



Helse-og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep

0030 OSLO

Deres ref.:

Vår ref.: 11/61 - 473/11 - G10 &13

Dato: 13.01.2011

HØRINGSUTTALELSE: FORSLAG TIL NY LOV OM KOMMUNALE HELSE- OG OMSORGSTJENESTER

Generelt

Lenvik kommune har samarbeidet med Regionrådet for Midt-Troms kommunene om ett felles generelt grunnlag for høringsuttalelse. Vi fremmer likevel saken for våre politiske organer med de tilpasninger en mener er nødvendige ut fra lokale forhold i kommunen.

Høringsuttalelsen er behandlet i Lenvik formannskap 18.01.2011. Uttalelsen med formannskapets vedtak vil bli referert for kommunestyret i etterkant.

Forslagene til ny helse- og omsorgslov samt ny folkehelselov og innholdet i ny nasjonal helseplan, utgjør et omfattende materiale som på flere områder oppfattes som ufullstendig og fragmentert (eksempelvis de finansielle virkemidlene).

Det at høringen kommer midt i kommunenes budsjettarbeid, i tillegg til juleferieavvikling, tilsier også at høringsnotatene i enkelte kommuner kan bli viet mindre oppmerksomhet enn alvorlighetsgraden skulle tilsi. Høringsfristen er for kort til at kommunene kan foreta grundige vurderinger av lovforslagenes konsekvenser.

Vår bekymring i denne sammenheng, er at regjeringens hastverk i høringsprosessen kan oppfattes som arroganse overfor tidspressede kommuner og at vesentlige, prinsipielle spørsmål knytta til lovforslagene, ikke skal bli gjenstand for drøftinger på lokalt plan med det resultat at reformens forankring i kommunene blir svekka.

I den videre framstilling, har Lenvik kommune valgt å kommentere følgende elementer i lovforslaget:

1. Generelt om lovforslaget
2. Sørge-for-ansvar og faglig forsvarlighet
3. Finansielle virkemidler

- 3.1. Kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten
- 3.2. Kommunalt ansvar for utskrivningsklare pasienter
- 4. Pasient-, bruker- og pårørendeopplæring
- 5. Individuell plan, koordinerende enhet og pasientkoordinator
- 6. Opprettelse av kommunale akuttsenger
- 7. Kompetanse, rekruttering og stabilitet
- 8. Legetjenesten
 - 8.1 Kommunelegefunksjonen
 - 8.2 Endringer i fastlegeordningen
- 9. Klage- og tilsynsmyndighet
- 10. Avtaler mellom helseforetak og kommuner
- 11. Samarbeid mellom kommuner
- 12. Mangler ved forslaget, vilkårsetting og forholdet til Arbeidsmiljøloven

1. Generelt om lovforslaget

Samordning av de kommunale helse- og omsorgstjenestene i en ny helse- og omsorgslov, ønskes svært velkomment!

Regulering av helse-, pleie- og omsorgstjenester og sosiale tjenester gjennom dagens kommunehelsetjenestelov og sosialtjenestelov, oppleves å være i utakt med virkeligheten. Regelverket er konserverende, forvirrende og unødvendig komplisert, og behovet for samordning og forenkling har gjort at praksisen i kommunene har utviklet seg foran lovgivningen på dette feltet.

De grunnleggende, generelle endringene som departementet foreslår, oppfattes av Lenvik kommune som en nødvendig opprydding og bevisstgjøring, både for kommunene som forvaltere av helse- og omsorgstjenester, for helsepersonell og saksbehandlere på kommunale tildelingsenheter, og for søkere og mottakere av kommunale tjenester.

Lenvik kommune støtter derfor departementets forslag om:

- å harmonisere kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven i en samla helse- og omsorgslov, herunder erstatte begrepene helsetjeneste og sosialtjeneste med fellesbegrepet helse- og omsorgstjeneste
- å utforme den nye helse- og omsorgsloven som en rein tjenestelov/pliktlov for kommunene
- å flytte/samle mest mulig av pasientrettighetene i pasientrettighetsloven
- å omgjøre helsepersonelloven slik at den omfatter alle som yter tjenester etter den nye helse- og omsorgsloven
- å gjøre helseregisterloven gjeldende ved all tjenesteyting etter den nye helse- og omsorgsloven, herunder de sosiale tjenestene som i dagens regelverk er regulert etter personopplysningsloven.
- å gjøre forvaltningslovens regler gjeldende for den nye helse- og omsorgsloven, med de unntak som er foreslått i loven, herunder at reglene om enkeltvedtak bare skal komme til anvendelse på vedtak om langvarige (over to uker) hjemmetjenester og plass i institusjon.

Lenvik kommune vil imidlertid påpeke at departementets vurderinger av administrative og økonomiske konsekvenser for kommunene ved de overnevnte endringer, ikke samsvarer helt med den kommunale virkelighet. Det er for oss innlysende at overgangen til en ny helse- og omsorgslov vil medføre økte ressursbehov i en innkjøringsfase. Blant annet kan nevnes opplæring i nytt regelverk, endring og omlegging i dokumentasjons- og saksbehandlingsrutiner/kulturer og systemer/programvarer. Spesielt gjelder dette tjenesteområder og personell som tidligere har vært regulert etter sosialtjenesteloven, og som ved innføring av den nye loven vil få endringer i sine plikter knytta til yrkesutøvelsen, eksempelvis en konkretisering av krav til faglig forsvarlighet, en utvidet informasjons- og dokumentasjonsplikt, nye krav til journalføring, arkivering og datasikkerhet, med mer.

2. Sørge-for-ansvar og faglig forsvarlighet

Lenvik kommune er enig i de vurderinger som departementet legger til grunn for sitt forslag om overgangen til et sørge-for-ansvar, herunder hensynet til demokratisk styring, lokal handlefrihet og fleksibilitet. Det er i dag innlysende at en lovbestemt, detaljert kommunal tjenestemeny på helse- og omsorgssiden, vanskelig kan være tilpasset virkeligheten i både en liten tusen-innbyggers kommune på Senja og en stor bykommune i det sentrale østlandsområdet.

Prinsippet om at alle kommuner skal dekke de samme funksjoner, men at de kan velge å organisere/løse oppgavene på ulikt vis, er et godt utgangspunkt for en effektiv og behovstilpasset tjenesteproduksjon.

