



**MODUM
KOMMUNE**
RÅDMANNSKONTORET

Vikersund, 18.01.2011

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep

0030 OSLO

Arkivsnr.	Arkivkode	Avd/Sek/Saksb	Tlf. saksbeh	Deres ref.	Deres dato
11/4	030 & 13	RDM/RDM/HF	32 78 93 10		18.01.2011

MELDING OM VEDTAK

**HØRING - FORSLAG TIL NY LOV OM KOMMUNALE HELSE- OG
OMSORGSTJENESTER**

FORMANNSKAPET behandlet i møte 17.01.2011 sak 5/11. Følgende vedtak ble fattet:

Modum kommune avgir høringsuttalelse til lov om kommunale helse- og omsorgstjenester slik det fremkommer i vedlegg 1 med følgende tilføyelser:

1. Samhandlingsreformen må være reelt fullfinansiert.
2. Modum kommune vil framfor alt peke på at den viktige reformen med omfordeling av ansvar for helse- og omsorg ikke blir underfinansiert fra Statens side.
3. I tillegg til de øvrige punktene i forslaget til vedtak vil kommunen henlede oppmerksomheten på at det har gjort seg gjeldende en viss engstelse hos pasientorganisasjonene og ulike organisasjoner for funksjonshemmede om at en del pasient- og brukerrettigheter kan bli svekka når kommunene overtar en del av ansvaret fra Staten. Disse rettighetene må gå tydelig fra, av lov og vedtekter.

MODUM FORMANNSKAPSKONTOR

Gro Asbjørnhus
formannskapssekretær

Gjenpart:
Helse- og sosialsektoren

Vedlegg 1

Høringsuttalelse fra Modum kommune – Utkast til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester

Lovforslaget gir muligheter for en styrket, likeverdig og bedre koordinert helsetjeneste. Det vil være arbeidet med den videre utformingen av virkemidler som vil være avgjørende i hvilken grad Samhandlingsreformen blir vellykket sett i forhold til de målene som er fastsatt. I det videre arbeidet må kommunene tas aktivt med.

I det følgende vil ulike elementer i lovforslaget kommenteres.

Formål, virkeområde og definisjoner (kap. 1)

Lovutkastets definisjon av kvalitet, § 1 – 3 e, synes lite konkret. Her bør man heller benytte kjente formuleringer som de som finnes i ISO 9000:2000 hvor tjenester skal være

- Virkningsfulle
- Trygge og sikre
- Involvere brukere og gir dem innflytelse
- Samordnet og preget av kontinuitet
- Utnytter ressursene på en god måte
- Er tilgjengelige og rettferdig fordelt

Kommunenes ansvar (kap. 3)

Verken i lov eller i høringsnotatet er rolle og ansvarsfordelingen mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten tydelig nok beskrevet. Det erkjennes at den medisinskfaglige utviklingen og til dels lokale forhold medfører at denne rolle- og ansvarsfordelingen ikke kan være statisk eller rigid, og vil være under kontinuerlig utvikling. Allikevel må det være en større grad av tydeliggjøring av ansvar og roller før en ny finansieringsordning iverksettes. Dette må gjøres av statlige og kommunale myndigheter i felleskap. Det bør vurderes å opprette et nasjonalt uavhengig tvisteorgan som kan vurdere ansvar og rollefordeling ved prinsipiell uenighet mellom kommunale og statlige myndigheter. Organet bør ha beslutningsmyndighet.

Det er vanskelig å måle effekten av helsefremmende og forebyggende arbeid. Derfor vil det være nødvendig, i dialog med kommunene, å komme frem til kriterier for å måle helsefremmende og forebyggende arbeid. Prinsipper for dette bør innarbeides i folkehelseloven.

