

Fra: Fremtidens helsetjeneste
Sendt: 17. januar 2011 10:33
Til: eli.linnerud@gjovik.kommune.no
Emne: Ditt høringssvar, Helse- og omsorgslederne i Gjovikregionens høringssvar til ny helse- og omsorgslov, er mottatt

Dette er en bekreftelse på at vi har mottatt ditt høringssvar på temaet Generelle høringssvar.

Helse- og omsorgslederne i Gjovikregionens høringssvar til ny helse- og omsorgslov

SVAR TIL HØRINGSNOTAT - FORSLAG TIL NY HELSE- OG OMSORGSLOV

Helse- og omsorgslederne i kommunene i Gjovik-regionen - Søndre Land, Nordre Land, Vestre Toten,  stre Toten

og Gjovik - fremmer med dette et samlet innspill til Forslag om ny helse- og omsorgslov. Uttalelsen er utarbeidet

av en gruppe bestående av Kommuneoverlege Olav Brunborg, Gjovik, Avdelingsleder hjemmetjenester Randi

Marta Berg, Søndre Land, leder Tildelingskontoret for omsorgstjenester og psykisk helsearbeid Lene Melbye,  stre

Toten, Vernepleiekonsulent Elisabeth J. Witz e, Vestre Toten og Enhetsleder Omsorg og Rehabilitering Kjetil

Holmen, Nordre Land. Saken er behandlet i felles m te for Helse- og omsorgslederne i kommunene i Gjovik-

regionen den 10. januar 2011.

Poengterer også at det er andre i samme region som vil komme med høringsuttalelse til samme lovverk.

UTTALELSE OM NY HELSE- OG OMSORGSLOV:

I tillegg til selve høringsnotatet fra departementet har vi også blant annet brukt uttalelsene fra KS sentralt 03.12.10,

og KS Hedmark og Oppland 01.12.10, som bakgrunns materiale. Viktig også at det er ute en høring ang. ny

folkehelse lov. Denne høringen vil bli svart på for seg, men det er naturlig at noen elementer i denne høringen også

vil overlappe lovene.

Vi ønske å komme med noen momenter som må vurderes videre i prosessen frem mot ny endelig lovtekst, og

også inn mot arbeidet med nye forskrifter til loven.

Generelle betraktninger

Vi oppfatter det som fornuftig å få tjenestene under ett lovverk, i det at tjenestene som skal gis er relativt like.

Kommunene har et omfattende operativt tjenesteapparat nært inntil befolkningen, lokale samfunnsstrukturer og

levestandard i sine geografiske områder. Vi er derfor enige med departementets vurdering i at kommunen er den

mest sentrale arena for helsefremmende og forebyggende arbeid.

Lovforslaget innebærer at begrepene sosiale tjenester forlattes til fordel for begrepet omsorgstjenester. Forslaget

ser ut til å ønske å avgrense begrepet "sosiale tjenester" til økonomisk sosialhjelp, kvalifiseringsprogram og

kvalifiseringsstønad som er regulert i Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen av 18.12.09. Det

er vanskelig å se at det er gitt noen god begrunnelse for hvorfor sosialbegrepet er forlatt, og det problematiseres

ikke at sosialbegrepet og omsorgsbegrepet faktisk representerer to ulike faglige tradisjoner. Begrepet "sosial" er i

ferd med å forsvinne fra det offisielle språket. Vi mener det er uheldig at begrepet sosiale tjenester foreslås fjernet.

Både i selve tittelen på loven og brukt i selve høringsnotatet/lovutkastet.

Personer som trenger praktisk bistand defineres som pasienter og rettighetene den enkelte har skal hjemles i

pasientrettighetsloven. Mange med behov for bistand fra kommunen trenger imidlertid ikke helsetjenester, men

praktisk bistand til daglige gjøremål og utfordringer knyttet til sosiale problemer, ensomhet og aktivisering.

Lovutkastet presiserer blant annet at kommunen skal gi et tverrfaglig og helhetlig tilbud og mener at denne loven

skal gi bedre grunnlag for helhetstenkning og tverrfaglig tilnærming. Lovens formål § 1-1 nevner, blant mye annet, at den skal fremme sosial trygghet, bedre levevilkårene for vanskeligstilte, bidra til økt likeverd og likestilling og forebygge sosiale problemer.