Lenvik kommune er også tilhenger av at bindingene til bestemte profesjonsgrupper løses opp i det nye regelverket. Kommunene opplever at samhandlingskulturen innafor de ulike profesjonsgruppene er noe ulikt utviklet, og at en del profesjoner fortsatt har vanskelig for å tenke utenfor eget fagmiljø, når de skal definere faglig kvalitet. De foreslåtte endringene i regelverket vil etter vårt syn føre til større fleksibilitet ift bemanningssammensetningen i helse- og omsorgstjenesten og vil også kunne stimulere til tverrfaglighet, samhandling og nye innovative løsninger. Kommunene vil også vise til at spesialisthelsetjenesten har vært regulert på samme måte i en årrekke, uten at denne profesjonsnøytraliteten har ført til at hvem som helst blir satt til å utføre helsetjenester i helseforetakene.

En vil likevel presisere at endringene må ikke gå på akkord med den faglige kvaliteten på de tjenestene som kommunen skal utføre. Etablerte faggrupper må danne en kjernekompetanse for den videre utvikling av det kommunale tjenestetilbudet og det må legges til rette for at denne kompetansen kan utvikles i tråd med ny kunnskap og nye behov hos brukerne.

Overgangen til et regelverk som inneholder svært lite profesjonsangivelser eller organisatoriske krav, vil imidlertid stille større krav til forståelse og praktisering av faglig forsvarlighetskravet, både på tjenestenivå og på politisk nivå i kommunene.

Lenvik kommune er usikker på om departementets forsøk på å presisere forsvarlighetsbegrepet er håndfast nok for en kommunal hverdag, hvor tilgangen på penger og kompetanse kan være med på å påvirke både kvalitetsbegrepet og hva som oppfattes som såkalte minstestandarder.

Ved innføring av et "sørge for ansvar" vil også forventningene fra brukere og pasienter bli utvida, i den forstand av folk vil forvente en større grad av individuell tilpasning og flere organisatoriske og praktiske muligheter for mottak av helse- og omsorgstjenester.

Kommunene vil da bli tvunget enda lenger inn i en nødvendig prioriteringsdebatt, hvor kvalitet, omfang og lokal tilgjengelighet til helse- og omsorgstjenester – dvs. faglig forsvarlighet på virksomhetsnivå – må fram i lyset og diskuteres.

I en slik lokal kvalitets- og prioriteringsdebatt, vil det trenge både praktiske redskaper i form av veiledere, opplærings- og utviklingskampanjer og andre pedagogiske styringsmidler, men det viktigste vil være at prioriteringsdebatten gjenspeiles på sentralt nivå – at departementet legger til rette for en slik debatt og at sentrale politikere tør å ta tak i den.

Funksjonskravene som listes opp i § 3-2 er rimelig omfattende og detaljerte, og Lenvik kommune tror ikke at tjenestemenyen i kommunene etter innføring av et "sørge-for-ansvar" vil se vesentlig annerledes ut enn dagens tjenestemeny. Det er derfor et spørsmål om hvor mye man skal betale for en større grad av lokal handlefrihet når det gjelder organiseringen av tjenestetilbudet, dersom prisen blir økt statlig kontroll/tilsyn og sterkere krav til internkontroll, dokumentasjon og rapportering, hvilket er rimelig å anta når det kommunale handlingsrommet blir større.

Oppsummert: Lenvik kommune er positiv til å regulere kommunenes ansvar på helse-og omsorgssida som et såkalt sørge-for-ansvar. En vellykket overgang fra dagens mer detaljerte regulering, vil imidlertid avhenge sterkt av om sentrale myndigheter ser nødvendigheten av å vie tilstrekkelig stor oppmerksomhet, tid og ressurser til kommunenes arbeid med kvalitet og prioritering i helse-og omsorgstjenesten. At fokus og trykk legges på å styrke kommunenes evne til å gi/gjøre gode prioriteringer og yte gode tjenester, i stedet for sterkere kontroll og rapporteringskrav. Uten prioritering vil et sørge-for-ansvar kunne komme ut av kontroll. Dette har reguleringen av spesialisthelsetjenesten vist.

3. Finansielle virkemidler

Lenvik kommune vil herunder kommentere forslagene til kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenester (§ 11-3) og kommunalt finansieringsansvar for utskrivningsklare pasienter (§11-4).

Generelt kan sies:

Modellene som foreslås i høringsnotatet er dels uferdige, preget av mye "hvis-at-dersom" og er åpenbart ikke en del av en helhetlig plan for finansieringa av reformen. Dette bekymrer Lenvik kommune. Vi ser at den fragmenterte framstillinga kan føre til at ordningene framstår som unødvendig kompliserte og dermed vanskelige for kommunene å se konsekvensene av. Å innføre ordninger som ingen andre enn byråkratiet skjønner innretningen på, vil ikke være hensiktsmessig for noen.

Lenvik kommune tar det som en forutsetning at alle administrative utgifter i forbindelse med innføringen av en eventuell medfinansieringsordning, og et kommunalt finansieringsansvar for utskrivningsklare pasienter, blir dekket sentralt, herunder investeringer til innkjøp av nødvendig utstyr og nødvendig kompetanse til å håndtere pengestrømmene mellom kommuner og helseforetak.

Lenvik kommune ser med bekymring på at de foreslåtte økonomiske tiltakene vil kunne kreve mye byråkrati, sett i forhold til oppnådd gevinst. Overføringer av midler fra stat til kommune ifbm medfinansieringsordning og utskrivningsklare pasienter, vil ikke kunne finansiere oppbyggingen av nye og mer behandlingsintensive tilbud i kommunene.

Lenvik kommune er glad for at dette påpekes i høringsnotat, men savner konkrete føringer på hvordan nødvendige investeringer i sengeplasser, utstyr og kompetanse skal skje. Begge ordningene forutsetter en oppbygging/ opprusting av kommunale eller interkommunale tjenestetilbud, både for å forebygge og unngå sykehusinnleggelser, og for å ta pasientene tidligere hjem etter sykehusopphold.

Lenvik kommune er som den største enkeltkommunen i Midt-Troms regionen, et regionsenter med ansvar for forskjellige regionale funksjoner. Erfaringsmessig viser det seg at kommunen pådrar seg en betydelig merkostnad knyttet til drift av interkommunale virksomheter uten at kommunen nødvendigvis selv drar tilsvarende nytte av samarbeidet. Lenvik kommune er i utgangspunktet positiv til utprøving av nye modeller for oppgavefordeling mellom sykehus og kommunehelsetjeneste, men vil presisere at slik utprøving i det hele må gjøres for statens regning og risiko. Kommunen har ikke et finansielt handlingsrom som muliggjør kostnads-krevende forsøk med nye driftsmodeller.