Det forutsettes at dersom det lovfestes at kommunen skal sørge for tilbud på døgnbasis til pasienter med behov for umiddelbar helsehjelp (§3-5) vil en slik lovfesting bli supplert med en bestemmelse om at kommunen vil kunne oppfylle plikten ved å inngå avtale med andre kommuner eller helseforetak. Et døgnkontinuerlig øyeblikkelig-hjelp tilbud vil være avhengig av fysiske fasiliteter, kompetanse og økonomi. En lovmessig plikt for kommunene vil sette enkelte kommuner i en umulig situasjon, samt at "halvveis løsninger" vil kunne sette brukers liv og helse i fare. En lovmessig plikt vil kreve at staten fullfinansierer kostnadene knyttet til et slikt tilbud.

Det skal alltid være en konkret vurdering av den enkelte pasients lidelse og behov som skal være avgjørende for helsehjelpen som gis.

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.

Kommunene har store utfordringer i forhold til å klare å gi et kvalitativt godt nok tilbud til mennesker med psykiske lidelser og til rusavhengige. Hovedårsaken til dette ligger i knappe økonomiske rammer. Til tross for opptrappingsplaner vil kommunene ha behov for ytterligere styrking av rammene for å imøtekomme forventningene som ligger i samhandlingsreformen.

Heldøgntjenester i eget hjem har vært økende de siste årene. Dette gir kommunene store utfordringer både kompetansemessig, personellmessig og økonomisk. Det bør vurderes å klargjøre i forskrift hvilke forutsetninger som må være til stede for at en person skal ha rett til heldøgntjeneste i eget hjem.

Et av virkemidlene i Samhandlingsreformen har vært en sterkere styring av fastlegene. I loven er det ikke foreslått endringer i ordningen. Styrking av fastlegeordningen i kommunene må skje ved økning i antall fastleger, og ved styrket og systematiske krav til kvalitet. Det er behov for en revidert forskrift om fastlegeordningen. Blant annet er det behov for å vurdere kommunenes styring av offentlig allmennmedisinsk arbeid og hvilke nye oppgaver fastlegene forventes å ivareta som følge av reformen. I forskriftene bør kommunens adgang til sanksjoner ovenfor fastleger som ikke følger avtale eller vedtatte overordnede føringer vurderes. Kommunene og representanter for fastlegene må aktivt involveres og delta i utarbeidelsen av nye forskrifter (§ 3-2).

Økt kommunalt finansieringsansvar for fastlegeordningen støttes ikke, da en ikke klarer å se hensikten med en slik endring. Endring i hvem som betaler hva i fastlegeordningen har ingen innvirkning på den påvirkning kommuner har på selve legetjenesten.

Takstsystemet for fastlegene bør endres, og det bør oppmuntres til økt samhandling med kommunens helse- og sosialtjenester i planlegging, enkeltsaker og veiledning som ikke er kurativ virksomhet.

Forsvarlighet, pasientsikkerhet og kvalitet (kap. 4)

Det er positivt at ansvar for kvalitet og pasientsikkerhet er tydelig i lovteksten (§ 4-2).

Når det gjelder kvalitetsdefinisjoner er det viktig å ha definisjoner som kan måles, enten objektivt eller subjektivt.

Særlige plikter og oppgaver (kap. 5)

Det er viktig og riktig at kommunelegens rolle som medisinsk faglig rådgiver i kommunen er fastslått i lovs form (§ 5-5). Denne funksjonen må styrkes i framtiden. Loven bør inneholde en åpning for at kommuner kan samarbeide om funksjonen som kommunelege.

§ 5-4 omtaler krav om politiattest for ansatte som skal arbeide med barn og utviklingshemmede. Her bør en også ta med personer med kognitiv svikt (eksempel demente), da denne gruppen også ansees å være særlig sårbar og utsatt.

Samarbeid mellom kommuner og regionale helseforetak (kap. 6)

I høringsnotatet vektlegger departementet ikke ubetydelige stordriftsfordeler ved at kommuner samarbeider om å løse oppgaver innenfor helse- og omsorgstjenesten. Denne vurderingen deles i hovedsak, men stordriftsulempene er for lite vektlagt.

