. Uklart i lovforslaget hvilke faglige krav som settes, dette bør tydeliggjøres.

Medfører økt krav om administrative ressurser og økonomiske ressurser.

For å sikre gode IP'er bør det nedfelles i fastlegeforskriften fastlegens deltagelse i utarbeidelse og oppfølging av IP.

## **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-innleggelser i pleie- og omsorgstjenestene, og som må fullfinansieres gjennom foreslåtte overføring fra spesialisthelsetjenesten for at forsvarlig tilbud til pasientene skal kunne gis.

## **Finansiering og egenbetaling**

### **Lovforslagets kap. 11, høringsnotatets kap. 29 og 30**

Loven foreslår ingen endringer i forhold til økonomisk ansvarsfordeling mellom kommuner, og oppholdsprinsippet. Loven foreslår heller ingen endringer i dagens lovverk med forskrift i forhold til vederlag for helse- og omsorgstjenestens egenbetaling. Kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten er en av kjernene i reformforslaget, og dette er fortsatt meget uavklart ut over at:

”Departementet foreslår en hjemmel for departementet til å kunne gi bestemmelser om kommuners medfinansieringsansvar for pasientbehandling i spesialisthelsetjenesten, herunder kriterier for hvilke pasientgrupper eller behandlingsformer som skal være omfattet av det kommunale medfinansieringsansvaret. Denne hjemmelen vil etter departementets oppfatning dekke de ulike modellene som nå utredes.”

De tre modeller som utredes er:

1. Full medfinansiering (Kirurgi, medisin, psykiatri, rus og rehabilitering, alle aldre)
2. Aldersbestemt medfinansiering (alle medisinske og kirurgiske innleggelser, over 80 år)
3. Diagnosebestemt medfinansiering (alle medisinske innleggelser, alle aldre)

Av stortingsmeldingen fremgår det at regjeringen vil overføre det økonomiske ansvaret for utskrivningsklare pasienter i spesialisthelsetjenesten til kommunene fra 2012. Kommunalt finansieringsansvar for utskrivningsklare pasienter er i tråd med målsetningene i stortingsmeldingen om samhandlingsreformen om blant annet bedre

arbeidsdeling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten og bedre samhandling gjennom bedre gjensidig informasjon og støtte mellom de to behandlingsnivåene, slik at de kan utføre sine respektive oppgaver med høyest mulig kvalitet og på lavest, effektive omsorgsnivå.

Forutsatt at Stortinget slutter seg til endringsforslagene, anser departementet at det særlig vil være aktuelt å ta stilling til om i hvilken grad ordningen skal gjelde både for pasienter innenfor somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Departementet vil komme nærmere tilbake til dette i forbindelse med høring av en slik forskrift. Nivået på betalingssats må vurderes både i forhold til engangsoverføringen fra regionale helseforetak til kommunene og i forhold til insentivvirkningene. Størrelsen på betalingssatsen må også vurderes i forhold til insentiver og risikoen både for helseforetakene og kommunene.

Mangel på god kostnadsinformasjon, og kostnadsvariasjoner mellom helseforetak, avdelinger, og fra pasientgruppe til pasientgruppe, gjør det vanskelig å beregne faktisk kostnadsnivå i sykehus.

### **Høringsuttalelse:**

Halden Kommune mener at modellene og kriteriene for finansieringen ikke er konkretisert. Dette medfører at Halden Kommune i begrenset grad opplever at lovforslaget lar seg tilsluttes slik det foreligger i lovforslaget.

Lovverket burde gi hjemmel til økonomisk kompensasjon spesielt ift fritt kommunehelsetjenestevalg/sykehjemvalg, og behandling av søknader uavhengig av bosted / adresse.

Lovverket burde vært bedre harmonisert med tanke på kommunenes anledning til å ta betalt for korttidsopphold og manglende mulighet til å ta betaling for hjemmesykepleie. Dagens lovverk støtter ikke kommunene i å satse på utbygging av korttids- og rehabiliteringsopphold, og / eller at innbyggerne skal kunne få anledning til å bo hjemme helt til livets slutt også med omfattende hjelpe behov / behandling i hjemmet. Erfaringsvis ønsker stadig flere dette, og kommunen håndterer mange dødsfall i hjemmet.

Halden Kommune er betenkt til at: ”Departementet foreslår derfor en hjemmel for departementet til å kunne gi bestemmelser om kommuners medfinansieringsansvar for pasientbehandling i spesialisthelsetjenesten, herunder kriterier for hvilke pasientgrupper eller behandlingsformer som skal være omfattet av det kommunale medfinansieringsansvaret. Denne hjemmelen vil etter departementets oppfatning dekke de ulike modellene som nå utredes.” Dette betyr at departementet vil kunne bestemme modell over et område som vil berøre en stor del av den totale kommunale virksomheten, med begrenset politisk forankring og uttalelsesrett.

Halden Kommune er betenkt til helheten i de tre modellene som utredes. De tre modeller som utredes er:

Full medfinansiering (Kirurgi, medisin, psykiatri, rus og rehabilitering, alle aldre)

Aldersbestemt medfinansiering (all med og kirurgiske innleggelser over 80 år)

Diagnosebestemt medfinansiering (all medisinske innleggelser, alle aldre)

Med unntak av overføring av midler ift. utskrivningsklare pasienter, vil valg av modell og finansiering av den være de økonomiske insitamentene for hele ”Samhandlingsreformen”, inkludert ny Folkehelselov, hvor det er gjennomgående at alle endringer har ingen administrative – eller økonomiske konsekvenser.

Følgende momenter vurderes som uklare:

- Kostnadsberegning av kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenestene.
- Videre utredning av forhold som fastsettelse av et maksimalt beløp kommunene skal betale pr. innleggelse og hvordan kommunene skal kompenseres for det økte finansieringsansvaret.
- Utfordrende økonomisk fremtidsbilde i forslaget til medfinansieringsordning ved at kommunene eksempelvis vil få ekstra utgifter til medisiner, utstyr og hjelpemidler i takt med at beboere på sykehjem vil ha større og mer avansert behov for pleie.
- I dag dekker helseforetakene utgiftene hvis pasientene skal tilbake til eget hjem, mens sykehjemmene må dekke disse kostnadene hvis pasienten skal dit. Dette er ikke kostnader som er tatt med i de økonomiske beregningene rundt medfinansieringsordningen.

På en rekke områder legges det opp til endringer som skal gi brukerne et bedre tilbud, men som samtidig er forutsatt ikke skal medføre økonomiske virkninger av betydning for kommunene. Dette gjelder blant annet:

- Krav til at koordinerende enheter i kommunene får et systemansvar for arbeidet med individuell plan.
- Rett til et verdig tjenestetilbud (verdighetsgarantien)
- Krav til lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak

Samhandlingsreformen møtes med forventninger om innsats på mange plan som det er vanskelig å overskue økonomiske og administrative konsekvenser til da flere endringsforslag henvises til mer utredning. Høringsdokumentene viser til flere kostnadsdrivende elementer, herunder:

- Etablering av funksjons- og kvalitetskrav, -
- mer kommunal styring av fastlegene,
- nye ressurser innenfor fastlegeordningen,
- overføring av aktivitet fra spesialisthelsetjenesten,
- etablering av tilbud i kommunene,
- styrking av legevakt,
- satsing på rehabilitering

Med hilsen

Gun Kleve  
kommunalsjef helse og omsorg

Arild Børstad  
spesialkonsulent