



Helse- og omsorgsdepartementet
Post boks 8019 Dep
0030 OSLO

Høring – Forslag til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester

Det vises til utsendt grundig dokumentasjon til høring vedr ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. Vedlagt følger høringsuttalelse fra **Norsk helse- og velferdsforum. (NHV)**

Overordna kommentarer

Norsk helse og velferdsforum mener det er riktig og viktig at statlige myndigheter fremmer forslag om en samordnet og helhetlig lovgiving som skal angi noen av rammene for de kommunale helse- og omsorgstjenestene. I mange år har kommunene venta på en harmonisering av ansvar og plikter som kommunene har for å yte innbyggerne de helse- og omsorgstjenestene som er en velferdskommune verdig. Samordnet lovgiving vil legge bedre til rette for utøving av fagskjønn og gjøre det mulig å gi tilstrekkelig helhetlige tjenester til sine innbyggere.

Norsk helse og velferdsforum støtter departementet i at grunnleggende verdier som trygghet, respekt, valgfrihet og medvirkning skal videreføres i den nye loven sammen med de overordnede målsetningene om å redusere sosiale helseforskjeller, og å sikre alle pasient- og brukergrupper lik tilgang til likeverdige og individuelt tilpassede tjenestetilbud av god kvalitet, når de trenger det.

Vår organisasjon ser svært positivt på at lovforslaget er både diagnose- og profesjonsnøytralt, og at helsepersonelloven gjelder for alt personell som yter tjenester etter den nye loven.

NHV ser også at det fremlagte lovforslaget til samordnet helse- og omsorgslov lett kan oppfattes til å være mer en helselov enn en helse- og omsorgslov. Det blir sagt eksplisitt at grensene mellom helsetjenester og omsorgstjenester blir viska ut. Det burde da vist igjen en mer likeverdig vektning av helsetjenestefokus og fokus på pleie og omsorg /sosialfaglige elementer. Vi mener at en vridning mot sterkere helseperspektiv styrker individperspektivet framfor et fokus på sosiale mekanismer som ekskluderer og marginaliserer grupper av mennesker.

Norsk helse og velferdsforum vil 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 saksbehandlings-rutiner/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.

Forslaget til denne nye loven, samt ny lov om folkehelse, indikerer tydelig at kommunene skal få overført oppgaver fra spesialisthelsetjenesten og få ei langt viktigere rolle som tjenesteleverandører innenfor helse- og omsorg enn hva tilfellet har vært så langt. Med mangelfull sikkerhet for finansiering av de nye oppgavene, kan forslaget totalt sett skape utrygghet og motvilje i kommunene både faglig og politisk. Dette kan i sin tur redusere viljen til offensiv satsing for å gjøre samhandlingsreformen til en suksess.

Det er vanskelig å uttrykke seg bestemt om en del viktige prinsipper i høringsutkastet, både vedrørende ansvars- og rollefordeling og økonomi, fordi viktige forutsetninger først blir avklart seinere gjennom forskrifter. Høringsdokumentene skulle helst gitt kommunene tydeligere svar på hvilke oppgaver som staten ønsker å overføre fra spesialisthelsetjenestene til kommunene, samt nye tjenester som det forventes at kommunene skal utvikle, enten alene, i samhandling med andre kommuner og/eller med spesialisthelsetjenestene - og finansiering av disse. Det er derfor viktig at arbeidet med forskrifter blir prioritert.

Kommentarer knyttet til de enkelte kapitlene i lovforslaget til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester:

Kap 1: Formål, virkeområde og definisjoner

NHV mener det er viktig at språk og begrepsapparat understøtter strategiene i Stortingsmelding 47. Vi mener at begrepet ”bruker” er et godt etablert begrep og at det bedre understøtter en aktivitets- og mestringsstrategi enn begrepene ”pasient” og ”tjenestemottaker”. Dessuten har begrepet ”bruker” sin parallellitet i begrepet ”brukarmedvirkning” som også er godt innarbeidet.