Samarbeid kommuner i mellom må baseres på frivillighet. Modum kommune ser bestemmelsen om at departementet skal kunne påby samarbeid mellom kommuner når det finnes påkrevet (§6-7), som en svært snever unntaksregel. En slik bestemmelse strider mot det kommunale selvstyret. Den enkelte kommune vil best være i stand til å vurdere hvordan den skal levere gode helse- og omsorgstjenester til sine innbyggere.

Høringsnotatet beskriver allerede kjente samarbeidsmodeller. Imidlertid er Kommune helsesamarbeidet Vestre Viken, et samarbeid mellom 26 kommuner i sykehusområdet til Vestre Viken HF, et godt eksempel på hvordan kommuner kan anse et samarbeid som hensiktsmessig.

Modum kommunes vurdering er at det enkelte helseforetak bør ha ansvaret for at det etableres samarbeidsavtaler med kommunen, ikke de regionale helseforetakene. Dette er vesentlig for å sikre mest mulig likeverdighet mellom avtalepartene.

I de tilfelle der kommunene avtaler at de deler gjennomføringen av oppgavene seg i mellom, bør det være bestemmelsene i kommunelovens kapittel 5 (Interkommunalt samarbeid), eller lov om interkommunale selskaper som bør legges til grunn for samarbeidet.

Det kan også være behov for at kommunene eller et kommunesamarbeid etablerer egne juridiske enheter, for eksempel for å dekke grensesnittet mellom spesialisthelsetjenestens akuttmedisinske arbeid og kommunenes legevaksarbeid. I og med at den eneste selskapsform som er aktuell når kommuner og helseforetak sammen skal eie virksomhet som yter kommunal helse- og omsorgstjeneste, er aksjeselskaper, bør lov om interkommunale selskaper endres til også å omfatte helseforetak.

Det bør være anledning til at det lokalt opprettes uavhengig tvisteorgan for å løse tvister mellom kommuner og helseforetak.

I lovforslagets (§ 6-2) fremgår kravene til avtalenes innhold. Her ser man at overskriften sier avtalen "skal omfatte", mens punkt 10. sier at avtalen "bør omfatte". Ved nærmere ettersyn ser det ut til å være flere punkter som bør være "bør"-punkter.

Et av punktene, punkt 3. bør fjernes helt. Grunnen er at det ikke finnes unødvendige innleggelser på sykehus. Det er alltid en grunn til enhver innleggelse. At denne grunnen ikke alltid samsvarer med det sykehuset er bygget og stabet for vil forekomme. Sykehuset er selv alltid ansvarlig for hvilke pasienter som mottas. Pasientens møte med mottagende sykehuslege representerer en "second opinion"-vurdering, og sykehuset er fri til å snu pasienten i døren og unngå unødvendige innleggelser. De øvrige innleggelser er aldri unødvendige.

Som punkter i slike avtaler gjenstår 9 stykker, i renummerert utgave.

Punktene: 1., 2., 4., 5., 8., og 9. bør stå som "skal"-punkter, og nummereres: 1, 2, 3, 4, 5, 6. Punktene: 6, 7, og 10, bør stå som "bør"-punkter og nummereres: 7, 8 og 9.

Individuell plan, koordinator og koordinerende enhet (kap. 7)

Det må være opp til kommunen selv å administrere ansvaret for individuell plan og for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet.

Undervisning, praktisk opplæring og utdanning (kap. 8)

Den bebudede utvidelsen av kommunale oppgaver vil kreve økt rekruttering av kvalifisert personell og styrking av kompetanse hos eget personell i kommunene. Samtidig vil de økte kommunale forpliktelsene for utdanningene kreve ressurser i kommunene. Dette gjelder spesielt innenfor veiledet praksis. De store målgruppene av pasienter med sammensatte kroniske lidelser, psykiske lidelser og rusproblematikk vil kreve høy kompetanse. Kommunene må derfor sikre at arbeidstakerne får nødvendig veiledning og opplæring for å mestre disse oppgavene. Dette vil kreve innsats og ressurser fra kommunene som det må tas høyde for.