Den meget forsiktige finansielle satsingen på forebyggende helsearbeid som foreløpig er lagt inn i statsbudsjettet, vil heller ikke kunne igangsette en større satsing på forebyggende helsearbeid i kommunal regi, slik reformen forutsetter. Som eksempel kan nevnes at små kommuner gjennom ordningen her får tilført mellom 50 – 80 000 kroner. Lenvik kommune er bekymret for at effektene av forebygging i primærhelsetjenesten, vil bli forsøkt tatt ut før man har fått nødvendige midler til å igangsette et bredt forebyggingsarbeid.

Oppsummert: Lenvik kommune forutsetter at det forut for en nærmere detaljering av reformens finansielle virkemidler, kommer konkrete føringer fra statlig hold på hvordan kommunene skal løse ressursspørsmålet knyttet til etablering av mer behandlingsintensive tilbud i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Å overlate dette til lokale forhandlinger mellom enkeltforetak og enkeltkommuner vil overhodet ikke sikre den framdrift i opprustingen av primærhelsetjenesten som reformen forutsetter. Lenvik kommune er også bekymret for den svake satsingen i statsbudsjettet på forebyggende helsearbeid i kommunal regi.

3.1. Kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten

Lenvik kommune er ikke tilhenger av en brei innføring av kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten fra 2012, uavhengig av modell. Vi mener at ordningen må utredes nærmere ved at begge de foreslåtte modellene prøves ut i flere ulike regioner, før en eventuell fullskala implementering.

I tillegg bør det prøves ut en modell med en større medfinansieringsprosent, for å se hvordan dette slår ut ift kommunenes evne til å opprette nye, egne tiltak som erstatning for spesialisthelsetjenester.

En medfinansieringsmodell på 20% representerer en overkommelig risiko for kommunene, men vil i liten grad kunne stimulere til etablering av nye, kommunale eller interkommunale tjenestetilbud, ettersom dette forutsetter at kommunene skal kunne etablere og **drive tjenester til en femtedel av prisen** som samme type tjeneste har i spesialisthelsetjenesten.

Løsninger som innebærer at helseforetakene kommer inn og delfinansierer slike tjenestetilbud på kommunalt/interkommunalt nivå, er det foreløpig svært utydelige føringer på, både politisk og faglig. Gjennom en avgrenset pilotering/utprøvningsfase vil man kunne identifisere svakheter ved de ulike modellene og vurdere om de oppnådde effektene er i samsvar med innsatsen.

Lenvik kommune er ikke betrygget på at sammenhengen mellom kommunale tjenester og sykehustjenester er tilstrekkelig dokumentert, blant annet finnes det ikke tilstrekkelig kunnskap om hvilke faktorer i det kommunale tjenestetilbudet som påvirker de ulike delene av sykehusforbruket.

Det at kommunene faktisk må ruste seg kompetansemessig og organisatorisk, til å arbeide forebyggende for å unngå unødvendige sykehusinnleggelser, er også et argument som taler imot en fullskala innføring allerede fra 2012.

Dersom våre innsigelser ikke skulle bli hørt, og medfinansieringsordningen innføres uten utprøving og kvalitetssikring, har vi noen synspunkter på valget mellom de to foreslåtte modeller for kommunal medfinansiering:

Modellen med pasienter 80+ anses å være minst risikofyllt, både med tanke på omfang/pris og det faktum at små kommuner historisk sett har et lavere forbruk av sykehustjenester til de eldste eldre, enn det som større kommuner har. Den aktuelle målgruppen er også en kategori av pasienter som kommunene lenge har ønsket å kunne gi et bedre og mer behandlingsintensivt lokalt tilbud til.

Dette fordi syke eldre kan oppleve transport til og fra sykehus som en ekstra belastning, samtidig som de ofte vil ha sammensatte medisinske problemstillinger som ikke alltid passer inn i de store sykehusenes avdelings- og klinikkorganisering. Forekomsten av demenssykdom og forvirringstilstander hos denne pasientgruppen, er også et argument for et bedre og mer tilrettelagt lokalt helsetilbud.

Likevel vil dette være en mer kontroversiell modell fordi den retter seg mot en spesiell aldersgruppe og vi aner utfordringer med den politiske argumentasjonen knytta til denne modellen, både lokalt og sentralt.

Den andre modellen - med alle medisinske behandlinger og innleggelser for alle aldersgrupper - er mer nøytral og salgbar fordi den ikke øremerker eller legger fokus på en bestemt gruppe pasienter. Samtidig er denne modellen vanskeligere for kommunene ettersom man her skal forsøke å forebygge sykehusinnleggelser i et såpass bredt spekter, fra vugge til grav.

Dermed blir denne modellen mindre forutsigbar, resultat- og effektmessig og vanskeligere å innrette seg konkret etter.

Sammenstilt med at den er større i omfang/pris, blir den mer risikofyllt for kommunene.

Uavhengig av modell, bør der innføres en maksimalpris eller et tak pr. pasient, som sikrer kommunen refusjon av utgifter over et visst nivå, lik ordningen med særlig ressurskrevende pasienter i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Oppsummert: Lenvik kommune ønsker ikke innføring av kommunal medfinansiering i fullskala fra 2012, men en prøvepiloting av de foreslåtte modeller, samt også utprøving av en modell med høyere medfinansieringsprosent. I valget mellom de to foreslåtte modeller, anses modellen med kommunal medfinansiering av alle pasienter over 80 år, å være den mest hensiktsmessige, enkleste og minst risikofylte modellen for kommunene, samtidig som det vil trenge gjennomtenkte prosesser for å få allmenn aksept for en aldersbasert modell. Maksimalpris per pasient bør innføres, uavhengig av modell.

4.2. Kommunalt ansvar for utskrivningsklare pasienter

Lenvik kommune ser hensikten med å innføre kommunalt økonomisk ansvar for utskrivningsklare pasienter.