Definisjonen på kvalitet i § 1 – 3 synes lite konkret og operasjonell. Her bør en heller benytte kjente formuleringer som de som finnes i ISO 9000:2000 hvor tjenester skal være

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

Kap 2: Forholdet til andre lover

Vedtak:

Forvaltningslovens regler gjøres 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. Dette får betydning for klageretten, og forutsigbarheten for brukere og pasienter reduseres med påfølgende utrygghet på grunnleggende områder. NHV foreslår at det presiseres i lovutkastet at avgjørelser på tjenester opp til to uker omfatter pasienter/brukere der det er overveiende sannsynlig at tjenesten ikke strekker seg utover dette tidsrommet eller at slike korttidsytelser ikke kan ytes flere ganger sammenhengende for å unngå å fatte vedtak. Det forutsettes også at en slik endring ikke vanskeliggjør kommunens registrering av disse tjenestene i IPLOS.

Norsk helse og velferdsforum støtter også departementets forslag om 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.

Tilsyn og klage:

NHV mener at statens myndighet for tilsyn og klagebehandling bør samles i ett statlig organ. Dette bør ligge til fylkesmannen i fylkene. Dette vil hindre uklare roller og en mindre fragmentert stat i møtet mellom staten og kommuner.

NHV vil understreke viktigheten av å presisere pasientrettighetsloven slik at klageinstansen ved prøving av vedtak, skal legge stor vekt på hensynet til det kommunale selvstyret ved prøving av det frie skjønn. Klageinstansen bør kun overprøve kommunale vedtak i forhold til loven, og en svært begrenset adgang til å overprøve kommunens frie skjønn

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, selv om dette kan medføre at det kan gå lengre tid før endelig vedtak fattes.

En opphevelse av pasientrettighetsloven § 7-1 kan gi en mer byråkratisk ordning, ved at loven kan frata brukere og helsepersonell mulighet til å løse eventuelle tvister på lavest mulig nivå.

Kap 3: Kommunens ansvar for helse- og omsorgstjenester

Overordna ansvar

NHV deler departementets syn om at det er nødvendig å ha en ordning som tilgodeser den enkelte hjelpetrengendes behov for å søke hjelp der dette synes mest hensiktsmessig, og unngå at pasientene og brukerne blir kasteballer mellom kommuner, og slutter seg til at loven bør ha oppholdsprinsippet som hovedregel.

Alder som kriterium for hvor man får helsehjelp må fjernes. Det skal alltid være en konkret vurdering av den enkelte pasients lidelse og behov som skal være avgjørende for helsehjelpen som gis.

NHV foreslår at §3-1, siste ledd endres til: Kommunen skal samarbeide kommunalt, fylkeskommunalt, med regionalt helseforetak og stat slik at helse og omsorgstjenesten i landet **oppleves** som en enhet.

Ansvar for helse- og omsorgstjenester:

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.

En kvalitativt god allmennlegetjeneste er en hjørnestein i kommunenes helse- og omsorgstjeneste. Den skal sikre alle innbyggere tilgang på helsetjenester og være den grunnmuren som spesialisthelsetjenesten bygger på. Allmennlegetjenesten er en sentral samarbeidspartner for de øvrige kommunale helse- og omsorgstjenester og inngår i en helhetlig kommunal helse- og omsorgstjenesten. Etter NHVs mening synes de foreslåtte endringene om for eksempel å utarbeide kvalitets- og funksjonskrav å virke formålstjenlige og vi ber om at arbeidet med å utarbeide slike forskrifter intensiveres. Det er positivt at det tydeliggjøres at det er kommunen og ikke den enkelte fastlege som har det overordnende ansvaret for at innbyggerne i kommunen tilbys fastlegetjenester. Men samtidig er det viktig at endringene må følges med tilstrekkelige virkemidler slik at kommunen kan sikre at ansvaret kan overholdes.

Det er tre hovedfelter der vi ser utfordringer i samarbeidet med fastlegeordningen.