Spesialisthelsetjenesten har en veiledningsplikt ovenfor kommunehelsetjenesten. For at samhandlingsreformen skal lykkes må spesialisthelsetjenesten ta et større ansvar for veiledning og direkte kompetansebygging i kommunene enn det som hittil har vært gjort. Dette må konkretiseres og tydeliggjøres i det videre arbeidet med samhandlingsreformen.

Forskning på pleie, omsorg og helsetjeneste i kommunene er for svak. Framtidens helsetjeneste i kommunene må styrkes ved vesentlig mer forskningsbasert kunnskap om virkningen av tjenestene. Kommunenes ansvar for forskning må derfor få en tydeligere plass i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester i kommunene, og kommunene må få rammebetingelser for å styrke arbeidet med forskning og fagutvikling på kommunalt nivå. Det foreslås en ny § 8-3 Forskning, som regulerer kommunenes plikt til å medvirke i forskningsarbeid, og plikt til å vurdere forskningssamarbeid gjennom avtaler med andre kommuner, helseforetak og forskningsinstitusjoner.

Rettsikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemning (kap. 9)

Reglene for tvang overfor personer med kognitiv svikt (f.eks demente) må tas inn i ny lov om kommunale helse og omsorgstjenester på lik linje med psykisk utviklingshemmede og rusmisbrukere. Bakgrunnen for dette er at saksbehandlingsreglene, fylkesmannens rolle og gjennomføring for alle disse tre gruppene har mange likhetstrekk.

Økonomiske rammebetingelser

For å kunne bygge opp nye tjenester som beskrevet i Samhandlingsreformen må kommunene ha tilstrekkelig og forutsigbart økonomisk handlingsrom flere år fram i tid. Det innebærer at det i tillegg til overføring av midler for utskrivningsklare pasienter og medfinansiering tas høyde for at innføringen av reformen innebærer tilleggskostnader i form av planlegging, etablering av nye tilbud, IKT utbygging, helseovervåking og kompetansebygging i en overgangsperiode som vil gå over flere år.

For å ivareta nye oppgaver overført fra sykehus til kommuner, må det lages planer for økt kompetanse / spesialisering blant legene i kommunene. Kostnader knyttet til denne kompetansehevingen må dekkes av økte statlige overføringer.

Det konstateres at det gjennom i lovutkastet ikke blir en avklaring om modell for kommunal medfinansiering. Framtidig modell må ivareta en akseptabel risiko for kommunene.

Endret ansvar og finansiering for utskrivningsklare pasienter fra psykisk helsevern og rusbehandling bør ikke innføres fra 1.1.2012. Dette begrunnes i at data for utskrivningsklare pasienter er uklare, bl.a. er "utskrivningsklar-definisjonen", uklar.

Modum kommune vil peke på de betydelige utfordringer som oppholdsprinsippet (§3-1) gir for hyttekommuner og for kommuner som er vertskommune for store institusjoner. Disse kommunene blir ekstra belastet med oppgaver og kostnader der pasienter som ledd i utskrivningen blir bosatt i den kommunen hvor institusjonen ligger. Det er derfor ikke tilstrekkelig at dagens lovfestede refusjonsadgang blir erstattet med adgang for departementet til å gi forskrifter om utgiftsfordeling mellom kommuner når en pasient eller bruker får tjenester fra en annen kommune enn den kommunen der vedkommende er fast bosatt i eller har fast oppholdssted (§11-1). I tillegg pekes det på det inkonsekvente i at denne refusjonsadgangen er videreført til "Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen" § 3.

I og med at egenandelene er en viktig finansieringskilde for kommunene bør departementet starte arbeidet med å erstatte dagens egenbetalingsforskrifter med en helhetlig forskrift for egenbetaling for kommunale helse- og omsorgstjenester.