Dette forutsetter imidlertid følgende:

- Ordningen må fullfinansieres gjennom å overføre midler fra helseforetak til kommuner. Midlene må overføres til kommunene etter vanlige objektive kriterier, dvs. etter nøklene i kommunenes inntektssystem. En overføring av midler basert på historiske/faktiske tall vil oppleves som **svært uforutsigbart**, og ikke minst **urettferdig**, da kommuner med mange utskrivningsklare pasienter i sykehus vil få de største overføringene, mens kommuner som har igangsatt tiltak for å kunne ta pasientene sine tidligere hjem, vil få mindre enn ved objektive kriterier. Dette vil i praksis kunne oppleves som en straff til "flinke" kommuner. Overføring av midler basert på historiske tall vil heller ikke stimulere kommuner med mange utskrivningsklare pasienter til å ta disse hjem, ettersom denne ordningen vil fullfinansiere den praksis som disse kommunene har ført.
- Dersom de finansielle insentivene knyttet til utskrivningsklare pasienter skal ha den ønskede effekt, må prisen pr. utskrivningsklare liggedøgn settes til 5000 kr. En pris på 3000 kr, som nevnes i høringsnotatet, er nær døgnprisen på en forsterket sykehjemsseng. Dermed vil alternativet med å betale for fortsatt sykehusopphold for ressurskrevende utskrivningsklare pasienter, bli mer aktuelt for kommunene.
- Prisen pr. utskrivningsklare liggedøgn må bestemmes sentralt og ikke overlates til forhandlinger mellom kommuner og regionalt/lokalt helseforetak. Likeverdigheten mellom partene er ennå ikke på et slikt nivå at dette vil bli reelle forhandlinger.
- Definisjonsmakten ift. når tid en pasient er utskrivningsklar ligger i dag hos helseforetaket, og undersøkelser har vist at det er store variasjoner mellom avdelinger og mellom sykehus, i den praksis som føres. Dette må kvalitetssikres gjennom tydelig forskriftsfesting av hvilke kriterier som skal ligge til grunn når en pasient vurderes som utskrivningsklar, og hvordan samhandlingsprosessen mellom kommune og sykehus før, under og etter utskrivning skal foregå. Forskriften må utformes på en måte som fordeler definisjonsmakta mellom nivåene, slik at utskrivningsklare pasienter blir oppfattet og akseptert som reelt utskrivningsklare, også fra primærhelse-tjenestens side.
- Utviklingen har gått og går fortsatt i retning av stadig raskere utskrivning fra sykehus. Det er innlysende at pasienter som kommer tilbake til kommunen etter sykehusopphold, i stadig større grad vil være behandlings- og pleietrengende. En ytterligere utvikling på dette feltet krever derfor endringer i kommunene i form av kompetanseoppbygging, organisatoriske endringer, fysiske tiltak som sengeplasser og medisinsk utstyr, samt ressurser til økt bemanning og drift av mer behandlingsintensive tjenester.

Denne oppbyggingen vil kreve tid og ressurser. Lenvik kommune er usikker på om forsikringen i lovforarbeidene om at spesialisthelsetjenesten ikke skal bygge ned sine tilbud før kommunehelsetjenesten har bygd opp tilsvarende/møtende tilbud, vil bli viet oppmerksomhet etter at loven er trådt i kraft. Vi ser heller for oss et skremmende scenario der helseforetakene - når lovhjemmelen foreligger - vil kreve betaling for det de definerer som utskrivningsklare pasienter fra dag 1, uavhengig av hvilke tilbud og hvilken kompetanse som er bygd opp i den aktuelle mottakerkommune.

Oppsummert: Lenvik kommune ser hensikten med å innføre kommunalt ansvar for utskrivningsklare pasienter. Dette forutsetter at forskriftsfestingen av prosessen fordeler definisjonsmakta for hvilke pasienter som er utskrivningsklare til hvilken tid, mellom sykehus og kommunehelsetjenesten. Det forutsettes også at midlene som i denne sammenheng skal overføres fra helseforetak til kommuner, overføres etter den vanlige fordelingsnøkkelen i det kommunale inntektssystemet, og ikke etter historiske/faktiske tall. Prisen pr utskrivningsklare liggedøgn bør være nasjonalt fastsatt og stor nok til at det blir et reelt insentiv for kommunene til å ta pasienten hjem til alternative tilbud, dvs heller 5000 kr enn 3000 kr. Ordningen må ta høyde for at det vil kreve tid og ressurser å bygge opp mer behandlingsintensive tilbud i kommunene, og at utviklingsfarten mellom kommunene vil variere.

4. Pasient-, bruker- og pårørendeopplæring

Lenvik kommune er tilhenger av en sterkere satsing på bruker- og pårørendeopplæring i kommunal regi. Kommunene ser sjølsagt gevinsten ved å satse på slik opplæring for de med særlige hjelpebehov, da dette kan føre til større grad av egenmestring og livskvalitet, samtidig som det kan virke forebyggende og forhindre en forverring i den situasjonen som forårsaker hjelpebehovet. Som eksempler på slik bruker- og pårørendeopplæring nevner høringsnotatet oppbygging av Lærings- og mestringssenheter og ambulerende team.

Selv om dagens Sosialtjenestelov § 4-2 bokstav a) jfr § 4-3 beskriver retten til praktisk bistand og opplæring for de med særlige hjelpebehov, mener Lenvik kommune at det nye forslaget innebærer en ny plikt for kommunene.

Både fordi de nevnte tjenester – lærings- og mestringssenhet og ambulerende team – må tolkes å gå utover dagens avgrensning (som er opplæring i dagliglivets praktiske gjøremål) og langt inn i helsetjenestens informasjons- og opplæringsarbeid, ift mestring av egen sykdom, medisiner og egenbehandling.

Det har etter vår erfaring ikke vært vanlig praksis å drive systematisk og grupperetta virksomhet, slik som organiserte lærings- og mestringstjenester og arbeid gjennom ambulerende team, med hjemmel i sosialtjenestelovens kapittel 4.

Uavhengig av hjemmel, vil lærings- og mestringsenheter og ambulerende team innebære to nye måter å yte tjenester på, for de aller fleste kommuner. Dette vil igjen utløse behov for kompetanse og ressurser, som kommunene i dag ikke har. Lenvik kommune ser her behovet for en nasjonalt organisert satsing på oppbygging av kommunale eller interkommunale lærings- og mestringsenheter, med etableringsstøtte både på økonomisk, organisatorisk og pedagogisk nivå. Her vil det være svært viktig at kommunene får nytte godt av de erfaringer som spesialisthelsetjenesten har gjort gjennom sitt ansvar for bruker- og pårørendeopplæring, blant annet gjennom Nasjonalt Kompetansesenter for Lærings- og mestringscenter (LMS). Det vil også være viktig at spesialisthelsetjenesten ikke bygger ned sine LMS-tilbud, men at kommunale eller interkommunale lærings- og mestringsenheter kan supplere og utfylle tilbudet i spesialisthelsetjenesten, der hvor det er hensiktsmessig og forsvarlig.

Oppsummert: Lenvik kommune mener at lovforslagets § 3-6 innebærer en ny plikt for kommunene knyttet til systematisk og gruppebasert pasient-, bruker- og pårørendeopplæring. Kommunen støtter en slik satsing, forutsatt at den følges tilstrekkelig opp, økonomisk og kompetansemessig, fra sentralt hold.