1. Det ene er sikring av systematisk kvalitetsarbeid blant fastlegene. Dette er i stor grad et individuelt ansvar i dag. Loven legger opp til en styring i form av rapportering. Men dersom kommunen skal ha et reelt ansvar for kvaliteten holder det ikke med virkemidler for å holde oversikt over kvalitet, man må også ha virkemidler for å følge opp manglende kvalitet.
2. Det andre området er å sikre tilgjengelighet, både i form av tilgjengelighet på telefon, tilgjengelighet til time hos fastlege og tilgjengelighet i form av åpningstid.
3. Det tredje feltet er samarbeid om pasienter som er felles mellom fastlege og den kommunale pleie- og omsorgstjenesten. Her ser vi samarbeidet varierer i stor grad mellom fastlegene uten at kommunen har noen virkemidler til å korrigere slike utfordringer.

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. Kostnader knyttet til denne kompetansehevingen må dekkes av økte statlige overføringer.

Helsefremmende og forebyggende arbeid

NHV gir sin tilslutning til lovforslagets tydeliggjøring av kommunens ansvar for helsefremmende og forebyggende arbeid. Men det kan synes urealistisk å forvente at kommunene skal kunne identifisere alle som står i fare for å utvikle nevnte problemer, og denne formuleringen kan føre til urealistisk høye forventninger til kommunens arbeid og ansvar på feltet. Det er viktig å ikke frata enkeltmenneskets ansvar for egen helse. Derfor bør formuleringen være: ”systematiske tiltak som har som mål å identifisere...”.

Det er vanskelig å måle effekten av helsefremmende og forebyggende arbeid. Det vil derfor være nødvendig, i dialog med kommunene å komme frem til kriterier for å måle effekten av dette arbeidet.

NHV mener at det er nødvendig at sentrale myndigheter koordinerer utvikling av felles metoder og systemer for registrering og bearbeiding av datamaterialet, for eksempel

geografiske informasjonssystemer. Helseovervåkingen må sette helsefremmende faktorer i høysetet. Følgende prinsipper legges til grunn:

- o Statlige myndigheter etablerer et minimum av felles indikatorer for å sikre sammenlignbare data nasjonalt.
- o Statlige helsemyndigheter kvalitetssikrer at data er sammenlignbare mellom kommuner og fylkeskommuner
- o Sammenlignbare data er også viktig i et internasjonalt perspektiv

Kommunens ansvar for øyeblikkelig hjelp

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 ”halv – veis løsninger” vil kunne sette brukeres liv og helse i fare. En lovmessig plikt vil kreve at staten fullfinansierer kostnadene knyttet til et slikt tilbud.

Kap 4: Krav til forsvarlighet, pasientsikkerhet og kvalitet

Forsvarlighet

Norsk helse og velferdsforum støtter forslaget om å tydeliggjøre at tjenestene som ytes skal være forsvarlige, men det forutsetter en ressursituasjon i kommunene som gjør dem i stand til å ivareta det som loven krever.

NHV vil likevel bemerke at det kan være noe uklart hvordan begrepet forsvarlighet skal forstås og anvendes på en mest mulig hensiktsmessig måte. Skal forsvarlighetskravet forstås som en grenseverdi på en kvalitetsskala, der alt under denne grensen er uforsvarlig og alt over grensen faller utenfor forsvarlighetskravet (bedre enn forsvarlighet). Eller om forsvarlighet er en norm som beskriver god faglig praksis der vesentlige avvik fra god praksis utgjør grensen for uforsvarlighet. En forutsetter at dette blir nærmere vurdert i den videre prosessen.

Norsk helse og velferdsforum er i utgangspunktet positiv til og støtter forslaget om en diagnosenøytralt og profesjonsnøytral tjeneste. Forslaget om profesjonsnøytralitet kan likevel skape usikkerhet om hva som er tilstrekkelig kompetanse når det gjelder utførelse av enkelte tjenester. Dette innebærer at kommunene trenger nødvendig fagkompetanse både til tjenestene som skal ytes og til å vurdere hva som mangler av kompetanse for å løse helse- og omsorgsoppgavene. Vi foreslår derfor at tjenestene, enten i lov eller i forskrift, gis et så tydelig innhold at det kan avledes hvilken kompetanse som er nødvendig for å utføre oppgavene. For enkelte tjenester bør det også vurderes om det i forskrifts form bør konkretiseres kompetansekrav tilsvarende gjeldende forskrift om legemiddelhåndtering.