Lovforslagets § 11-4 innebærer lovfesting om at kommunen har ansvaret for utskrivningsklare pasienter fra dag en og en plikt for kommunen til å inngå samarbeidsavtale med regionalt helseforetak om utskrivningsklare pasienter. Lovforslaget presiserer at departementet i forskrift kan fastsette nærmere bestemmelser om ordningens omfang og innhold, og kriterier for når en pasient er utskrivningsklar og betalingssatser etter første ledd.

Bestemmelsen vil ha stor økonomisk betydning for kommunene. Hvordan denne ordningen utformes vil være avgjørende. Modum kommune vil avvente til det tidspunkt en forskrift om finansiering av utskrivningsklare pasienter sendes ut på høring før det gis en endelig uttalelse her. Det forsettes at ordningen utformes slik at kommunens økonomiske risiko begrenses.

Andre innspill

For at krav til elektronisk dokumentasjon og kommunikasjon vil kunne innføres er det nødvendig at det utarbeides en overordnet beskrivelse av de ulike elementer som må på plass for å kunne kommunisere elektronisk. Den nasjonale infrastrukturen for elektronisk samhandling bør være statlig fullfinansiert for å sikre tilstrekkelig framdrift i etableringen.

Lærings- og mestringstilbud/ frisklivstilbud

Frisklivssentral er nevnt flere steder i lovutkastet som et aktuelt tilbud og bør beskrives nærmere.

Frisklivssentralen er kommunalt lærings- og mestringstilbud med kompetanse på endringsfokusert veiledning samt oppdatert kunnskap og kompetanse fysisk aktivitet, kosthold og tobakk. Omfatter også psykisk helse.

Frisklivssentral er et kunnskapsbasert og evaluert tilbud som møter fremtidens utfordringer knyttet til helseadferd og utjevning av sosiale ulikheter. Tilbudene ved Frisklivssentralen er befolkningsrettede eller de er rettet mot høyrisikogrupper.

Frisklivssentralen er forankret i helsetjenesten og er et av helsetjenestens bidrag inn i det lokale folkehelsearbeidet. Den fungerer for mange som "bro" mellom det å få helsefaglig hjelp og egenmestring/ bruk av frivillige, kommunale og private lavterskeltilbud.

Frisklivstilbud er nevnt som tiltak i forhold til helseadferdsområdene.

Friskliv bør beskrives nærmere i lovutkastet. Friskliv er tilbud som gjør det enklere for flere å ta helsemessig gode valg.

Kvalitet og sikring av at tilbudene treffer målgruppene er avgjørende for å lykkes med å gjøre det *enkler for flere* å ta helsemessig gode valg. Frisklivstilbud tilbys av ulike frivillige, private og kommunale aktører. Etablering av kommunale Frisklivssentraler som kontaktpunkt sikrer kvalitet, bidrar til økt samhandling og økt grad av ressurskopling lokalt, interkommunalt og i forhold til spesialisthelsetjenesten.

Frisklivsresept bør beskrives som et tiltak som omfatter alle helseadferdsområdene.

Frisklivsresept er basistilbud ved Frisklivssentralen. Resepten er et strukturert, tidsbegrenset og kvalitetsikret oppfølgingssystem for personer som ut fra en helsemessig vurdering har behov for å endre adferd knyttet til kjerneområdene fysisk aktivitet, kosthold eller tobakk. Opphenting foregår i primær eller spesialisthelsetjenesten. Deltakerne sluses ut til lokale lavterskeltilbud og egenmestring.

Resepten er ikke et lavterskeltilbud. Den er en del av helsetilbudet i kommunen. Lav egenandel er en forutsetning for å nå målgruppene.

Studier viser at Frisklivssentralen:

- rekrutterer personer fra lave sosioøkonomiske grupper
- tilbudene er godt tilpasset deltakerene
- Resepten gir økt fysisk form, redusert vekt, og økt selvpålevd helse.
- Fremgangen opprettholdes i hovedsak ett år etter resept.

Etablering av Frisklivssentraler vil sikre at det benyttes ressurser på de som trenger det mest. Det er god samfunnsøkonomi.