

**Service og intern utvikling**

Helse- og omsorgsdepartementet  
Postboks 8011 Dep  
0030 Oslo

Vår ref  
2010/222-14/G00

Deres ref:

Saksbehandler  
Grethe Gebhardt  
78 40 27 02

Dato  
17.01.2011

**Høringsuttalelser for ny folkehelselov, og ny kommunal helse- og omsorgslov**

Vedlagt følger høringsuttalelser for ny folkehelselov, og ny kommunal helse- og omsorgslov.

Høringsuttalelsene er godkjent av Hammerfest kommunes styringsgruppe for arbeidet med samhandlingsreformen.

Med hilsen

Grethe Gebhardt  
rådgiver

**Vedlegg**

- 1 Høringsuttalelse - lov om kommunale helse - og omsorgstjenester
- 2 Høringsuttalelse nye Folkehelselov

**Kopi til:**

Linda M. Jensen  
Kaj-Gunnar Dahl  
Kaj Mikael Wold

**Postadresse**  
Hammerfest kommune  
Postboks 1224 k, 9616 Hammerfest  
E-post: postmottak@hammerfest.kommune.no

**Besøksadresse**  
  
[www.hammerfest.no](http://www.hammerfest.no)

**Telefon**  
78 40 20 00  
**Telefaks**  
78 40 25 17

**Bank**  
7592.05.00080  
**Org.nr**  
964 830 533

## Notat

Vår ref  
2010/222-  
13/G00

Deres ref:

Saksbehandler  
Grethe Gebhardt  
78 40 27 02  
grethe.gebhardt@hammerfest.kommune.no

Dato  
17.01.2011

### Høringsuttalelse - lov om kommunale helse - og omsorgstjenester

Hammerfest Kommune finner det positivt å få en felles helse- og omsorgslov som speiler den kommunale tjenestekjeden.

I forslag til ny lov om kommunale helse - og omsorgstjenester legges det opp til økt aktivitet i kommunene. Overføring av aktivitet fra spesialisthelsetjenesten handler om deler av pasientforløp som er aktuelle for "overføring" til den kommunale helse - og omsorgstjenesten. Kommunen skal utgjøre tyngdepunktet blant tjenesteyterne og ha den viktigste koordinerende rollen.

Det er en forutsetning at nye oppgaver er tilpasset den enkelte kommunes muligheter til å ivareta oppgavene - avklare samfunnsøkonomiske konsekvenser av oppgaveendringer og kostnadseffektivitet, mulighet for å rekruttere nødvendig fagkompetanse, regelverk som er tydelige for prioriteringer og rammer for hvilke tjenester som skal gis. Videre nasjonale kriterier for innleggelse i og utskrivning fra sykehus. Hammerfest kommune vil derfor anbefale en tydelig trinnvis overføring av oppgaver og ansvar. Hammerfest Kommune krever fullfinansiering av alle nye oppgaver, herunder også administrative oppgaver.

Hammerfest Kommune har følgende synspunkter, ny kommunal helse- og omsorgslov:

#### **Angående kommunens "sørge- for- ansvar":**

Det er positivt at lovforslaget spesifiserer kommunens "sørge- for- ansvar", mens den enkeltes rettigheter ivaretas i pasientrettighetsloven. Også innenfor området saksbehandlingsregler og klageorgan er det viktig med en harmonisering. Forutsetningen for at kommunen kan påta seg større arbeids- og ansvarsområder er at det legges til rette for en god samhandling mellom kommunens pleie- og omsorgstjenester, fastlege, legevakt, spesialisthelsetjeneste og gjennom etablerte IKT systemer, samt regelverk for elektronisk samhandling.

