

ArkivsakID.: 10/7101
Arkivkode: FA-G00, TI-&13



Saksnummer	Utvalg/komite	Møtedato
029/10	Eldrerådet	01.12.2010
029/10	Omsorgskomiteen	01.12.2010
166/10	Kommunestyret	08.12.2010



HØRING PÅ FORSLAG TIL NY LOV OM KOMMUNALE HELSE- OG OMSORGSTJENESTER OG NY FOLKEHELSELOV.

RÅDMANNENS FORSLAG TIL VEDTAK:

Larvik kommune sender inn de høringssvar og uttalelser som er beskrevet i saken

01.12.2010 Eldrerådet

ELD-029/10 Vedtak:

Eldrerådet tar saken til orientering.

Eldrerådet stiller seg avventende til virkningene i Larvik kommune iht Lovutkastene og ønsker å bli orientert om framdriften for Larvik på møter i 2011. Gjennomføringen av de foreslåtte lovendringer må ikke skje før tilstrekkelige ressurser, personell og utstyr, blir tilført kommunen.

Eldrerådet forutsetter at disse ressursene tilføres kommunen de første årene som øremerkede midler.

01.12.2010 Omsorgskomiteen

OMK-029/10 Vedtak:

Larvik kommune sender inn de høringssvar og uttalelser som er beskrevet i saken.

Gjennomføringen av de foreslåtte lovendringer må ikke skje før tilstrekkelige ressurser, personell og utstyr, blir tilført kommunen.

08.12.2010 Kommunestyret

Møtebehandling:

Omsorgskomiteens innstilling ble enstemmig vedtatt.

KST-166/10 Vedtak:

Larvik kommune sender inn de høringssvar og uttalelser som er beskrevet i saken.

Gjennomføringen av de foreslåtte lovendringer må ikke skje før tilstrekkelige ressurser, personell og utstyr, blir tilført kommunen.

VURDERINGER OG KONSEKVENSER:

Forslag til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester:

I Helse og omsorgsdepartementet sitt 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. Dette vil gi kommunene et tydeligere og mer helhetlig ansvar og større frihet til å organisere og tilpasse tilbudet i samsvar med lokale behov. I forslaget oppheves skillet mellom helsetjenester og omsorgstjenester. I stedet foreslås en felles helse- og omsorgstjeneste med felles regelverk, herunder felles klage- og tilsynsinstans. Helsepersonelloven skal gjelde for alt personell som yter tjenester etter den nye loven.

Kommunens Høringssvar:

Rådmannen har gått gjennom forslag til ny lov om kommunal helse- og omsorgstjeneste og er positiv til at endringer i oppgaver for kommunen lovreguleres.

Det er mange positive sider ved lovforslagene som vi uttrykker støtte til

- *likestilling av psykisk og somatisk helse*
- *økt bruk av kunnskap i utviklingen av kommunale helse- og omsorgstjenester*
- *IKT som middel til å gi mer effektive og sammenhengende tilbud*
- *Styrking av brukerrettigheter og –medvirkning*
- *Samordning av personellens plikter gjennom henvisning til helsepersonelloven*

Det å utforme kommunens plikter overordnet og profesjonsnøytralt gir kommunen et helhetlig ansvar spesielt når det gjelder å ivareta de mest sårbare i Larviksamfunnet. Eksempelvis en sikring av ergoterapeut-tjenesten som er en viktig forutsetning for å få tilpassede hjelpemidler og en forutsetning for at utviklingshemmede med spesielle behov kan få en styrket mestringsevne.

Statens myndighet for tilsyn og klagebehandling bør samles i ett statlig organ.

Det er positivt at statlig klageorgan fratas muligheten til å omgjøre vedtak fattet av kommunen. Dersom klageorganet er uenig med kommunens vedtak, kan det sende

saken tilbake til kommunen. Dette vil gi kommunen en helt ny posisjon vis a vis klageorganet, og samtidig gi kommunen en mulighet til å vurdere saken på nytt.

Det er positivt at bestemmelsene om individuell plan (IP) er inntatt i form av et eget kapittel i lovutkastet. § 7-2 er uklar i forbindelse med om kravet til etablering av koordinator kun gjelder der det etableres IP eller om det gjelder for andre pasienter òg. Samtidig medfører dette økte utgifter og mer ressursbruk for kommunene.