5. Individuell plan, koordinerende enhet og pasientkoordinator

Lenvik kommune stiller seg positiv til at regler knyttet til individuell plan, koordinerende enhet og pasientkoordinator blir presisert og festet i lov i stedet for i forskrift. Departementet har på dette området bedt om tilbakemelding på en rekke konkrete punkter som følger herunder:

- Bør hovedansvaret for IP ligge hos kommunene i de tilfeller hvor en person har behov for tjenester både fra kommune og spesialisthelsetjenesten?
Lenvik kommune mener at det er viktig at ansvaret for IP plasseres på ett nivå, for å unngå at ansvars plasseringen blir uklar. Kommunens nærhet til bruker/pasient og bredden i kommunens tjenestetilbud tilsier at kommunen i de aller fleste tilfeller vil være best egnet til å igangsette og koordinere arbeidet med IP. Spesialisthelsetjenestens medvirkningsansvar og varslingsplikt vil være avgjørende. Det samme gjelder lovfestingen av medvirkningsplikten for helsepersonell og personell som yter tjenester etter den nye helse- og omsorgsloven.
- Vil det være pasienter som bare har behov for tjenester fra spesialisthelsetjenesten og som spesialisthelsetjenesten dermed har IP- ansvar for?
Lenvik kommune anser at dette kan være aktuelt i enkelte tilfeller hvor pasienter har liten eller ingen befatning med kommunale tjenester, eksempelvis at vedkommende bare har fastlege i kommunen, men for øvrig mottar alle sine tjenester fra spesialisthelsetjenesten.

Sagt med andre ord: Det vil være både uhensiktsmessig og vanskelig for kommunen å initiere og følge opp en IP for en pasient som de ikke kjenner. Grensegangene må uansett være tydelige nok, slik at vi ikke faller tilbake på dagens mulighet for ansvarsfraskrivelse fra begge nivå.

- Er begrepet *langvarig* en nødvendig presisering i kriteriet ”*behov for langvarige og koordinerte tjenester*”, som er vilkåret knyttet til individuell plan og koordinator?

Lenvik kommune mener at begrepet langvarig ikke er avgjørende – det er behovet for koordinering av ulike tjenester som utløser behovet for IP og koordinator, uavhengig av varigheten på tilstanden, sykdommen eller funksjonshemmingen.

Lenvik kommune vil presisere at vi også under dette punktet er uenige i departementets vurderinger av administrative og økonomiske konsekvenser. Endringene som foreslås innebærer en sterkere rettighetsfesting av IP, og en utvidelse av koordinatorfunksjonen. Ansvarsplasseringen på kommunen vil innebære at mye av det arbeidet som spesialisthelsetjenesten tidligere har gjort på IP-området, nå vil tilfalle kommunen.

Samlet vil dette resultere i et større behov for tid og ressurser avsatt til kommunalt arbeid med IP og koordinators oppfølging av den enkelte bruker/pårørende, og samordning av det aktuelle tjenestetilbud. Lenvik kommune ser med bekymring på framdriften her, dersom departementet ikke ser at dette arbeidet vil kreve ekstra ressurser.

Oppsummert: Lenvik kommune stiller seg bak de endringsforslag som departementet kommer med knyttet til individuell plan, koordinerende enhet og pasientkoordinator. Kommunen vil imidlertid påpeke at den foreslåtte ansvarsplasseringen på kommunalt nivå vil kreve ekstra ressurser og økt kompetanse.

6. Opprettelse av kommunale akuttsenger

Departementet ber om tilbakemelding på om døgnopphold for helse- og omsorgstjenester ved øyeblikkelig hjelp, skal lovfestes.

Lenvik kommune er av den oppfatning at samhandlingsreformen vil kreve opprettelse av flere typer kommunale eller interkommunale sengeplasser. Herunder akuttsenger, senger til rehabilitering og etterbehandling, og senger til palliativ behandling. I tillegg kommer plasser til poliklinisk behandling på dagtid, eks. cytostatikabehandling. Ved å lovfeste kommunale øyeblikkelige hjelp-senger uten at disse fullfinansieres av staten, reduserer man kommunenes mulighet til å prioritere hvilken type sengepost som er viktigst å starte opp med, i et lokalt perspektiv. I et tenkt scenario hvor kommunalt finansieringsansvar for utskrivningsklare pasienter trer i kraft ved årsskiftet, vil mange kommuner muligens ønske å prioritere senger til etterbehandling og rehabilitering.

Et argument imot en lovfesting av akuttsenger, er departementets ulne og uklare framstilling av økonomiske og administrative konsekvenser av forslaget.

Her sies det blant annet at et slikt tilbud skal finansieres delvis gjennom kommunal medfinansiering, delvis gjennom kommunens frie inntekter og delvis gjennom avtalebaserte bidrag fra spesialisthelsetjenesten. Hvis man tar høyde for at den kommunale medfinansieringen utgjør cirka en femtedel av kostnadene og merker seg departementets presisering av at beslutningsmyndighet for investeringer finansiert av helseforetakene fortsatt skal ligge hos helseforetaket, blir det hele et svært så usikkert finansieringsbilde for kommunene. Denne usikkerheten må ryddes av veien for å komme videre.

På den annen side vil etablering av kommunale akuttsenger kunne være en faktor som bidrar til økt kompetanse i kommunehelsetjenesten, spesielt innen legevaktjenesten. Kommunale akuttsenger vil kun være aktuelt for noen av de akutte tilfellene som trenger hospitalisering. Kompliserte tilfeller vil alltid måtte sendes til det nivå i helsetjenesten som innehar adekvat kompetanse og ressurser for å håndtere situasjonen på en god måte.

Oppsummert: Lenvik kommune støtter en lovfesting av døgnopphold for helse- og omsorgstjenester ved øyeblikkelig hjelp for nærmere definerte pasientgrupper, under forutsetning av at kommunen tilføres tilstrekkelige økonomiske ressurser til både investering og drift. Det må etableres gjensidig forpliktende avtaler for kompetanseoverføring mellom sykehus og kommunen.

7. Kompetanse, rekruttering og stabilitet

Lenvik kommune registrerer at høringsnotatet inneholder en analyse av situasjonen; vi vet hvilken økning vi trenger i helse- og omsorgspersonell, vi vet at fagområder som psykiatri, geriatri og samfunnsmedisin må styrkes, vi vet at ressurser, forskning og kompetanse i for stor grad er rettet mot spesialisthelsetjenesten og vi vet at samhandlingen mellom kommuner og utdanningsinstitusjoner er for dårlig. Men tiltakene for å få folk til å velge riktig utdanning, riktig fagområde og riktig nivå som arbeidsplass, er mer diffuse.