For å få til dette er det, etter vår mening, helt avgjørende at både helsefaglig/medisinsk kunnskap/tilnærming og sosialfaglig kunnskap/tilnærming blir verdsatt og nevnt som nødvendig i lovforslaget. Spesielt mht personer i sårbare situasjoner, som ved alvorlige rusproblem og psykiske lidelser, ser en at tjenestetilbudet kan svikte dersom samspillet mellom sosialfaglig og helsefaglig kompetanse uteblir. Sosialfaglig kunnskap som samspills, nettverks - og samfunnskompetanse er nødvendig i dette arbeidet.

Profesjonsnøytral

Jmf. diskusjonen vedrørende bruk av ordet "sosial", er vi usikre på hvor hensiktsmessig det er å lage en helt profesjonsnøytral lov. Det er selvfølgelig positivt at kommunene selv skal ha mulighet til å vurdere hvilken kompetanse de har behov for, men det er likevel viktig å sikre en tverrfaglig tjeneste til befolkningen.

Forsvarlighetsbegrepet, slik vi ser det, kan strekkes langt.

Kommunene har i dag en samlet bred kompetanse som utøves av ulike yrkesgrupper.

Flere av disse har uttrykt en bekymring for at krav til å ha deres yrkeskompetanse i kommunene ikke videreføres eller tas med i den nye helse

og omsorgsloven. Det gjelder blant annet sosialfaglige yrker, fysioterapeuter og teknisk hygienisk personell. Slikt personell har i dag kompetanse og roller som er viktig i forebyggende og behandlende helsearbeid på alle nivåer.

Det må derfor forventes at det vil være aktuelt å videreføre behovet for slik kompetanse gjennom forskrifter og veiledere basert på forskningsbasert oppdatert kunnskap.

Loven legger således til rette for, og vi forutsetter at kommunene forvalter sin "frihet under ansvar" på en forsvarlig måte for å nå sine mål om god helse og gode helse og sosialfaglige tjenester for befolkningen.

Kommunenes plikt til å yte tjenester

Når det gjelder forslaget oppramsing av oppgaver som hører inn under nødvendig helse -og omsorgstjenester §

3-2 synes vi spesielt pkt 6 bokstav C (personlig assistanse) kan virke uklar å forholde seg til. På dette punktet

ønskes en større presisering.

Vi synes begrepet "personlig assistanse" er uheldig å benytte. Personlig assistanse er et begrep som er innarbeidet

i kommunal tjenesteyting og blant befolkningen i forbindelse med BPA

(brukerstyrt personlig assistanse). Praktisk

bistand (og opplæring) er etter vår oppfatning et bedre begrep å benytte dersom denne paragrafen skal omhandle

alle praktisk bistand til dagliglivets gjøremål og ikke kun BPA.

Individuell plan

Det blir nevnt i forslaget at det er kommunen som bør ha hovedansvaret for å utarbeide og koordinere individuell

plan i de tilfelle en person har behov for tjenester både fra kommunen og

spesialisthelsetjenesten. Vi ser dette som

naturlig og riktig, men er ikke enig i at dette ikke vil medføre større

administrative og økonomiske konsekvenser.

Erfaringer tilsier at dette er svært tidkrevende og tar mye ressurser i form av bruk av tid vekk fra direkte

brugerarbeid.

På side 286 ber departementet høringsinstansene kommentere spørsmålet vedr. at behov for langvarige og

sammensatte tjenester ikke betyr varig eller over år, men at behovet skal

strekke seg over et visst tidsrom. Vi anser

at kommunene er i stand til selv å vurdere hvem som skal ha individuell plan, og det er dermed fornuftig å ikke

sette noen grense for hvor lenge behovet skal vedvare.