#### **Angående økt aktivitet til kommunene – overføring av pasientansvar:**

En av hovedintensjonene i loven er å sikre et bedre koordinert tilbud i forhold til pasientens behov for sammensatte tjenester over flere nivåer. Mer helhetlig og koordinerte tjenester til pasienter og brukere gjennom forpliktet samarbeidsavtaler og avtalte behandlingsforløp er en forutsetning. Det er i loven ikke tilstrekkelig utredet hvor rettslig bindende avtaler mellom kommuner og foretak skal være. Vi mener at for å sikre en god oppgavefordeling bør de største pasientforløpene mellom kommunen og helseforetaket gjennomgås. Kartlegge hvilke forutsetninger som må på plass for en vellykket overføring av pasientforløp fra

spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten. Det er viktig at økt satsing på de kommunale oppgavene avklares i de årlige budsjettproposisjonene.

Gjennomføringen av pasientoverføringen må være forankret i en helhetlig risikostrategi, med tilknytning til et oppfølgingssystem når det gjelder gråsonepasientene. Hammerfest kommune mener at det må være et uavhengig tvisteløsningsorgan som håndterer saker der det kan oppstå uklarheter. Vi støtter at gråsonene reguleres i lovpålagte avtaler mellom helseforetak og kommunene. Det er en forutsetning at avtalene inneholder en enighet om organisering og finansiering av oppgavene.

#### **Angående øyeblikkelig-hjelp ansvaret:**

Kommunen bør organisere øyeblikkelig hjelp døgntilbud til pasienter som midlertidig trenger økt behandling, pleie og omsorg i hjemmet eller i sykehjem. Kommunen bør etter vår vurdering selv bestemme hvordan man skal organisere dette tilbudet. Det må klarlegges hvem som skal ha innleggende myndighet. Vi må vokte oss for å godta noe som kan medføre en økt risiko for pasientene. Øremerkede midler er en forutsetning for å kunne bygge opp en kompetanseenhet for mottak av pasienter. Vi støtter at det stimuleres til oppbygging av intermediærenheter for mottak av utskrivningsklare pasienter, kronikere og enklere akutte tilstander.

#### **Angående kompetanse og utdanning:**

Rett behandling på rett sted betyr større ansvar for et tidlig og riktig helsetilbud som legges til kommunehelsetjenesten. Behovet for kompetanse er økende i forbindelse med samhandlingsreformen. Flere og spesialiserte oppgaver gir kommunen stadig nye utfordringer, og kommunen ser det som viktig å videreutdanne personell for å ivareta en høy klinisk kompetanse. Rammene for rekruttering, grunn- og videreutdanning av kompetent personell må økes betraktelig i form av økte statlige bevilgninger. Dette for å sikre kompetansekravet. For å møte stadig mer differensierte tjenester er det behov for at også kommunen får en økende grad av spisskompetanse. Det påpekes herunder viktigheten av å iverksette ambulerende team. Antall studieplasser i høgskolene må være tuftet på kommunens behov for fremtidig personell, og legges som et aktivitetskrav til utdanningsinstitusjonene. Vi foreslår et lovpålagt trepartssamarbeid mellom helseforetak, kommune og utdanningsinstitusjonene som skal sikre et helhetlig løp for kompetanse i alle ledd av pasientforløpet.

#### **Angående avtaler mellom helseforetak og kommune:**

Vi støtter etablering av lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommunen og helseforetaket. Hammerfest kommune ønsker at følgende skal ligge i "bunnen" for en slik avtale: Likeverdighet og gjensidighet mellom partene, tiltak for utskrivningsklare pasienter, samarbeidsrutiner, tiltak mot unødvendige innleggelser, faglige nettverk og samarbeid om IKT-løsninger lokalt. Det bør foreligge tidsfrister for når eventuelle tvister skal være løst eller avklart. Det er ønskelig at avtalene ikke blir evigvarende, men at de gir rom for reforhandlinger. Helsesektoren er i stadig utvikling, og det kan være fremtidige behov for endringer av avtaleverket i takt med dette. Også brukermedvirkning er en forutsetning for gode avtaler. Vi ønsker en nasjonal veileder som inneholder fastlagte kriterier for inn- og utskrivningsklare pasienter. Dette skal sikre at pasienten får en bedre kvalitet i vurderingen i behovet for sykehusopphold. Videre er det viktig at disse avtalene kommer på plass i god tid før samhandlingsreformens oppstart, da disse avtalene vil være førende for hvilken kompetanse kommunene vil ha behov for i henhold til avtaleverket.

