

Fra: Inger Therese Svendsrud
[IngerTherese.Svendsrud@horten.kommune.no]
Sendt: 3. januar 2011 10:40
Til: Postmottak HOD
Emne: Høringsuttalelse forslag til ny kommunal helse- og omsorgslov

Horten kommune
Kommunalområde helse og
velferd
Saksbehandler:
Direkte telefon:
Vår ref.:
Arkiv:
Deres ref.:
Inger Therese Svendsrud
33 08 57 18
11/24/ 10/4546-12
FA-G00

Dato:
03.01.2011

Helse- og omsorgsdepartementet
pb 8011 Dep

0030 OSLO

Høringsuttalelse forslag til ny kommunal helse- og omsorgslov

Horten kommunestyre vedtok høringsuttalelsen vedr forslag til ny helse- og omsorgslov
enstemmig i sitt møte 13.12. 2010

Horten kommune finner det positivt å få en felles helse- og omsorgslov som speiler den kommunale tjenestekjeden og gir området felles saksbehandlingsregler og klageorgan. Det vurderes videre som positivt at lovforslaget spesifiserer kommunenes "sørge for ansvar" mens den enkeltes rettigheter ivaretas i pasientrettighetsloven.

Forutsetningen for at kommunene kan påta seg større arbeids- og ansvarsområder, er at det er lagt til rette for god samhandling mellom kommunenes pleie- og omsorgstjenester, fastleger, legevakt og spesialisthelsetjenesten gjennom etablerte IKT-systemer og regelverk for elektronisk samhandling. Det er videre behov for intensivert forskning på hjemmetjenestens brukere og nødvendige faglige samhandlingsmetoder rundt den enkelte

pasient.

Horten kommune støtter i prinsippet tydeligere funksjons- og kvalitetskrav overfor fastlegene, men påpeker at økte administrasjonskostnader i form av rapportering og tilbakemeldingsrutiner må kompenseres økonomisk i form av økte bevilgninger til flere driftshjemler for leger og kommunale administrasjonskostnader.

Det er nødvendig at sentrale myndigheter koordinerer utvikling av felles metoder og systemer for helseovervåking og sammenlignbar statistikk som grunnlag for nasjonal og lokal planlegging og prioritering.

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

Horten kommune har følgende synspunkter på forslaget til lovteksten i ny kommunal helse- og omsorgslov:

* Departementet foreslår å forskriftsfeste for mange viktige områder i loven som utskrivningsklare pasienter, fastlegeordningen, medfinansieringsansvar for spesialisthelsetjenesten, kommunalt døgntilbud øyeblikkelig hjelp, klageadgang mv. Horten kommune ønsker en klarere lovtekst på disse viktige områder og en politisk behandling av disse viktige prinsippene.

* § 2-1: Samme plikt til journalføring i pleie- og omsorgstjenesten som i helsetjenesten, vil styrke brukernes rettsikkerhet og sannsynligvis den faglige kvaliteten, men gi kommunene store merutgifter i form av systemoppbygging, opplæring, veiledning og tidsbruk administrative oppgaver. Alle nye oppgaver må fullfinansieres.

* § 3-2 pkt 3: "Hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner" Formuleringen kan medføre misforståelser om sykehusenes plikt i de samme situasjonene. Horten kommune ønsker følgende formulering: Heldøgns helsefaglig akuttberedskap i form av legevakt og medisinsk nødmeldetjeneste.

* § 3-2 nr 6 skal dekke tjenester både i og utenfor institusjon. Paragrafen skiller imidlertid mellom bokstav a) hjemmetjenester og bokstav c) personlig assistanse. Horten kommune finner at beskrivelsene av disse tjenestene i høringsnotatet er overlappende og kan gi signaler om at det er to forskjellige tjenester uten at dette er klart konkretisert. Horten kommune foreslår derfor at bokstav a endres til: "Hjemmetjenester, herunder personlig assistanse".