Journal- og informasjonssystem

NHV forventer at staten tar et tydeligere nasjonalt grep gjennom nasjonalt helsenett, slik at alle leverandører av helse- og omsorgstjenester tak i bruk compatible IKT-løsninger. Staten må ta ansvar for at kommunene og helseforetaka får tilgang til standardisert og lisensfri programvare. Dette gjeld bl.a. i forhold til individuell plan og utveksling av epikriser.

Det er viktig at alle kommuner kommer seg opp på et teknologisk minimumsnivå for at man skal hente ut potensialet som ligger i elektronisk samhandling. Kostnadsvirkningene bør utredes nærmere med sikte på fullfinansiering. Dette gjelder både pukkeltkostnader og eventuelle økte varige driftskostnader. I forhold til varig drift kan det være elementer som gir

merkostnader og andre elementer som gir en mer effektiv tjenesteproduksjon. Den nasjonale IKT - infrastrukturen bør finansieres nasjonalt.

Pasientsikkerhet og kvalitet

NHV mener det er positivt at kvalitetskrav i forhold til pasientsikkerhet blir behandlet lokalpolitisk (jmf. § 4-2). Dette betinger imidlertid at kommuner og tilsynsmyndighet har en lik oppfatning av hvilke kvalitetsindikatorer og – krav som skal gjelde.

Når det gjelder kvalitetsdefinisjonen, så er det viktig å ha en definisjon som kan måles, enten objektivt eller subjektivt (opplevd kvalitet). Kommunene i Norge har lang og god erfaring med bruker- og pårørendeundersøkelser, basert på opplevd kvalitet som grunnlag for vårt forbedringsarbeid.

NHV har ingen merknader til de materielle rettighetene i lovforslaget. Det anses som en forbedring at det skilles mellom kommunens plikter i ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, og den enkeltes rettigheter i pasientrettighetsloven.

Kap 5: Særlige plikter og oppgaver

Norsk helse og velferdsforum har følgende endringsforslag til bestemmelser i kapittel 5:

§ 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 anses å være særlig sårbar og utsatt.

§ 5-5 må formuleres slik at den åpner for at kommunen kan velge å organisere medisinsk-faglig rådgiving gjennom interkommunalt samarbeid.

§ 5-7 er en videreføring av tidligere bestemmelse i Lov om helsetjenester i kommunene. I forslag til ny helse og omsorgslov bør det presiseres hvilke opplysninger om helsepersonell som kommunen skal motta og eventuelt videreformidle til et sentralt register. Det må også presiseres om dette bare gjelder helsepersonell eller alt personell som arbeider i hht den nye loven.

Kap 6: Samarbeid mellom kommuner og regionale helseforetak

Oppgavene som kommunene vil få ansvar for må være tilpasset de enkelte kommuners 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 enige om å overføre fra sykehusene.

NHV mener at krav i § 6-2, punkt 3 om at avtalen skal omfatte tiltak mot unødvendige innleggelser av pasienter i sjukehus må strykes. Punktet blir dekt i pkt. 1 om at avtalen skal avklare en felles forståelse om oppgavefordelinga mellom forvaltningsnivåa. Hva som er en nødvendig innleggelse skal til en hver tid avgjøres av den innleggende instansen. At innlegginga i etterkant kan vise seg å ha vært unødvendig, er prinsipielt en annen sak.

Når det gjelder § 6-2 punkt 4 om tiltak for utskrivingsklare pasienter, opplever kommunene at sjukehusa melder personer som utskrivingsklare, men som likevel pga sin helsetilstand ikke kan utskrives selv om det kommunale tiltaket er klart. Videre opplever kommunene at varsel om utskrivingsklare pasienter med større omsorgsbehov ikke blir meldt tidlig nok til at kommunen rekker å etablere et tilbud. NHV mener det må være et krav i avtalen om at det skal etableres ei lokal tvisteløsning når det gjeld ulikheter om enkeltsaker under ordninga for utskrivingsklare pasienter.

Kap 7: Individuell plan, koordinator og koordinerende enhet

Individuell plan

Til spørsmålet om det bør åpnes for at spesialisthelsetjenesten i visse tilfeller bør ha et selvstendig ansvar for å utarbeide individuell plan, for eksempel ved særskilt krevende pasienter, mener NHV at det ikke bør åpnes for dette, men at spesialisthelsetjenesten får et klarere ansvar for å melde behov for utarbeidelse av en slik plan til kommunen og aktivt medvirke til at den blir utarbeidet.

Det er vesentlig at spesialisthelsetjenesten må ha en plikt til å medvirke i arbeidet med individuell plan, bortsett fra i enkelte tilfeller der bare spesialisthelsetjenesten er involvert. I disse tilfelle bør det som i dag, være spesialisthelsetjenesten som har ansvar for utarbeide den individuelle plan.

Kommunens plikt til å utarbeide individuell plan for pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester bør på lik linje med denne lov, forankres i annet lovverk som opplæringsloven og barnehageloven. Utfordringen innad i kommunen ligger ofte i koordinering og samarbeid med sektorer som gir tjenester etter annet lovverk. I pasientrettighetsloven bør helse- og omsorgstjenester byttes ut med tjenester da bruker også kan ha behov for tjenester etter annet lovverk.

Forslagene i kapitlet om individuell plan vil medføre både administrative og økonomiske konsekvenser for kommunene. Kommunene vil få et større ansvar og arbeidet med individuell plan og koordinatorrollefunksjonen vil kreve tid og ressurser både for koordinator og annet personell som er involvert i arbeidet. Vi foreslår derfor at det åpnes for at tidsbruken inngår i beregningsgrunnlaget for øremerket tilskudd av ressurskrevende tjenester.

Koordinator

NHV er positive til at koordinatorfunksjonen blir lovfestet. Vi erfarer at koordinatorfunksjonen ofte er viktigere for tjenestemottakere enn skriftliggjøring av individuell plan. Imidlertid er det en forutsetning at rammebetingelser er til stede for å kunne ivareta koordinatorrollen. Også her må det åpnes for forankring og harmonisering med annet lovverk som nevnt overfor. For mange brukere er det andre tjenesteområder enn helse- og omsorg som står sentralt i deres liv, men der disse instansene ikke har prioritert å påta seg koordinatorrollen med begrunnelse i at dette ikke er lovpålagt. Tydeliggjøringen av plikten til å delta i slikt arbeid/ være koordinator bør derfor også omfatte personell utover helse- og omsorgssektoren i kommunene.

Koordinerende enhet

NHV er også positiv til at det lovfestes en plikt til å ha en koordinerende enhet med systemansvar for arbeidet med individuell plan og koordinatorene. Men en slik enhet kan ikke

pålegges å ha kunnskap om alle brukere med individuell plan – til det er kommunene for ulikt organisert.

Kap 8: Undervisning, praktisk opplæring og utdanning:

NHV vil påpeke viktigheten av at bestemmelsen om opplæring og utdanning blir videreført i forhold til eksisterende lovverk og at både ansvaret for kommunen til å sørge for opplæring, men også ansvaret for den enkelte til å delta i opplæring blir presisert.

NHV mener at de myndighetsmessige rammebetingelsene/føringene må styrkes ytterligere i kommunen for å understøtte nødvendig rekruttering. Det er nødvendig at det utdannede helse- og sosialpersonell er tilpasset de framtidige kommunale oppgaver og blir i den kommunale helse og omsorgstjenesten.