Ressurskrevende brukere i kommunene har krevd større og større ressurser av kommunens budsjetter. Deler av denne økningen har blitt kompensert gjennom statlige tilskudd. Ordningen i seg selv oppleves som svært tidkrevende og byråkratisk. Det bør utarbeides kriterier for hvem som skal gå inn under ordningen, og denne bør så fullfinansieres fra statens side. Aldersgrensene som gjelder for ordningen bør fjernes.

Det er positivt at forslaget innebærer at pasient- og brukerrettigheter knyttet til kommunale helse- og omsorgstjenester videreføres, og at de samles i pasientrettighetsloven. Sett i lys av dette er det underlig at det foreslås alder som kriterium for hvor man får helsehjelp. Her henvises til det som er omtalt i forhold til personer over 80 år. Det skal alltid være en konkret vurdering av den enkelte pasients lidelse og behov som skal være avgjørende for helsehjelpen som gis.

Regjeringen fremhever kommunens ansvar for helsefremmende og forebyggende arbeid.

Kommunens høringssvar:

Grensedragningen mellom folkehelseloven og denne loven er utydelig når det gjelder helsefremmende og forebyggende arbeid - med fare for at disse sentrale tjenestene vil "falle mellom to stoler"- rent lovmessig. Det hadde vært en fordel om lovtekstene er mer tydelig på hvilke deler av det forebyggende og helsefremmende arbeidet som omfattes av hvilke lov og hvorfor.

Lovutkastet representerer ikke en styrking og utvidelse av perspektivet medisinsk faglig rådgiving innenfor kommuneforvaltningen (jfr Lovutkastets §5-5.) Det savnes at lovutkastet ikke går lenger i å sette krav til kommune, og at den medisinskfaglige og samfunnsmedisinske kompetansen ikke vektlegges mer som sentral og en forutsetning i all kommunal planlegging. En styrking av kommuneoverlegenes rolle vil være nødvendig for planlegging og implementering av de endringer som samhandlingsreformen legger opp til. Dette gjelder både i den enkelte kommune, men også i samhandlingen mellom kommuner og helseforetak.

Regjeringen foreslår lovregulert at kommuner og spesialisthelsetjeneste skal legge til rette for samhandling mellom ulike deltjenester og med andre tjenesteytere. Det foreslås å innføre et nytt avtalesystem mellom tjenestenivåene. Et lovfestet avtalesystem vil kunne bidra til et mer likeverdig partsforhold i avtaler, og sikre en mer enhetlig praksis.
--

Kommunens høringssvar:

Her blir det helt avgjørende at likeverdighet i partsforholdene mellom kommune og spesialisthelsetjeneste ligger til grunn for utvikling av et avtalesystem.

Oppgavene som kommunene vil få ansvar for må være tilpasset Larvik kommunes mulighet til å ivareta oppgaven. Den enkelte kommunes muligheter og begrensinger må defineres i lokale avtaler mellom kommuner og helseforetak. Før inngåelse av lokale avtaler må det foreligge en økonomisk kartlegging av konsekvensene, slik at kommunene er i stand til å ivareta de oppgavene som de likeverdige partene blir enig om å overføre fra sykehusene.

I utarbeiding og iverksetting av avtaler mellom kommuner og helseforetak er det behov for robuste ordninger knyttet til uenighet og konflikt som kan oppstå. Det bør være nasjonale, uavhengige ordninger for å løse eventuelle tvister. Et felt vi ser det kan bli drøftinger rundt, er når en pasient er utskrivningsklar. Om kommunen skal ha et finansieringsansvar for utskrivningsklare pasienter må det være en omforent forståelse for når pasienter er utskrivningsklare og hvordan både spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten sammen kan hjelpe pasienten der den er.

Spesialisthelsetjenesten og de regionale helseforetakene har gode intensjoner om behovet for videre behandling etter utskrivning til kommunen og den enkelte bruker blir forspeilet hva kommunen bør innfri av tjenester. En god forventningsavklaring kunne avverget mange urealistiske forhåpninger om tjenester fra kommunen. Dette bør bli en del av avtaleverket.

Lovteksten gir så langt ikke vesentlig nye beskrivelser av innhold og ansvaret for "gråsonene og halvannenlinjetjenestene" dvs. grensegangene mellom 1. og 2. linjetjenestene - som allerede eksisterer i dag. Lovteksten angir dog krav til samhandling mellom forvaltningsnivåene og krav til samarbeidsavtaler m.m. Det henvises kun videre til intensjonene i samhandlingsreformen.

Regjeringen foreslår for blant annet å sikre helheten i allmennlegetjenesten, samt sørge for at det legges til rette for økt fokus på forebygging, å sikre at kommunene får bedre styring med fastlegene. Ved senere revisjon av fastlegeforskriften kan det derfor være aktuelt å presisere og utdype hvilke tjenester fastlegene skal ha ansvar for å tilby innbyggerne på sin liste, samt innføre funksjons- og kvalitetskrav.

Kommunens høringssvar:

De tidligere varslede endringer og tilpasninger i fastlegeordningen som følge av disse nye lovverkene synes å utebli. Det er vanskelig å se hvordan den nye loven skal kunne gi kommunene mer styring med fastlegeordningen dersom ikke det følger en samtidig revidering av tilhørende forskrift for fastlegeordningen.

Det er positivt at det utarbeides kvalitets- og funksjonskrav for fastlegetjenesten i kommunene. Dette kan gi kommunene bedre mulighet til å få større deltakelse fra fastleger i spørsmål om samhandling, medvirkning og rådgiving i forhold til enkeltbrukere. Det er positivt at kommunene får ta en sterkere styring over fastlegeordningen og legetjenesten i kommunene.

For å ivareta de nye oppgavene som skal overføres fra sykehus til kommuner, må det lages planer for økt kompetanse / spesialisering blant legene i kommunene. Dette bør være en egen satsning i kompetanseløftet.

Loven legger ikke opp til store endringer i legevaktstilbudet annet enn at det tidligere er foreslått sammenslåing til større legevakter med mer spesialisert personell. Loven understreker imidlertid fastlegenes plikt til å arbeide på legevakt og opprettholde

videreutvikle sin akuttmedisinske kompetanse, og kommentarene til lovteksten beskriver bekymring for at bare halvparten av allmennlegene deltar i legevakt. God kjennskap og kompetanse på akuttmedisin er en viktig del av kommunens ansvar for akuttberedskap. Fastlegenes deltagelse i akuttmedisinsk beredskap og arbeid på legevakt i en fremtidig sentralisering av legevakter reiser spørsmålet om døgnkontinuerlig legevakt med rullerende pliktdeltakelse av allmennlegene. Videre vil en slik sentralisering av legevaktssentraler reise spørsmålet om fastlegenes tilgjengelighet for øyeblikkelig hjelp på dagtid er tilstrekkelig og om tjenesten må styrkes og listelengdene reduseres

Regjeringen sier; 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 i form av kommunal medfinansiering og samarbeidsprosjekter mellom helseforetak og kommuner vil legge til rette for at både kommuner og helseforetak vil se seg tjent med å etablere slike tilbud i kommunene. Høringsinstansene bes særskilt om å komme med innspill på 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.

Kommunens høringssvar:

Et døgnkontinuerlig øyeblikkelig – hjelp tilbud vil være avhengig av fysiske fasiliteter, kompetanse og økonomi. Om dette tilbudet skal lovfestes er det en forutsetning at det økonomiske grunnlaget er på plass. Hvis ikke, kan vi risikere å sette brukeres liv og helse i fare ved ”halv – veis” løsninger mellom spesialisthelsetjeneste og kommune.

Regjeringen foreslår 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.

Kommunens høringssvar:

Larvik kommune har gjennom mange år utviklet et kvalitetssystem som beskriver prosesser vår organisasjon skal ha for å sikre god kvalitet på tjenestene. I arbeid med pasientsikkerhet krever det en endring av perspektiv; fra en beskrivelse av hva kvalitet er - til en konkretisering av hva pasientsikkerhet er. Dette er i tråd med en utvikling vi ønsker – fra et systemperspektiv til et brukerperspektiv uten at det ene utelukker det andre.

I dag driver vi kvalitetsforbedringsarbeid i Larvik kommune. Et lovbestemt krav om dette vil styrke dette arbeidet og gjøre det mer målrettet og helhetlig.

Et annet forslag i høringsnotatet er å gi departementet myndighet til å stille krav om at dokumentasjon og kommunikasjon av helseopplysninger skal skje elektronisk.

Kommunens høringssvar:

Bruk av teknologi i helse- og omsorgssektoren skal sikre at det ytes gode tjenester i hele pasientforløpet. Nye og forbedrede IKT-systemer kan gi bedre behandling, mindre pasienttransport, bedre utnyttelse av helsesektorens ressurser og styrking av pasient- og brukerrollen.

Vi ønsker en overordnet styring av arbeid med utvikling av dokumentasjon og kommunikasjon svært velkommen. Et likeverdig partsarbeid på tvers av tjenestenivåer. Dette er en forutsetning for at oppdaterte pasientopplysninger ligger til grunn for faglige vurderinger uavhengig av tjenestenivå.

Bedret informasjonsflyt gir nye utfordringer i forhold til personvernet, noe sårbare pasienter i mange situasjoner føler ekstra behov for. En slik lovhjemmel bør ikke være til hinder for at man i enkeltsituasjoner etter pasientens eget ønske har mulighet til å kommunisere og dokumentere via papirjournal for å redusere antall helsepersonell som kan få tilgang på sensitiv informasjon. De offentlige helse- og omsorgstjenestene er ofte organisert i større enheter. Dermed er det som hovedregel behov for at et stort antall helsepersonell gis tilgang til sensitiv helseinformasjon.

Regjeringen vil dessuten foreslå å endre meldeordningen etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 slik at ordningen blir et rent læringssystem. Ved å flytte meldeordningen fra Statens helsetilsyn til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, kan helsepersonell melde om uønskede hendelser uten frykt for sanksjoner, og vi kan få bedre data om omfang, fordeling og risiko. På den måten kan uønskede hendelser i større grad brukes som grunnlag for årsaksanalyse og læring for å forebygge og redusere faren for pasientskader.

Kommunens høringssvar:

Vår vurdering er at vi må ha felles system for meldinger; kommunehelsetjenesten må og kunne melde uheldige hendelser til kunnskapssenteret. Vi vet at uheldige hendelser i stor grad er knyttet til brudd i pasientforløp mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Hvis vi ikke har en felles meldingsordning vil vi ikke få tak i disse hendelsene. Sann sett vil to forskjellige meldingsordninger være med å opprettholde barrierer mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten og det vil ikke komme pasienten til gode.

Selv om vi får en felles ordning er det hensiktsmessig å opprettholde kommunens plikt til internkontroll og oppfølging av uheldige hendelser internt i en ikke – anonymisert form.

Generelle kommentarer:

Denne nye loven med oppgaveoverføringer til kommunehelsetjenesten innebærer et omfattende kompetansebehov på en rekke områder i kommunehelsetjenesten, eksempelvis utdanning av helsepersonell med fagutdanning rettet mot tjenesten til utviklingshemmede, den foreslåtte koordinatorfunksjonen og i forhold til utredning, behandling og oppfølging.

Det er behov for en kompetanse som er tilpasset en systematisk og målrettet opplæring for å øke ferdigheter og mestringsevner hos den enkelte utviklingshemmede, slik at de kan ha en mest mulig selvstendig deltakelse i samfunnet.

For at rehabilitering eller habilitering skal være en integrert del av pasientforløpet må det være klare føringer for å sikre at utviklingshemmede blir ivaretatt på lik linje med resten av befolkningen. Det bør sikres tilgang til kvalifisert rehabilitering i egen kommune, der kommunen selv har valgt å utføre denne tjenesten. For å oppnå mestring og deltagelse må det tettere samarbeid mellom brukerens nærmeste tjenesteytere, en koordinator og et tverrfaglig team.

Forslag til ny folkehelselov

Kommunens høringssvar:

- Kommunen ser at krav om samordning på tvers av ulike sektorer og fagområder ikke gjenspeiles på statlig forvaltningsnivå. Ansvaret for det tverrsektorielle folkehelsearbeidet bør derfor vurderes flyttet ut fra Helse- og omsorgsdepartementet over til eksempelvis Kommunal og regionaldepartementet, fordi folkehelsearbeid har store samfunnsmessige konsekvenser.
- Til § 4: Positivt at ansvaret for folkehelsearbeidet legges til kommunen som sådan og ikke kun til helsetjenesten. Folkehelsearbeid krever tverrsektoriell innsats og engasjement og må forankres tydeligere både i den administrative og den politiske ledelsen. Funksjonshemmede og da særlig utviklingshemmede har en lang historie på ikke å bli behandlet på lik linje med andre borgere. Det har hatt betydelig innvirkning på deres helsetilstand og livsløp.
- Til § 5: Positivt at kommunes ansvar for å ha oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer lokalt blir presisert. Dette krever at kommunen må få relevante helsedata om sin kommune fra Folkehelseinstituttet og andre sentrale datakilder. Det er ikke hensiktsmessig at hver kommune må bygge opp et eget apparat for innhenting og behandling av relevante helsedata. Det er påkrevet at statlige helsemyndigheter og fylkeskommune understøtter kommunene i dette arbeidet.
- Til § 6: Dersom ny folkehelselov skal ha effekt er det en forutsetning at lokale planstrategier utarbeides og vedtas av Kommunestyrene som forpliktende og overordnede styringsdokument. Kommunes fastsettelse av mål og strategier for folkehelsearbeidet må innarbeides som sentral del av kommuneplanleggingen. Den politiske forankringen av folkehelsearbeidet må sikres i betydelig større grad enn i dag. I planarbeid er det viktig ikke bare å tenke folkehelse på overordnet nivå, men å kunne følge helsekonsekvensene for de ulike planene videre nedover i planhierarkiet. Det er her vesentlig at staten følger opp med økonomiske midler som understøtter langsiktige helsefremmende strategier.
- Hva vil ny folkehelselov ha å si for kommunens arbeid med miljørettet helsevern? I utgangspunktet ser det ut til at ny folkehelselov ikke medfører større endringer for miljørettet helsevern i kommunene. Lovtekst er flyttet fra gammel til ny innramming. Det etterlyses derfor at ny lov er mer offensiv på virkemiddelbestemmelsene og gir kommunen et enklere og mindre byråkratisk regelverk å forholde seg til. Kommunen (ved aktuell faginstans og etter delegasjon fra kommunestyret) må gis større anledning til å intervenere raskere og mer effektivt.
- Til § 27, 1. ledd: Alt samarbeid må være basert på frivillighet. Pålegg om slikt samarbeid ødelegger for den enkelte kommunes valgfrihet og muligheter, og frivilligheten må opprettholdes på dette området.

- Til § 31, 2. ledd: Her blir dokumentasjonskravet mht. det å føre tilsyn med virksomheter og eiendommer ytterligere skjerpet. Vi er usikre på om dette er nødvendig.
- En kommentar til Forslag til ny folkehelselov kap. 14.2, gjeldende rett: Sist i andre avsnitt står det at rådgiving kan være valg av løsninger for å oppnå resultatene. Dette blir ikke riktig fordi tilsynet da kan komme i den situasjon at de godkjenner/underkjenner egne løsninger. Vi kan gi råd og veiledning i forhold til problemstillinger, regelverk m.m., men det er alltid virksomhetene som må komme opp med forslag til løsninger.
- Gir utkastet til ny folkehelselov nødvendig løft og forsikringer om påkrevet satsing og prioritering på forebyggende arbeid og helsefremmende strategier? Jfr. Samhandlingsreformens intensjon: "Kommunene må gjennom lovverket gis et tydelig ansvar som gjenspeiler folkehelseperspektivet, forebygging og tidlig intervensjon. Det blir kommunestyrets ansvar å bygge opp et apparat både administrativt og politisk tilpasset de lokale utfordringene." Lovutkastet er ikke tilstrekkelig presist på dette punktet.
- Videre: Det gis ikke tydelige nok anvisninger på hvordan kommunens ledelse (tidligere helsetjeneste) skal ivareta helsehensyn i all planlegging. Myndighetsforhold og konkret ansvar synes ikke mer tydeliggjort i lovutkastet enn i nåværende forvaltningspraksis. Lovutkastets krav til kommunene om å ha nødvendig folkehelsefaglig og epidemiologisk kompetanse er ikke tydelig nok. Det kunne med fordel vært satt statlige normtall innenfor dette området, for eksempel knyttet til befolkning og befolkningssammensetning, levekårsindeks m.m.

Journalposter i arkivsaken - uttrykte vedlegg

Nr	T	Dok.dato	Avsender/Mottaker	Tittel
1	I	18.10.2010	Helse og omsorgsdepartementet	Høring - forslag til ny kommunal helse- og omsorgslov
2	I	20.11.2010	Kommunenes Sentralforbund	Høring Ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og Ny folkehelselov - innspill fra KS til hjelp i kommunenes egen høringsuttalelse

Rett utskrift bevitnes og sendes

- saksbehandler for oppfølging

Larvik, 13.12.10
for rådmannen

Torill Åsheim