Horten kommune krever at vilkårene for rett til tjenester kommer tydeligere fram enten i pasientrettighetsloven eller i nye avsnitt i §3-2 hvor definisjonen av nødvendige helse- og omsorgstjenester jfr pkt 11.6.1 tas inn og at kommunene får samme formulering som i spesialisthelsetjenesteloven: "Retten til tjenester gjelder bare dersom pasienten/brukeren kan ha forventet nytte av helse- og omsorgshjelpen og kostnadene står i rimelig forhold til tiltakets effekt."

Horten kommune finner at § 3-2 nr 6 bokstav b er uklar i forhold til kommunenes plikt til å yte heldøgntjenester i eget hjem over lengre tid. Kommunene krever nå tydeligere signaler om samfunnet skal ha som ambisjon at brukere skal kunne forvente 1:1 omsorg eller mer 24 t/døgnet over lengre tid i eget hjem ut fra de samfunnsøkonomiske konsekvensene som må anses betydelige. Beregninger viser at et slikt døgnskcontinuerlig tilbud i eget hjem tilsvarer kostnadene ved 4 sykehjemsplasser. Problemstillingen gjelder etter hvert flere brukergrupper som enten ikke kan tilkalle hjelp selv eller er avhengig av tilsyn hele døgnet ut fra sin kognitive svikt. Det vises til drøftingene i Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering 26.05.2008 som konstaterer at heldøgnsbemanning i eget hjem er svært personellkrevende og derfor ikke kan tilbys et stort antall pasienter. Der det er behov for heldøgnstiltak over lang tid, bør kommunene få ansvar for samlokaliserte boliger med heldøgnsbemanning eller tilpasset institusjonsplass. Det vises videre til tidsskriftet Lov og rett nr 7-8 2004 hvor professor Aslak Syse analyserer Fusadommen og mener at kommunens plikt begrenser seg til en plass i bolig eller institusjon såfremt dette fremstår som et forsvarlig tilbud.

St.meld. 47(2008 - 2009) påpeker at samfunnets økonomiske bæreevne kan bryte sammen. Enkeltindividets selvbestemmelsesrett vil i disse sakene kunne gi en betydelig samfunnsøkonomisk risiko. RO og SINTEF undersøkelsene viser at yngre

brukere utgjør 1/3 av brukerne, men allerede forbruker 2/3 av de totale ressursene
mens eldre over 67 år utgjør 2/3 av brukerne, men forbruker bare 1/3 av ressursene.
Horten kommune krever at refusjonsordningen for særlig ressurskrevende brukere gir kommunene bedre dekning bla at den også gjøres gjeldende for brukere over 67 år og at andre utgifter enn rene lønnsutgifter blir refundert.

* § 3-3 Kommunenes ansvar for helsefremmende og forebyggende arbeid.
Horten kommune støtter i prinsippet økt ansvar for å iverksette forebyggende tiltak og tidlig intervensjon, men krever at kommunenes økte utgifter og kompetansebehov utredes grundigere.

* § 3-5 jfr §§ 6 og 11 Kommunens ansvar for døgnopphold ved behov for øyeblikkelig hjelp som "kommunene selv har mulighet til å utrede, behandle eller yte omsorg".

Horten kommune krever grundigere utredninger av en eventuell kommunal plikt til å tilby døgnopphold ved øyeblikkelig hjelp. Det er ikke utredet de samfunnsøkonomiske konsekvensene og effektiv bruk av begrenset medisinsk spesialistkompetanse hvis både kommunene og sykehusene skal ha en døgnkontinuerlig akuttberedskap. Det er store lokale forskjeller som må analyseres nærmere som befolkningstetthet, infrastruktur og nærhet til sykehus. Horten kommune viser til statssekretærutvalgets utredning som forventes i januar 2011. Det kan opprettes observasjons/intermediær-avdelinger der en samfunnsøkonomisk analyse viser at dette er mer kostnadseffektivt, gir bedre kvalitet for brukergruppene og det er realistisk å få rekruttert nødvendig spesialkompetanse.

Det er heller ikke utredet tilstrekkelig hvilke målgrupper departementet mener skal ha et kommunalt døgntilbud ved behov for øyeblikkelig hjelp selv om høringsutkastet viser til eldre over 80 år og kroniske lidelser som hjertesykdommer, diabetes, luftveislidelser (KOLS og astma), muskel- og skjelettlidelser, muligens også psykiatri og rus. Horten kommune vil understreke at disse pasientgruppene ikke må bli "B-pasienter" ut fra kommunenes kompetansenivå, rekrutteringsproblemer og kostnadsnivå. Forskning viser at det er svært vanskelig å fastslå diagnose, behandlingsbehov og prognose ved akutte legevaktkonsultasjoner og i første

undersøkelse ved akuttmottak på sykehus. Utvelgelsen av pasienter som skal henvises til kommunalt døgntilbud i akuttfasen er beheftet med stor usikkerhet og kan medføre alvorlige feilvurderinger.

Horten kommune understreker forskjellene ved drift av sykehjemsavdelinger og sykehusavdelinger. Kommunale sykehjem er pasientenes hjem og ca 80% av brukerne har en demensdiagnose. Dette innebærer at sykehjemsavdelingene må være mindre fleksible enn sykehusavdelinger. Akutt syke pasienter kan ikke legges inn på avdelinger med demente og det må være etisk forsvarlige rutiner for å rydde rommene for personlige effekter etter et dødsfall.

Horten kommune finner det betenkelig at departementet foreslår at en så viktig tjeneste skal forskriftsfestes og at departementet mener at "det ikke er tale om konkrete oppgaver eller tjenester som skal overføres på et gitt tidspunkt fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten, men en naturlig glidning i tjenestetilbudet" (pkt 12.3.2). Horten kommune finner det videre betenkelig at arbeids- og ansvarsfordelingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene på dette området henvises til de lovpålagte avtalene mellom helseforetak og kommunene (pkt 12.3.1). Horten kommune krever at lovtekster har et konkret innhold med felles nasjonale definisjoner. Forsøksvirksomhet trenger ikke lovhemling.

Horten kommune finner at kommunene bør få et større ansvar for det totale medisinske tilbudet til de som allerede har en sykehjemsplass og de som er akuttvurdert på sykehus, diagnose er satt og behandlingen er startet. Det vises til § 11-4 Kommunalt finansieringsansvar for utskrivningsklare pasienter.

* § 3-9 Brukerstyrt personlig assistanse. Horten kommune viser til høringsuttalelsene fra Horten kommune, 12 kommunesamarbeidet i Vestfold og KS om sterkere rettighetsfesting og støtter departementets forslag om at BPA ikke blir en lovfestet individuell rettighet, men en tjeneste som kommunen skal ha og som vurderes på lik linje med alle andre tjenester etter Lov om helse og omsorg i kommunene. Horten kommune viser til formuleringene i I-20/2000 kap 3 som dekkende for en hensiktsmessig organisering av BPA-ordningen. De som ikke selv kan være arbeidsleder fullt ut, kan få personlig assistanse med individuelt tilrettelagt medvirkning.

* § 6-1 Plikt til å inngå samarbeidsavtale mellom helseforetak og kommune. Horten kommune har positive erfaringer med formelle samarbeidsavtaler, men vil foreslå at følgende tillegg tas inn: Pasient- og brukererfaringer skal innhentes og være en del av vurderingsgrunnlaget ved avtaleinngåelsen.

* § 6-2 pkt 3 Krav til avtalens innhold - tiltak for å unngå unødvendige innleggelser i sykehus. Horten kommune mener at formuleringen ikke beskriver likeverdigheten og gjensidigheten mellom helseforetak og kommuner som er en betingelse for god samhandling. Graden av reinnleggelser ved norske sykehus, viser at helseforetakene i stor grad baserer seg på en ikke forsvarlig "svingdørs-strategi" særlig for eldre over 80 år og kronikergruppene. Horten kommune krever derfor at det utvikles nasjonale kriterier for både innleggelser i og utskrivninger fra sykehus som virker styrende for samtlige aktører i norsk helsevesen og sikrer pasientene en bedre kvalitet i vurderingene av behovet for sykehusopphold.

* § 6-2 pkt 9 Klage og konflikthåndteringen mellom kommuner og helseforetak. Horten kommune ønsker en overordnet nasjonal håndtering av klager og konflikter med Fylkesmannen som meklingsinstans og første klageinstans og Helsedirektoratet som endelig instans for å få et mest mulig enhetlig nasjonalt helse- og omsorgstilbud uavhengig av bosted.

* § 7 Individuell plan, koordinator og koordinerende enhet. Sett i forhold til endringene i spesialisthelsetjenesten, vil disse oppgavene medføre økt ressursbruk og økte utgifter for kommunene. Dette vektlegges ikke tilstrekkelig i høringsnotatet. Horten kommune krever full dekning av alle merutgifter. Horten kommune foreslår også at skoler og barnehager får ansvar på lik linje med helse- og omsorgstjenestene siden mange barn og unge får hovedtyngden av tjenester fra skoler og barnehager.

For at kommunens plikt til å samarbeide med fylkeskommunens tannhelsetjeneste skal være like tydelig som for andre ikke-kommunale helsetjenester, bør §7-1 også eksplisitt nevne plikten til samarbeid med tannhelsetjenesten, slik den gjør mht plikten til samarbeid med spesialisthelsetjenesten og psykisk helsevern.

* Kap 9 og 10 Tvangstiltak overfor personer med psykisk utviklingshemning og rusmiddelmissbrukere. Horten kommune anbefaler at hjemlene for tvangstiltak samles i ett lovverk og minner om at helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen er hjemlet i Lov om pasientrettigheter kap 4A.

* § 11-3 Kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten. Horten kommune kan ikke anbefale prinsippet om kommunal medfinansieringsordning for noen brukergrupper ut fra følgende hensyn:

- o Oppbygging av et byråkratisk og kostnadskrevende administrativt system for fakturering både i spesialisthelsetjenesten og kommunene. Det er grunn til å tro at konflikter vil oppstå i økende grad, noe som igjen vil kreve oppbygging av klage- og konfliktbearbeidende instanser.

- o Tydelige nasjonale kriterier for innleggelse i sykehus vil bedre ivareta de medisinskfaglige vurderingene og hindre faglig uforsvarlige økonomiske vurderinger av enkeltgrupper, for eksempel pasienter over 80 år.

Praksisen

kan dreies i retning av et mindreverdig tilbud for de aller eldste og flere

kronikergrupper.

- o Medfinansieringsmodellen lider generelt under mangel på tilgjengelig og godt tallmateriale.

* § 11-4 Kommunalt finansieringsansvar for utskrivningsklare pasienter. Horten kommune finner at det er flere forutsetninger for å overta dette ansvaret:

- o Klare nasjonale kriterier for når pasienter er utskrivningsklare, jfr reinnleggesproblematikken i sykehus pr i dag. Det forutsettes at kommunene og helseforetakene er likeverdige partnere når definisjonen skal fastsettes.

- o Det forutsettes at begrepet kun knyttes til somatiske pasienter, ikke psykiatri og rus.

- o Kommunene må få tid og ressurser til å bygge opp tilbud og stabil kompetanse i

form av forsterkede sykehjemsavdelinger, lindrende avdelinger, rehabiliteringsavdelinger, LMS-tilbud, observasjonsposter mv. Horten kommune

finner derfor at gjennomføring fra 01.01.2012 er urealistisk.

- o Det forutsettes fullfinansiering av nye oppgaver.

Med hilsen

Inger Therese Svendsrud

seniorrådgiver