NHV mener at kommunene bør få et ansvar for forskning og undervisning på lik linje med spesialisthelsetjenesten, og at det må arbeides for å etablere et formalisert samarbeid mellom forskningsinstitusjoner og kommuner. Det er et stort behov for mer konkret praksisnær forskning for å sikre at de endringer som må skje de nærmeste åra vert basert på trygg kunnskap. Vi tror også at man lettere vil kunne sikre flerfaglig og god rekruttering av kompetent personell om man har samhandling med utdannings- og forskingsmiljø.

Kap 9: Rettssikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemming

NHV mener at det er viktig med strenge vilkår for når bruk av tvang og makt skal kunne brukes og bestemmelsen bør absolutt videreføres, det samme gjelder krav til forebygging, alternative tiltak, saksbehandling, kontroll og tilsyn. Det kan på sikt være fordelaktig å samordne de ulike reglene i bruk av tvang i en felles lov. En del utviklingshemmede omfattes både av sosialtjenesteloven kapittel 4A og pasientrettighetsloven kapittel 4A, - det kan være en utfordring for kommunene å skille på hvilket regelverk som gjelder ved bruk av tvang i ulike situasjoner.

En eventuell samordning av regelverket fordrer imidlertid en grundig evaluering av sosialtjenesteloven kapittel 4A. Her må man også se til straffelovens særreaksjon om tvungen omsorg overfor psykisk utviklingshemmede. NHV er kritisk til en overføring til pasientrettighetsloven kapittel 4 slik regelverket framstår i dag. Psykisk utviklingshemming inngår ikke i pasientbegrepet og det må skilles på bruk av tvang avhengig av hvilke tjenester som gis.

NHV mener også at det er behov for å endre beskrivelsen av virkeområde i § 9-2, fordi den viser til dagens begrep som støttekontakt og institusjon i stedet for heldøgns tjenester og personlig assistanse mv som blir en del av det nye lovverket.

Kap 10: Tvangstiltak overfor rusmiddelmisbrukere

NHV har ikke spesielle merknader til dette kapittelet.

Kap 11: finansiering og egenbetaling

NHV registrer at det gjennom denne høringen ikke blir en avklaring om kommunal medfinansiering da arbeidet med å utrede kommunal medfinansiering var ikke ferdig da høringsnotatet ble sendt ut. Medfinansiering er et svært viktig spørsmål for kommunene.

Det er behov for en grundig kostnadsberegning av kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenestene. Finansieringsmodellen er ikke tilstrekkelig dokumentert og det er behov for mer utredning og forskningsdokumentasjon på området.

Det er enkelte særlige utfordringer knyttet til en aldersbasert modell. Det kan bli forstått som at eldre ikke får samme mulighet for behandling i spesialisthelsetjenesten som yngre. Egne økonomiske virkemidler for å regulere sykehusinnleggelser av eldre vil kunne medføre at det ikke blir stilt tilstrekkelig diagnostikk av deres tilstand. Dette kan medføre underdiagnostisering som kan gi alvorlige konsekvenser og fare for tap av helse.

Det vil også være slik at mange av de tilbud kommunene målretter for eldre blant annet for å redusere egne medfinansieringsutgifter, også vil være gode tilbud for personer under 80 år. Det vil ikke være mulig eller ønskelig å nekte personer kommunale tjenestetilbud begrunnet med at de er over 80 år. Det vises til de overordnede målsettingene for helse- og omsorgstjenestene om at befolkningen skal sikres lik tilgang til gode og likeverdige helse- og omsorgstjenester, uavhengig av diagnose eller behov, alder, kjønn, personlig økonomi og bosted.

Avgrensning til det medisinske området vil trolig være mindre kontroversielt, og tilbudene kommunene bygger ut for å redusere sine utgifter vil trolig i liten grad bli benyttet av personer som kommunene ikke har medfinansieringsansvar for.

Det vil være behov for økte ressurser til grunnutdanning, lærlingeordning og etter- og videreutdanning for å kunne imøtekomme kommunenes behov for kompetent arbeidskraft i årene framover. Dette er noe som staten må ta hensyn til i rammeoverføringene til kommunene.

De økonomiske virkningene ved et evt. øyeblikkelig hjelp døgntilbud må beregnes med sikte på fullfinansiering. Ansvarsdelingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene bør samtidig klargjøres. Innenfor psykiatri og rus ligger ikke forholdene til rette for at det kan innføres en betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter fra 2012.

Ressurskrevende brukere i kommunene krever 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 fra disse gruppene.

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.

Vederlag

NHV ønsker også at forslaget til ny helse- og omsorgslov gikk lenger når det gjelder harmonisering. Dette gjelder for eksempel regelverket for egenbetaling der man ønsker bestemmelser i retning av at pasient/bruker er ansvarlig for utgifter knyttet til bolig og livsopphold, mens kommunen er ansvarlig for utgifter knyttet til tjenesteytelser.

Det er behov for utredning også av andre forhold for eksempel fastsettelse av et maksimalt beløp kommunene skal betale pr. innleggelse og hvordan kommunene skal kompenseres for det økte finansieringsansvaret. Det ligger et utfordrende økonomisk fremtidsbilde i forslaget til medfinansieringsordning, at kommunene eksempelvis vil få ekstra utgifter til medisiner, utstyr og hjelpemidler i takt med at beboere på sykehjem vil ha større og mer avansert behov for pleie. I dag dekker helseforetakene utgiftene hvis pasientene skal tilbake til eget hjem, mens sykehjemmene må dekke disse kostnadene hvis pasienten skal dit. Dette er ikke kostnader som er tatt med i de økonomiske beregningene rundt medfinansieringsordningen.

Utskrivningsklare pasienter:

NHV mener at utskrivningsklare pasienter ikke bør ligge i sykehus, men tas ut til kommunene til behandling, pleie- og omsorg. De pasientene som klassifiseres som "utskrivningsklare", kjennetegnes av at de etter utskrivning fra sykehus trenger kommunale behandlings-, pleie- og omsorgstjenester. Det kan dreie seg om tilpassing av egen bolig, opplæring av personell i pleie- og omsorg knyttet til hjemmerespirator eller lignende, det kan være behov for rehabilitering eller annen korttidsplass i institusjon, herunder palliativ omsorg, eller det kan være behov for langtidsopphold i sykehjem. De er altså ikke blant det flertallet som er ferdigbehandlet eller friske etter et sykehusopphold.

NHV mener det må utarbeides nasjonale kriterier for innleggelse og utskrivelse av sykehus. Nasjonale kriterier vil hindre at det lages ulike kriterier fra sted til sted i landet. Dette vil også sikre en likebehandling av pasienter uavhengig av bosted og sykehus-tilknytning.

Det er dokumentert at det i dag er utfordringer knyttet til kvalitetssikring av helseforetakenes avgjørelse om når en pasient er utskrivningsklar, og det er holdepunkter for at helseforetakene ikke har gode nok systemer som sikrer at pasientene fyller kriteriene angitt i gjeldende forskrift om betalingsplikt. Kommunal betalingsplikt fra første dag, kan derfor bidra til økt press på kommunene om å ta pasientene raskere ut med risiko for at det kommunale tilbudet man greier å etablere ikke har tilstrekkelig høy faglig kvalitet. Det kan m.a.o. bli en utfordring at det vil kunne oppstå ulike vurderinger om utskrivningsklare er mottaksklare pasienter. Det er viktig at spesialisthelsetjenesten ivaretar sitt ansvar for utskrivningsklare pasienter inntil kommunen har etablert et tilstrekkelig og faglig forsvarlig tilbud til denne gruppen.

Kap 12: Forskjellige bestemmelser

Statlig tilsyn

NHV støtter forslaget om at tilsynsfunksjonen for de kommunale helse- og omsorgstjenestene overføres til fylkesmannen. Fordelene med samordning av alt tilsyn som føres med kommunale tjenester er åpenbar. Lovlighetsvurderingene vil forventes å bli gjennomført på samme måte, men hvordan tilsynet sikrer at eventuelle avvik blir lukket kan bli noe endret.