Forholdet til annen lovgivning

Departementet foreslår at helsepersonellovens bestemmelser som hovedregel skal få anvendelse for alt personell etter den nye loven, jfr. lovforslagets § 2-1. Endringen i forhold til dagens regelverk består i at også personell som yter annen hjelp etter loven enn det som er helsepersonelloven §3 er å anse for helsehjelp, vil reguleres av helsepersonellovens bestemmelser. I forslaget nevnes spesielt personell som yter tjenester innenfor hjemmehjelp og støttekontaktordninger. Denne presiseringen mener vi er svært viktig og riktig. Den vil gi alle en plikt i forhold til bla dokumentasjon som gir en bedre og mer helhetlig forståelse av brukernes behov. Imidlertid er vi av den oppfatning at lovforslaget ikke er tydelig nok på de administrative og økonomiske konsekvensene ved innføringen av en slik endring. Kommunene har plikt i henhold til helsepersonellovens § 16 å organisere sin virksomhet slik at personellet blir i stand til å overholde sine plikter. Dette vil medføre økt administrasjon og iverksetting av kompetansehevende tiltak for kommunene. Spørsmålet er hvordan dette er tenkt finansiert.

Departementet stiller spørsmål om utviklingen i den kommunale helse - og omsorgssektoren de siste årene tilsier at det bør gjøres endringer når det gjelder spørsmål om når forvaltningsloven bør gjelde. Det bør diskuteres hvor grensen bør gå mellom tildelinger der forvaltningslovens regler om enkeltvedtak bør følges og tildelinger der reglene om enkeltvedtak ikke bør følges. Departementets forslag går ut på at forvaltningslovens regler om enkeltvedtak (kapittel IV og V) bare skal gjelde ved tildeling av hjelp som gjelder tjenester i hjemmet og plass i institusjon for et tidsrom på over to uker. Departementet ber spesielt om tilbakemelding fra høringsinstansene til dette forslaget.

Vi mener det er positivt med fokus på redusert byråkratisering når det gjelder saksbehandlingen i kommunen.

Denne endringen må også ses i sammenheng med kommunenes ansvar for plasser til øyeblikkelig hjelp

døgntilbud. For disse tjenestene bør ikke forvaltningslovens regler om enkeltvedtak gjelde. Det vil der være snakk om kortvarige opphold som naturlig ikke skal vare lengre enn dager før vedkommende overføres til annen tjeneste i kommunen. Det er viktig å tidfeste opphold i institusjon med tanke på kommunenes ansvar for å planlegge, og iverksette tjenester etter et institusjonsopphold. Dette er en tidkrevende prosess som krever samhandling fra flere faggrupper internt i kommunene. Vi mener imidlertid at en frist på to uker er i overkant uten at det blir gjort et formelt enkeltvedtak etter forvaltningslovens bestemmelser. Hvordan tenker departementet ivaretagelse av klagemulighetene for denne pasient gruppen?

Øyeblikkelig hjelp i kommunene Det må fremkomme en tydeligere ansvarsfordeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten i forhold til hvilke pasienter og diagnoser det er snakk om at kommunene skal kunne håndtere. Vi støtter KS sin vurdering i at de økonomiske virkningene ved et øyeblikkelig hjelp døgntilbud må beregnes med sikte på fullfinansiering.

Det må komme tydeligere frem hvordan departementet har tenkt oppbygging av kompetanse i kommunene, ved overflytting av kompetanse fra spesialisthelsetjenesten eller ved nyrekruttering i kommunene.

Klageordning og tilsyn

Kommunene må i økende grad behandle saker som er svært komplekse, både faglige og juridiske.

Fylkesmannsembetet er i dag organisert på en slik måte at de samme fagpersonene som bør gi kommunene

veiledning og rådgivning, er de samme som skal behandle klagesaker. Dette fører til en interessekonflikt i

Fylkesmannsembete, de er svært reservert når det gjelder den veiledende og rådgivende delen som kommunene trenger. Årsaken til dette er at de i neste omgang må forholde seg til klagesaker de selv har gitt veiledning og råd i. Det er et klart ønske fra kommunenes side at det innføres et tydeligere skille innad i Fylkesmannsombetet slik at kommunene i større grad kan motta slik veiledning og rådgivning. Dette er å anse som en forutsetning for at fylkesmannen skal være regionalt klageorgan. Kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid. Helse og omsorgsloven synes i hovedsak å være en lov som regulerer individrettede tjenester og tiltak. Grupperettede tiltak synes begrenset til definerte sykdoms-, og risikogrupper, men i liten grad geografiske befolkningsgrupper. Forebyggende helsetjenester etter ny helse og omsorgslov synes således avgrenset til sekundær og tertiær-forebyggende tiltak. Folkehelseloven hjemler imidlertid oversikt over helsetilstanden i befolkningen og dekker i stor grad det primærforebyggende helsearbeidet overfor hele befolkningen. Kommunene har ansvar for forebyggende arbeid i begge lovene. Det er etter vår mening viktig at det primærforebyggende arbeidet i kommunen blir sett i sammenheng både med det forebyggende arbeidet som er hjemlet i helse og omsorgsloven, helsegevinster for befolkningen og målene i samhandlingsreformen. Hele kjeden av forebyggende tiltak vil da kunne sees i ensammenheng, og som henvist til i folkehelselovens § 6 og kommunens plikter i Pbl. § 10-1 legges inn i kommunens planstrategi. Det er viktig at lovverket legger gode rammevilkår for å kunne ha en god samlet oversikt over helsetilstanden i befolkningen, et godt samspill innad i helsetjenesten og med andre virksomhetsområder, som på ulike måter har betydning for befolkningens helse på kort og lang sikt. Dette synes samlet sett, generelt godt ivaretatt i foreliggende loveutkast, men det er viktig at de forebyggende deler av dagens kommunehelsetjenestelov (eksempelvis miljørettet helsevern) som er flyttet til ny lov om folkehelse, blir sett i sammenheng med de forebyggende oppgaver som er hjemlet i den nye helse og omsorgsloven. (Noen problemstillinger kommenteres under enkeltpunkter nedenfor.) Det ligger et stort potensial i kommunene til å kunne gi bedre helse og redusert risiko for å bli syk, både for den enkelte og for lokalbefolkningen som helhet, gjennom helsefremmende og forebyggende tiltak i kommunen. For å gjøre de rette grep, kreves kunnskap om sammenhenger mellom tiltak og effekt, og strategier for gjennomføring. Det forutsettes at sentrale myndigheter opprettholder og videreutvikler kunnskapsbaserte databaser og veiledere som kan gi en trygg faglig forankring av lokale tiltak som velges av kommunene. Det er likeledes viktig med god kompetanse på operativt kommunalt nivå. Vi mener det er viktig at lovverket legger godt til rette for at kommuner kan samarbeide om slik kompetanse. Gjøvik regionen har svært positive erfaringer med interkommunalt samarbeid innen miljørettet helsevern og om samfunnsmedisinsk spisskompetanse. Dette vurderes utvidet til flere områder innen forebyggende helsearbeid. Det interkommunale samarbeidet om miljørettet helsevern innebærer også samarbeid med ulike virksomheter utenfor helsetjenesten i de tilhørende kommunene. Miljørettet helsevern er nå tatt inn i Folkehelseloven som kapittel 3, der det i § 8 er tatt inn en bestemmelse om at dersom kommunen har lagt oppgaver etter miljørettet helsevern til et interkommunalt organ, kan myndighet etter denne bestemmelsen utøves av en eller flere leger ansatt i dette organet. I dag er myndighet innen miljørettet helsevern delegert til kommunelegen. Dette er viktig i forhold til å utøve et

helhetlig skjønn og ha god oversikt over de samlede lokale helseforhold og annen lokalkunnskap, både geografisk og forvaltningsmessig.

En oppdeling av myndighetsplassering vil være en uheldig fragmentering av kommunelegens mulighet for god oversikt og for å se ulike forhold som har betydning for befolkningens helse i en sammenheng. Det vil også kunne ha betydning for interesse og rekruttering av leger til kommunelegestillinger at kommunelegen har god mulighet til en samlet samfunnsmedisinsk oversikt og har et godt redskap til å ivareta dette. I Gjøvikregionen har vi god erfaring med myndighet lagt til de lokale kommuneleger, selv om det meste av saker innen miljørettet helsevern håndteres av interkommunalt organ med egen lege. Vi mener derfor at myndighet både han og bør beholdes hos lokal kommunelege selv om egen lege er ansatt i det interkommunale organet. Se også avsnitt om stedfortrederordning under kommentarer til kapittel 15, og egen høringsuttalelse fra Gjøvikregionen helse og miljøtilsyn.

Kommunelegens rolle

Høringsnotatet beskriver kommunelegens rolle og medisinskfaglig rådgivning utførlig og det henvises også til beskrivelse av behov for samfunnsmedisinsk kompetanse i høringsnotat for ny folkehelselov, kap. 17.

Departementet foreslår i begge lovforslagene videreføring av plikt til å ha kommunelege. Det nevnes behov for tydeliggjøring av kommunelegerollen og en rekke oppgaver listes opp. Opplistingen tydeliggjør behovet for samfunnsmedisinsk kompetanse.

Med utgangspunkt i samarbeide innen miljørettet helsevern har Gjøvikregionen utviklet et kommunelegesamarbeid som også fungerer som et generelt samfunnsmedisinsk forum for kommunelegene utover miljørettet helsevern.

Det gir rasjonaliseringseffekter gjennom samarbeide om planer og rutiner, og sikrer god kompetanse gjennom faglig forum og fordeling av spisskompetanse.

I tillegg til spisskompetanse på en rekke faglige områder kreves kunnskap og erfaring i å håndtere forvaltningsmessige og juridiske forhold, samt media. Vi har hatt erfaring for at de utfordringene kommunelegen (medisinskfaglig rådgiver) får, ofte kan komme med lite forvarsel og med behov for å håndtere situasjonen uten vesentlig opphold og ofte utenfor vanlig arbeidstid på kvelder, helger og helligdager. Det er i dag ingen lovhjemlet føring for lokal samfunnsmedisinsk beredskapsordning utover en generell beordningsplikt.

Gjennom kommunelegenes samarbeidsmodell i Gjøvikregionen er det derfor også utviklet en stedfortrederordning for som sikrer samfunnsmedisinsk kompetanse også ved ferier. Stedfortrederordningen er formalisert gjennom avtaler mellom hver av kommunelegene og de andre kommunene. Med stedfortrederordningen kan en lettere ivareta myndighet etter ulike lover som regulerer kommunelegens ansvar. Vi mener kontinuitet i lokalt tilgjengelig samfunnsmedisinsk kompetanse bør sikres og forankres i lovverket på en tryggere måte enn i dag.

Lovforslagets § 5-5 viderefører gjeldende rett, med ett unntak. Regelen om at kommunelegens tilråding og begrunnelse alltid skal følge saken når kommunen behandler saker om miljørettet helsevern, smittevern og helsemessig beredskap, videreføres ikke. Imidlertid uttrykkes at det vil bli å betrakte som en saksbehandlingsfeil om det ikke gjøres. Vår erfaring er at eventuell tilråding og begrunnelse alltid blir tatt med i saksutredninger av saker innenfor disse områdene. Denne lovendringen antas således å få liten praktisk konsekvens, men gjeldende rett i dag gir en større trygghet for at faglige hensyn blir ivaretatt, enn den trygghet en tolkning av forvaltningsmessig

saksbehandlingsfeil vil gi.

Kommunelegens oppgaver i forbindelse med dødsmeldinger er videreført i Lovforslaget, men departementet vil vurdere om det er nødvendig ettersom plikten også fremgår av forskrift om dødsårsaksregister. Vi forutsetter at eventuelle endringer ikke gir uventede hindringer i å ivareta oppgavene på en forsvarlig måte med hensyn til taushetsplikt og mulighet for å innhente tilleggsopplysninger om dødsårsak. Fastlegenes rolle

Fastlegenes helhetlige ansvar for den enkelte pasient på sin liste omfatter individuell rådgiving i forhold til de eventuelle plager og sykdommer pasienten oppsøker legen for. Det omfatter ikke et populasjonsansvar overfor den samlede pasientliste.

Høringsnotatet beskriver dagens ordning, denne ordningen sett opp imot gjennomføringen av samhandlingsreformen og gjengir Departementets vurderinger med forslag til lovendringer. I hovedsak vil departementet videreføre grunnprinsippene i fastlegeordningen, men ser behov for utdyping og tydeliggjøring av elementer i denne. Dette innebærer blant annet

- tydeliggjøring av kommunens overordnede ansvar,
- presisering av fastlegens ansvar, inkludert ansvaret for planlegging og koordinering av individrettet forebyggende arbeid, undersøkelse og behandling;
- presisering av innholdet, kvalitetssystem og rapporteringsplikt.
- Mulighet for hjemmebesøk og proaktiv oppfølging av pasienter, blant annet som del av forebyggende arbeid

overfor pasienter med definerte risikofaktorer i henhold til nasjonale faglige retningslinjer.

Disse forhold vil bli nærmere beskrevet i forslag til ny forskrift som vil komme til høring.

Vi finner ikke grunnlag for å kommentere dette før den eventuelle nye forskriften kommer til høring. Det gjelder også andre elementer som vil kunne omfattes av ny forskrift, som timetall og definisjon av allmenntilleggsoppgaver, finansieringsmodell, legevakt, deltagelse i inntaksteam, legefördeling, og annet.

Vi forventer også en bedre presisering av fastlegens ansvar inn om heldøgns bemannede omsorgsboliger kontra sykehjem. Det må da også presiseres finansieringsordninger for heldøgnsbemannede omsorgsboliger.

Økonomiske og administrative konsekvenser.

Gjennomgående i høringsdokumentet er det få og til dels vage formuleringer om kostnader. I de kapitlene som omhandler spesifikke konsekvensene, er det etter vår mening lite konkret og utredede modeller. Når det gjelder medfinansiering av spesialisthelsetjenesten forutsetter vi at

utskrivningsklare pasienter blir fullfinansiert. Det vil si at kommunene får alle de pengene spesialisthelsetjenesten sparer på ferdig behandlede pasienter. I høringsnotatet er det hevdet at dette er tilfelle, og vi støtter departementet på dette.

Dersom kommunen skal ta over flere oppgaver fra sykehuset som de i dag ikke har, forutsettes disse fullfinansiert.

Vi etterlyser også en klarere ansvarsfordeling mellom hva kommunene skal ha ansvaret for og hvilke oppgaver spesialisthelsetjenesten skal ta seg av. Definisjonen av en utskrivningsklar pasient må komme klart frem i enten lovs eller forskrifts form. Vi ser at det er en utfordring dersom det kun er spesialisthelsetjenesten som skal vurdere om en pasient er utskrivningsklar eller ikke. Skal kommunene ha mulighet til å utøve sitt frie skjønn til hvilket nivå man skal gi tjenester på, blir det svært viktig med gode samarbeidsavtaler mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene.

Kommunikasjonen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen må baseres på gjensidig respekt, og en forståelse av utfordringene som

ligger hos de to partene.

Vi registrerer at lovverket legger opp til gode avtaler mellom partene, dette blir helt avgjørende for å få god pasientflyt.

IKT

Vi ser det som svært positivt at det blir satt mer fokus på elektronisk samhandling i ny lov.

Men her også må kostnadsbildet utredes i mye større grad. Dersom man både skal ha så ensartet programvare

som mulig, og at dette skal være sertifisert, vil det bli mange kommuner som må bytte ut en del programmer. Dette

er mer kostnadskrevende enn det høringsnotatet tilsier.

Departementet ber spesielt om tilbakemelding på når krav til elektronisk dokumentasjon og kommunikasjon vil

kunne innføres og på hvilke områder. I tillegg er det spørsmål om sertifisering av programvaren. Vi anser det som

svært viktig å i større grad få standardisert de programmene som i dag brukes innen elektronisk journalføring.

Dersom ikke en slik standardisering finner sted, vil dette vanskeliggjøre elektronisk kommunikasjon. En

standardisering vil være mye sikrere enn at man har mange forskjellige programvarer som skal kommunisere. I

tillegg vil dette muliggjøre et større regionalt samarbeid også på IKT baserte løsninger. Før man ser konturene av

en slik standardisering, er det vanskelig å si noe om tidspunkt for krav om elektronisk kommunikasjon.

Med hilsen -

På vegne av helse- og omsorgslederne i Gjøvikregionen:

Anita Wisth , Virksomhetsleder Helse og omsorg, Gjøvik kommune

Trond Lesjø, Rådmann, Gjøvik kommune

17. januar 2011 11:33

Svaret kan leses her

Du er registrert som:

Brukertype: Privatperson

Navn: Helse- og omsorgslederne i Gjøvikregionen

Brukernavn: Helse og omsorgslederne i Gjøvikregionen

E-post: eli.linnerud@gjovik.kommune.no

Adresse: Gjøvik kommune, Helse og omsorg, postboks 630, 2810 Gjøvik