Regjeringen har hastverk med gjennomføringen av reformen, men på utdannings- og kompetansesiden er farten og progresjonen betydelig lavere.

Departementet viser blant annet her til at man avventer den kommende stortingsmelding om velferdsutdanningene, som er under utarbeidelse. Det er vårt inntrykk at både kunnskapsminister, forsknings- og høyere utdanningsminister og arbeidsminister har vært svært lite synlig og deltagende i reformarbeidet.

Dette svekker troverdigheten til Regjeringen ift. gjennomføringsevne. En vellykket innføring av reformen er fundamentalt avhengig av at kompetanse og personell, forskning og status kanaliseres til kommunene.

Med dette som bakgrunn mener Lenvik kommune at Helse- og omsorgsdepartementet har vært konservativ i sine forslag til tiltak på kompetansesiden. Dersom man mener alvor med oppbyggingen av kommunehelsetjenesten, må departementet her kunne samarbeide med Kommunal- og regionaldepartementet, Arbeidsdepartementet og Kunnskapsdepartementet for å utforme handlekraftige og konkrete tiltak som har umiddelbar effekt og som berører ikke bare kommuner, men helseforetak, utdannings- og forskningsinstitusjoner og aktuelle kompetansemiljøer.

Punkt nummer en vil måtte være å stoppe den ukontrollerte veksten i personell og ressurser i spesialisthelsetjenesten, hvilket ingen synes å tørre.

Punkt nummer to vil måtte være å snu pengestrømmen og flomlyset over på primærhelsetjenesten. Og ikke via et såkalt kvalitetssikrende ledd, men direkte ut. Et godt eksempel her er desentraliserte utdanningstilbud – her må pengestrømmen gå direkte til de desentraliserte utdanningsaktørene eller til kommunene, og ikke via sentrale utdanningsinstitusjoner som skal oppfylle krav om en utadretta virksomhet, hvor halvparten av ressursene forsvinner på veien. Ressurser som er ment å styrke kompetanseoppbygging, forsknings – og utviklingsarbeid i kommunene på mer spesialiserte områder, må gå direkte til kommunene og ikke via helseforetakene.

Kommunene kan ikke bare velge å bli en attraktiv arbeidsplass, en utviklende læringsarena og en kvalifisert forskningspartner – de må rustes og istandsettes til dette. Helseforetak, utdannings- og forskningsinstitusjoner må ikke bare oppfordres, men pålegges å delta aktivt i denne opprustingen.

Tiltakene må være konkrete og umiddelbare. I utdanningene må en del valgfrihet fjernes; dersom vi trenger flere allmennleger og psykologer og geriater, må det være slik at utdannings- og arbeidsmuligheter for de leger og legespesialiteter vi ikke trenger like sterkt, må fjernes eller begrenses sterkt i en periode.

Det kan heller ikke være slik at utdanningsinstitusjonene, i samarbeid med sin alliansepartner spesialisthelsetjenesten, skal styre hastigheten på de nødvendige omlegginger av medisins- og helseutdanningene. For her må det legges om, slik at helsepersonellet som utdannes i årene framover, bokstavelig talt kanaliseres direkte inn i primærhelsetjenesten etter endt utdanning. En primærhelsetjeneste som kan måle seg med spesialisthelsetjenesten, både når det gjelder lønns- og arbeidsvilkår, forskning og kompetanseutvikling og dermed etter hvert også status.

Lenvik kommune vil også påpeke at distriktsutfordringen ikke er/synes å være tatt på alvor i høringsnotatet. Regjeringen må tørre å innføre reelle virkemiddelordninger for helsepersonell i distriktene, de må positivt diskrimineres med tiltak, både når de søker på utdanning, mens de er under utdanning og når de kommer i aktiv jobb. Det er ikke bare at konkurransesituasjonen er skjev, det er faktisk også ekstra utfordringer forbundet med det å utøve helse- og omsorgstjenester i distriktene, med lang avstand til sykehus, utfordrende geografi og kommunikasjonsmuligheter.

For mange små og mellomstore kommuner vil det være en nødvendighet å samarbeide regionalt om kompetanseoppbygging og rekruttering. I vår region har dette gitt seg utslag i etableringen av LØKTA, som er en interkommunal enhet for kompetanse- og kvalitetsutvikling i helse- og sosialtjenestene. Selv om etableringen har vært meget vellykket og konkret har ført til større fokus, aktivitet og framdrift på området, så er det slik at vi savner en sentral stimulering til denne formen for samarbeid. Etter vår mening vil regionalt samarbeid på kompetanse- og rekrutteringsfeltet være avgjørende for kommunenes muligheter til å fylle den nye kommunerollen som Samhandlingsreformen beskriver.

Oppsummert: Lenvik kommune mener Regjeringens forslag til tiltak på kompetanse og personellsiden mangler kraft og fart. Opprustingen av primærhelsetjenesten må bli et felles prosjekt for kommuner, helseforetak, forsknings- og utdanningsinstitusjoner, og må inneholde svært konkrete og målretta tiltak som gjerne kan være mye mer kontroversielle enn den forsiktige dialogen som i dag føres mellom partene. Det må innføres virkemiddelordninger for helsepersonell i distriktene.

8. Legetjenesten

8.1 Kommunelegefunksjonen

Lenvik kommune registrerer at de krav som stilles til kommunen knyttet til det å tilsette en kommunelege med ansvar for nærmere bestemte oppgaver, opprettholdes med kun små justeringer. Vår erfaring de senere år er at kommunene har store problemer med å rekruttere samfunnsmedisinsk kompetanse og/eller leger som ønsker å ta på seg samfunnsmedisinske oppgaver.

Vårt inntrykk er at dette er en utvikling som man ikke ser noen umiddelbar løsning på, verken fra kommunenes side eller fra de respektive fagmiljøenes side. Samtidig ser vi at samfunnsmedisinsk kompetanse blir aktualisert og etterspurt gjennom innføringen av samhandlingsreformen, både i forbindelse med behovet for å skaffe seg oversikt over helsetilstanden i kommunen, analysere situasjonen og planlegge tiltak, men også i forbindelse med en sterkere styring av fastleger og en større grad av samhandling og forhandlinger med helseforetak.

Lenvik kommune ser det som svært ønskelig å kunne tilsette leger, gjerne med samfunnsmedisinsk kompetanse, til å løse både de tradisjonelle samfunnsmedisinske oppgavene, og til å lede styringsdialogen med både fastleger, øvrig helsepersonell og helseforetak. Men når rekrutteringssituasjonen er slik den er – og har vært gjennom de siste 15 år – mener vi det blir feil å videreføre gjeldende rett på området, når praksisen går i en annen retning.