#### **Angående klager:**

Hammerfest kommune ønsker en felles regional klage og tilsynsinstans for alle tjenestene i den nye loven. Videre er vi positiv til at samme instans skal behandle klage- og tilsynssaker. Hammerfest kommune ser det som ønskelig at disse oppgavene tillegges fylkesmannen. Dette

under forutsetning av at faglig forsvarlighet ivaretas. Systemansvaret for å melde alvorlige hendelser til helsetilsynet må opprettholdes.

I dag har klageinstansen hovedfokus på lovlighetsprøvingen, og skal legge vekt på kommunens rett til det frie skjønn. Forslag til ny lov vil samlet trolig innebære en maktforskyvning til fordel for staten, og vi ser en fare for at det kommunale selvstyret vil undergraves. Vi mener at det fortsatt bør være en høy grad av kommunalt selvstyre, og at klageinstansen ikke bør få mulighet til å gå inn og fatte nye vedtak. Økt bruk av verdighetsgarantien vil fremtvinge mer individuelle løsninger, og da bør kommunen ha mulighet til å bruke sitt frie skjønn, i henhold til å finne gode løsninger for alle og sett i lys av de ressursmulighetene man har.

### **Angående kommunal medfinansiering:**

(lovforslagets § 11-3, Kap. 30)

Det er to alternative modeller for medfinansiering som er aktuelle for det somatiske området. Alternativ en er all behandling av personer over 80 år. Alternativ to er all medisinsk behandling (uansett alder). For begge disse modellene er det lagt til grunn 20 prosent kommunal medfinansiering. Omfanget av kommunal medfinansiering er anslått til å utgjøre 1,5 mrd. kroner ved den aldersbestemte modellen og 3,6 mrd. kroner ved en modell avgrenset til det medisinske området. Dette innebærer at den aldersbaserte modellen gir lavest finansiell risiko for kommunene. Finansierungsordning 80 + er etter vår mening uetisk og uakseptabel. Personer i aldersgruppen 80+ er i utgangspunktet en sårbar gruppe, der økonomi ikke bør være en påvirkningsfaktor for hvilket nivå helsetjenestene skal gis på. Vi er skeptisk til en medfinansiering som medfører et stort behov for analyse og kompetanse for organisering av kommunale helsetjenester i et perspektiv med oppgjørsordninger mellom forvaltningsnivåene. Vi tror dette vil bli en ordning med betydelige beregningsmessige utfordringer, fare for at pasienter ikke får behandling på riktig kompetansenivå og store byråkratiske kostnader. Verdighetskravet i samhandlingsreformen etterleves ikke. Kommunen har store utfordringer i forhold til å klare å gi et kvalitativt godt nok tilbud til mennesker med psykiske lidelser og rusavhengige. En av årsakene til dette er knappe økonomiske rammer. Til tross for opptrappingsplaner vil kommunene ha behov for ytterligere styrking av rammene for å imøtekomme forventningene som ligger i reformen.

Medfinansieringsmodellen er etter vår mening ikke et hensiktsmessig virkemiddel verken i forhold til å bygge opp et tjenestetilbud i kommunene eller å drive forebygging. Dersom kommunal medfinansiering blir en realitet er det en forutsetning at midlene tilføres i form av statlig rammefinansiering og øremerkede midler. Begge modellene bryter etter vår mening med prinsippet om lik rett til behandling for alle.

### **Angående utskrivningsklare pasienter:**

(lovforslagets § 11-3, Kap.30)

Vi støtter dette forslaget, men vil presisere at kravet til forskriftsbestemmelsene m.h.t. når en pasient er utskrivningsklar må være entydig. 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 som havner i kategorien for gråsonetilfeller. Dette vil være en ny oppgave som kommunen må finne løsninger på innen den samme rammen som øyeblikkelig hjelp – innleggelser i pleie og omsorgstjenesten, og som må fullfinansieres gjennom foreslåtte overføringer fra spesialisthelsetjenesten for at forsvarlig tilbud til pasientene skal kunne gis.

### **Individuell plan, koordinator og koordinerende enhet:**

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. I forhold til endringene i spesialisthelsetjenesten vil disse oppgavene medføre økt ressursbruk og vil øke utgifter for kommunene. Dette vektlegges ikke tilstrekkelig i høringsnotatet. Hammerfest kommune krever dekning av merutgifter. Hammerfest kommune krever at skole og barnehage får ansvar på lik linje med helse- og omsorgstjenesten siden mange barn og unge får hovedtyngden av tjenester fra skoler og barnehager. Hammerfest kommune mener at i de tilfeller hvor spesialisthelsetjenesten har pasienter med behov for flere tjenester bør disse ha ansvar for arbeidet med individuell plan, for tidligere å komme i gang med samarbeid og koordinering av tjenestetilbudet.

### **Angående støttekontaktordningen:**

I høringsnotatet foreslås en endring av dagens støttekontakttjeneste ved at tjenesten kan gis innenfor disse tre løsningene: Individuell støttekontakt, Organisert deltakelse i aktivitetsgrupper og individuelt tilbud i samarbeid med en frivillig organisasjon.

For å sikre dette er det behov for å gi tjenesten en ny benevnelse som foreslått i høringsnotatet gjennom begrepet "personlig assistanse".

Det er derimot viktige grunner for å skille mellom tjenester som omhandler fritid og tjenester som omhandler øvrig hjelp til gjøremål i hjemmet og i tilknytning til husholdning:

Sikre at bistand til fritid ikke blir prioritert bort til fordel for praktisk bistand i hjemmet.

Behov for å sikre bedre informasjon til brukere og andre om innholdet i tjenesten.

I det nye lovforslaget bør en derfor benevne "personlig assistanse for fritid" under egen bokstav knyttet til § 3-2.6 c.

### **Angående fastlegeordningen og fastlegenes rolle:**

Fastlegeordningen vil fortsette som tidligere. Dette har vært en vellykket ordning, men kommunen har merket manglende styringsmuligheter. Det er i lovforslaget stilt større nasjonale krav til funksjon og kvalitet i fastlegeordningen. Dette vil komme både fastleger og pasienter til gode. Kronikergruppen må også få avsatt bedre tid. Mulighet for hjemmebesøk til funksjonshemmede må ikke begrenses via andre lover og regler. Offentlige legeoppgaver skal dekkes bedre, men den samfunnsmedisinske biten må for all del ikke glemmes i dette.

Samfunnsmedisin er en stor faktor for den helsefremmende og forebyggende tjenesten. Det mangler også målrettede virkemidler for å styrke fastlegeordningen med tanke på de framtidige nye oppgaver, kapasiteten og tilbudet. Rekrutteringen til kommunehelsetjenesten må vektlegges og en må vurdere behovet for andre yrkesgrupper som mer pålagte tjenester i kommunen, spesielt med tanke på psykisk helse og psykologtjeneste. Kvalitet og pasientsikkerhet må være i fokus.

### **Hammerfest kommunes konklusjon:**

Vi støtter hovedmålsetningen med en ny lov om kommunal helse- og omsorgstjenester. Loven i seg selv vil ikke bære fram samhandlingsreformen, men vil bli ett av flere virkemidler som gir effekt.

Det er likevel flere presiseringer som må tas i betraktning i henhold til teksten ovenfor, hva gjelder krav og kompetanse, profesjoner, økonomi/finansiering, klagemuligheter og ressursbehovet. Det sees behov for en større konsekvensutredning med tanke på hva lovforslaget vil gi av behovet for økning på personell, kompetanse og ressurser i kommunehelsetjenesten.