Fordelen med å legge tilsynet til fylkesmannen er at man sikrer bedre samordning av alt tilsyn som kommunen underlegges. Ulempen vil være noe større utfordringer i samordning av tilsyn med de deler av helse- og omsorgstjenestene som omhandler samarbeid mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

De fleste kommuner har i dag relativt stram økonomi og må gjennomføre vanskelige prioriteringer. I en slik situasjon kan det være svært utfordrende å raskt lukke avvik dersom dette innebærer intern omfordeling av ressurser. Vi har fra før erfaring med at sektortilsyn tidvis har begrenset evne til å se denne helheten og at kommunen kan bli presset til å gjennomføre omprioriteringer som helhetsmessig kan virke uheldig. Ved å samordne dette tilsynet med øvrig tilsyn for den kommunale virksomhet kan man forvente at kompleksiteten i kommunal virksomhet i større grad blir forstått ved tilsyn.

Det vil nok i utgangspunktet være en fordel at man har et gjennomgående tilsyn med helsetjenesten i kommunen og i spesialisthelsetjenesten. Man kan tenke seg et hendelsesbasert tilsyn etter en hendelse i samhandlingen mellom et sykehus og en kommunal helse- og omsorgstjeneste. I en slik situasjon vil da både Helsetilsynet i fylket og fylkesmannen føre tilsyn med samme sak. Samtidig vil nok dette tilsynet i praksis bli gjennomført av det samme personellet selv om deler gjennomføres av Helsetilsynet i fylket og deler av fylkesmannen. Dermed burde det ikke utgjøre noen stor utfordring å samordne et slikt tilsyn.

Sluttkommentar:

Norsk helse og velferdsforum mener at samhandlingsreformen, med ny folkehelselov og lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, kan iverksettes fra 1.1.2012, med de forandringer og presiseringer som er referert til i høringsuttalelsen. Reformen må etter NHVs oppfatning implementeres gradvis og etter en plan. Det må også fastsettes "milepæler" hvor resultatene av samhandlingsreformen på gitte tidspunkter etter nærmere kriterier skal vurderes. Nye oppgaver må fullfinansieres.

Høringsdokumentene, viser god innsikt i morgendagen sine utfordringer, men gir ikke kommunene konkrete verktøy og virkemidler for å møte disse utfordringene i praksis. Vi mener det vil kreve en stor grad av konkretisering mellom anna av følgende virkemidler/område før sakskomplekset vert lagt fram for Stortinget våren 2011:

Det er etter NHVs mening behov for en tydeligere ansvarsfordeling mellom spesialisthelsetjenestens og kommunehelsetjenesten. Denne problemstillingen løses ikke gjennom lovforslaget. Det innebærer at den "stille reformen" fortsetter, hvoretter stadig flere oppgaver overføres til kommunen uten at dette kompenserer økonomisk. Kommunens myndighet og ansvar vil da heller ikke bli synliggjort. Det er departementet som ensidig vil kunne fastsette ansvarsfordelingen mellom stat og kommune.

Ansvarsfordelingen bør angis nærmere i forarbeidene til loven, og om mulig også klarere i selve lovteksten. Hvor det oppstår uenighet om ansvarsfordelingen, bør at uenigheten avgjøres av et uavhengig tvisteløsningsorgan eller som ett minimum i forskrifts form. Da vil det også i forbindelse med høringen være mulig å kostnadsberegne overføring av nye oppgaver til kommunen.

NHV mener også at for å sikre en god oppgavefordeling bør de største pasientforløpene mellom kommunen og helseforetaket gjennomgås, for å kartlegge hvilke forutsetninger som må på plass for en vellykket overføring av pasientforløp fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten. Dette gjelder bl.a. psykiatri, rus og rehabilitering.

Til slutt ønske vi at endelig utarbeidet lovverk og nasjonale planer innenfor helse og omsorg, vil sette større fokus på helsefremmende tiltak i all statlig planlegging som den viktigste strategien for å møte de framtidige utfordringene.

Hurum den 17.01.11

Norsk helse og velferdsforum

Kari Skive Stuvøy
leder NHV