Det finnes annet personell enn en fast ansatt kommunelege som kan være viktige premissleverandører for kommunal planlegging, som kan utvikle gode styringsdata om sykdomsforekomst og udekkede helsebehov i befolkningen. Som kan bringe kunnskap om helseforhold inn i budsjettarbeidet, som kan drive et proaktivt smittevernarbeid, som kan måle, teste og gi råd innenfor miljørettet helsevernarbeid osv. osv.

Lenvik kommune mener det er på tide å løse kommunelegen fra flere av de tradisjonelle samfunnsmedisinske oppgavene, for på den måten å øke kommunenes muligheter for å få disse oppgavene gjennomført. Vi ønsker en åpning for at eksempelvis fastleger, helsesøstre, veterinærer, fysioterapeuter og andre med kompetanse innen helse, folkehelse og samfunnsmedisin, i et samarbeid skal kunne løse oppgaver som i dag ligger til kommunelegen. Vi ønsker også at andre faggrupper enn leger skal stimuleres til å ta videre- og etterutdanning innenfor de samfunnsmedisinske feltene. Mulighetene for å inngå avtale med private eller samarbeide med andre kommuner, helseforetak e.l må også være tilstede. De samfunnsmedisinske oppgavene bør derfor, som de øvrige oppgavene inne helse og omsorgstjenesten, hjemles i den nye loven på en måte som beskriver hvilke funksjoner og oppgaver som skal utføres og dekkes, uten et medfølgende krav om organisering og profesjon.

Av samme grunn er Lenvik kommune tilfreds med at departementet foreslår å fjerne kravet om at kommunelegens tilråding og begrunnelse alltid skal følge saker knyttet til miljørettet helsevern, smittevern og beredskap. Forvaltningslovens krav om at saken skal være så godt opplyst som mulig er tilstrekkelig og det kan i enkelte tilfeller tilsi at det er annet helsepersonell enn kommunelegen som er naturlig tilrådningspartner i saken.

Oppsummert: Lenvik kommune ønsker ikke å videreføre gjeldende rett knyttet til krav om ansettelse av kommunelege med ansvar for særlige funksjoner. De samfunnsmedisinske oppgaver og funksjoner bør i loven beskrives på samme måte som øvrige oppgaver innen den kommunale helse- og omsorgstjeneste, uten medfølgende krav til organisering og profesjon.

8.2 Endringer i fastlegeordningen

Lenvik kommune imøteser høring på forslag til ny fastlegeforskrift. Kommunen er enig i departementets vurderinger av behovet for endringer, herunder:

- Å samle de mest sentrale rettigheter og plikter på forskriftsnivå, og ikke i avtaleverk
- Å tydeliggjøre hva som ligger i listeansvaret
- Å sikre kommunal styring av fastlegene i tråd med helsepolitiske krav og prioriteringer
- Å utvikle nasjonale kvalitets- og funksjonskrav til fastlegevirksomhet

- Å utvide og endre begrepet ”andre allmennmedisinske offentlige oppgaver” til ”andre allmennlegeoppgaver i kommunen”

Den kommunale påleggshjemmelen for allmennmedisinsk offentlig legearbeid er i dag 7,5 timer, og departementet foreslår i høringsnotatet at denne ikke skal økes, med begrunnelse i at prioriterte oppgaver i sterkere grad forventes ivaretatt innenfor listeansvaret.

Lenvik kommune er ikke betrygget av at så vil skje og mener at en økning i påleggshjemmelen vil kunne gi kommunene et større handlingsrom når behovet for andre allmennlegetjenester utenfor listeansvaret øker, i tråd med utviklingen av den nye kommunerollen.

Når det gjelder endringer i finansieringsmodell og takstsystem for fastleger, mener vi det er legitimt å gjennomgå dette med henblikk på å stimulere prioriterte oppgaver, slik som eksempelvis forebygging. Leger responderer godt på finansielle styringsvirkemidler.

En utredning av en eventuell overgang til 50% stykkpris og 50% pr capita kan således være hensiktsmessig. Det anses videre som svært velkomment at departementet i samme omgang vil vurdere kommunens muligheter for belønning og sanksjonering av fastleger.

Kommunale sanksjonsmuligheter overfor fastleger som ikke overholder kvalitets- og funksjonskrav, er i dag svært begrenset. Dette er nødvendig å få på plass, dersom det er realisme bak intensjonen om en sterkere kommunal styring av fastlegenes virksomhet.

Oppsummert: Lenvik kommune imøteser høring på ny fastlegeforskrift. Vi er ikke enig i departementets vurderinger rundt den kommunale påleggshjemmelen for allmennmedisinsk offentlig legearbeid, og ønsker at denne økes i takt med kommunens nye oppgaver knyttet til samhandlingsreformen.

Lenvik kommune etterlyser en større bredde i kommunens sanksjonsmuligheter overfor fastleger som ikke overholder kvalitets- og funksjonskrav eller lokale avtaler.

9. Klage - og tilsynsmyndighet

Lenvik kommune ser klare fordeler med Fylkesmannen som klage- og tilsynsinstans, ikke minst i forhold til at innbyggere og tjenestemottakere i kommunen får en felles klageinstans å forholde seg til, enten det gjelder kommunal opplæring, barnevern, helse, sosial, miljø eller annet.

Det at Fylkesmannen derfor også er en tilsynsinstans som bør evne og se helheten i det kommunale tjenestetilbudet, fra økonomi til utøvelse av helsetjenester, er også en fordel som taler for en slik ordning.

Vi mener imidlertid at i valget mellom Fylkesmannen og Helsetilsynet i fylket, bør hensynet til den forventede økte samhandlingen mellom primærhelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste vektlegges meget sterkt.

Grensegangene mellom nivåene i helseforvaltningen er i dag gjenstand for konflikt, og det er av vesentlig betydning at situasjonen ikke forverres ved at aktørene har ulik klage- og tilsynsmyndighet.

Det er viktig at begreper som kvalitet og forsvarlig helsehjelp har samme betydning, og befinner seg innenfor en felles ramme, enten de praktiseres i kommunen eller på sykehus.

Lenvik kommune ser for øvrig ingen betenkeligheter med å overføre tilsynet med de kommunale helsetjenestene til Fylkesmannen, og deler ikke departementets bekymring for at en slik overføring vil svekke tilsynets faglige autoritet, og påvirke rekrutteringen av kompetent personell. I et kommunalt perspektiv, er det de samme folkene som bekler stillingene hos Fylkesmannen og Helsetilsynet.

Oppsummert: Lenvik kommune ser klare fordeler med Fylkesmannen som klage- og tilsynsinstans, men dersom Helsetilsynet i fylket fortsatt skal føre tilsyn med spesialisthelsetjenesten, ønsker vi Helsetilsynet i fylket som felles regional klage- og tilsynsinstans for de kommunale helse- og omsorgstjenestene, med Statens helsetilsyn som overordnet faglig instruksjonsmyndighet. Dette av hensyn til samordning og samhandling mellom forvaltningsnivåene i helsetjenesten.

10. Avtaler mellom helseforetak og kommuner

Lenvik kommune har problemer med å se hvordan en lovfesting av krav til avtaler mellom kommuner og helseforetak skal kunne utjamne status- og likevektsforskjellene mellom nivåene, til tross for oppramsing av minstekrav til innhold i avtalene.

Vi savner reelle tiltak som kan føre til at spesialisthelsetjenesten ser – eller blir tvunget til å se - hensiktsmessigheten i å investere tid, samarbeidsvilje, forskning, kompetanse og ressurser i oppbyggingen/opprusting av primærhelsetjenesten.

Et eksempel i så måte var prinsippet bak den foreslåtte samhandlingsmilliarden som Wisløff- utvalget i sin tid foreslo. Dersom alle nye investerings- og stimuleringsmidler knyttet til samhandlingsreformen, kunne kanaliseres via primærhelsetjenesten, ville kommunene straks bli en mer reell og interessant samhandlings- og avtalepartner for helseforetakene.

I dag er situasjonen motsatt, hvor majoriteten av kompetanse-, forsknings- og utviklingsmidler kanaliseres via de sentrale utdanningsinstitusjonene og helseforetakene. Dette gjelder også midler hvor målgruppa befinner seg i primærhelsetjenesten.

For øvrig vil vi slutte oss til bekymringen fra KS og andre kommuner omkring uklarhetene rundt den rettslige bindingen til avtaler mellom kommuner og helseforetak. Seriøsiteten og innsatsviljen til avtalepartene vil forbli på et dertil hørende nivå, dersom disse avtalene ikke blir stadfestet som rettslig bindende med et formalisert og nasjonalt basert system for løsning av konflikt og mislighold.

Vi ser i dag klare forskjeller mellom hvordan samarbeidet mellom helseforetak og kommuner fungerer i forskjellige regioner i landet. Forskjellene manifesterer seg både innenfor avtaler om økonomi, om samarbeid og om kompetanseutveksling. Disse forskjellene bør rettes opp, slik at vi kan få på plass et felles grunnlag for samarbeid mellom helseforetak og kommunene, uavhengig av hvor i landet vi befinner oss.

Oppsummert: Lenvik kommune mener at tiltroen til et uhilda og likeverdig avtalebasert samarbeid mellom kommuner og helseforetak er for sterk. Statusforskjellene mellom avtalepartene er svært stor, og uten at dette kompenseres med styrkende tiltak eller en forfordeling av primærhelse-tjenesten på kompetanse- og økonomisiden, vil avtalene ikke få den ønskede effekt. Det bør etableres nasjonale retningslinjer som sikrer at samarbeid mellom kommuner og helseforetak kan foregå på samme premisser uavhengig av region.

11. Samarbeid mellom kommuner

Den nye loven legger ikke opp til noen endringer ift hvilke samarbeidsløsninger som er tillatt mellom kommuner. Fra departementets side fokuseres det sterkt på samkommuneløsninger og vertskommunemodellen.

Lenvik kommune vil gjerne få melde at Regjeringens satsing knytta til samhandlingsreformen mangler stimuli og insentiver for samarbeid mellom kommuner, til tross for at regionalt eller interkommunalt samarbeid i de aller fleste regioner vil være en forutsetning for realiseringa av reformens nye kommunerolle.

Lenvik kommune anbefaler at dette hensynet ivaretas i den videre utforminga av reformens finansielle virkemidler, slik at eksempelvis investeringsmidler knytta til tjenester som fordrer et stort befolkningsgrunnlag, prioriteres til kommuner som kan dokumentere et formalisert og forpliktende kommunesamarbeid, og øremerkes til dette formål.

Å etablere interkommunalt samarbeid kan noen ganger være utfordrende, og når det gjelder helsetjenester som åpenbart forutsetter et større regionalt samarbeid, er det innlysende at dersom samarbeidende kommuner blir premiært, vil dette virke stimulerende på utviklingen.

Oppsummert: Samarbeid mellom kommuner er en forutsetning for realiseringa av samhandlingsreformen og må stimuleres økonomisk.

12. Mangler ved lovforslaget: Vilkårsetting og forholdet til arbeidsmiljøloven

Lenvik kommune kan ikke finne noe i høringsnotatet omkring den nye helse- og omsorgslovens forhold til Arbeidsmiljøloven og adgangen til å fastsette vilkår som pålegger tjenestemottakeren plikter. Som eksempel kan nevnes vilkår som krav om å anskaffe eller tillate installasjon av teknisk utstyr eller hjelpemidler i eget hjem, eller krav om å ta ansvar for deler av egen pleie eller gjennomføre trenings- eller opplæringsprogram. Dette anser vi som en vesentlig mangel ved lovforslaget.

Adgangen til vilkårsetting ble blant annet drøftet av Bernt-utvalget i NOU 2004:18. Med bakgrunn i en uoversiktlig rettstilstand på området, ble det her lagt fram et forslag til en bestemmelse som på generelt grunnlag sammenfattet grunnlaget for og begrensningene i adgangen til å stille vilkår ved tildeling av helse- og sosialtjenester.

Problematikken er fortsatt aktuell. Lenvik kommune ser også faren for en økning i konfliktnivået mellom Arbeidsmiljøloven og hensynet til de ansatte på den ene siden, og brukernes krav til nye og utradisjonelle måter å motta helse- og omsorgstjenester på, på den andre siden. Dette i forbindelse med innføringen av et kommunalt "sørge for" ansvar, som sannsynligvis vil bidra til en større bredde og fleksibilitet i organiseringen av den kommunale helse- og omsorgstjenesten, men som dermed også kan skape potensielle utfordringer knytta til det ansvar kommunen har som tilretteleggende arbeidsgiver for helse- og omsorgspersonell.

Oppsummert: Lenvik kommune etterlyser bestemmelser som regulerer den nye lovens forhold til Arbeidsmiljøloven, og en regulering av mulighetene for å stille vilkår ved tildeling av kommunale helse- og omsorgstjenester.

Med hilsen

Martin Ness
Ordfører

Margrethe Hagerupsen
Rådmann

Kopi til: