



Helse- og omsorgsdepartementet

Postboks 8011 Dep.

0030 Oslo

Ref.: 2011/4806/TKR/AH

OSLO, 17.01.2011

HØRING - Forslag til ny kommunal helse- og omsorgslov

Vi viser til departementets høringsbrev av 18.10.2010 deres ref.: 200903950-/ATG

Svarebrev sendes også til postmottak@hod.dep.no

Vår uttalelse er på vegne av Pensjonistforbundet og de samarbeidende organisasjonene Telepensjonistenes Landsforbund, Jernbanepensjonistenes Forbund, Politiets Pensjonistforbund, Statens Vegvesens Pensjonistforbund, Postens Pensjonistforbund og LO- Stats pensjonistutvalg.

Generelt

Helse- og omsorgsdepartementets høringsnotat er et meget omfattende dokument og vi tror at de beste intensjoner ligger til grunn for forslaget til ny kommunal helse- og omsorgslov. Vi er imidlertid kritiske til innholdet som synes å være basert på manglende faktagrunnlag, dokumentasjon og forskning. Det viktigste for at samarbeidsreformen skal kunne settes ut i livet vil være de økonomiske spørsmål som ikke er løst i de fremlagte dokumenter. De store forskjeller som er mellom kommunene i dag vil kunne forsterkes, og føre til mindre likeverd og likebehandling av pasienter hvis kommunene bare påføres nye oppgaver som de ikke er satt i stand til å løse.

Kommunene har et "sørge for" ansvar for alle som bor i landet. I den utstrekning som det inngås avtale med private aktører eller institusjoner må kommunene påse at virksomheten drives forsvarlig og i samsvar med lover og forskrifter. Pasientrettighetsloven, verdighetsgarantien m.v. må føles også i private institusjoner.

Vi ønsker primær å fokusere på følgende punkter i dette høringsnotatet

1. Kommunal medfinansiering av sykehusinnleggelser for enten
 - Alle pasienter over 80 år, eller
 - Alle pasienter ved indremedisinske avdelinger
2. Helse- og omsorgstjenestene i kommunene
3. Lokalmedisinske sentere
 - Etablering av kommunale døgntilbud over hele landet som alt. til sykehusinnleggelser
4. Utskrivningsklare pasienter
5. Rettsikkerhet, Pasientrettigheter og klageordningene

1. Kommunal medfinansiering av sykehusinnleggelser

Pensjonistorganisasjonene er sterkt uenig i de økonomiske tiltak som Samhandlingsreformen krever. Det virker som om det å gjøre økonomien bærekraftig, er det aller viktigste, og viktigere enn å gi rett behandling til rett pasient på rett sted.

Det er i høringsnotatet forslag om at kommunene skal dekke deler av spesialisthelsetjenesten utgifter til pasientbehandling.

"§ 11.3. Kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten.

Departementet kan i forskrift gi bestemmelser om kommunenes medfinansieringsansvar for pasientbehandling i spesialisthelsetjenesten, herunder fastsette kriterier for hvilke pasientgrupper eller behandlingsformer som skal omfattes"

Det er i høringsnotatet foreslått to modeller for denne medfinansiering:

- Aldersmodell for somatiske pasienter over 80 år
- Medisinske innleggelser / behandling.

Pensjonistorganisasjonene vil gå sterkt imot at det innføres medfinansieringsansvar for behandling av pasienter over 80 år. Alle i dette landet har den samme rett til medisinsk behandling og det er en diskriminering av eldre å gi egne regler for dekning av utgifter til sykehusopphold m.v. Hvis det er kommunene som skal dekke deler av utgiftene for eldre over 80 år kan dette få uanede konsekvenser og det vil stride mot den enkeltes rett til likebehandling i samfunnet.

Det er heller ikke ønskelig å innføre en kommunal medfinansiering etter begrepet "medisinske innleggelser" som er et omfattende begrep og vil kreve en rekke avklaringer. En slik ordning vil gjøre det vanskeligere for pasienter å bli innlagt på sykehus eller få hjelp av spesialister. En vesentlig del av hensikten med samhandlingsreformen vil gå tapt.

Det må være en målsetting å gi samarbeidet mellom 1.linjetjenesten (kommunehelsetjenesten) og 2.linjetjenesten (sykehusene og spesialisthelsetjenesten) bedre muligheter, og faglige vurderinger må være avgjørende, og ikke økonomiske. Det er vel rimelig å tro at kommunens økonomi vil stille større rolle enn hva en har regnet med.

Det må gjøres lettere å bli innlagt på sykehus, og lettere å komme ut fra sykehus og til nødvendig tjenestetilbud i kommunene.

Det forutsettes visse statlige overføringer som en del av de årlige rammebevilgninger til kommunenes frie disposisjon. I dag har de aller færreste kommuner økonomi til videre utbygging. Tvert imot ser man i en rekke kommuner at omsorgstjenestene trappes ned i de årlige budsjetter. Dessverre vil ikke politikere i dag bruke øremerkede midler, noe pensjonistorganisasjonene vil forerekke for å få en bedre eldreomsorg.

Pensjonistorganisasjonene mener det ennå ikke foreligger tilfredsstillende forslag til finansiering av oppbyggingen av helsetjenester i kommunene.

Finansieringsordningene må være en viktig del av hele reformen når denne fremlegges for Stortinget og det er ikke tilstrekkelig med en lovbestemmelse som gir departementet fullmakt til å gi forskrifter om medfinansiering som kan ha omfattende samfunnsmessige konsekvenser

Som det er sagt i dokumentene, er noe av målet med "Reformen" å dempe veksten i sykehustjenester ved å overføre mer til kommunene. Dette forutsetter at kommunene rustes opp med kompetanse og kapasitet. (og penger!)

Dessverre er det slik at flere sykehusledere allerede har disponert som om dette skulle være tilfelle, og har bygget ned sengekapasitet og for eksempel geriatrien (Tromsø er et eksempel her) og laget planer for behandling av skrøpelige gamle som er på kollisjon med fagfeltet(geriatrien).

Det er all grunn til å tro at uansett tiltak i kommunene, vil det være økende behov for spesialisthelsetjeneste for de gamle med diagnostikk og oppstart av behandling. Det må derfor presiseres overfor sykehusledelsene at geriatrien må **styrkes** og ikke nedbygges i sykehusene. I tillegg må geriatrien i økende grad være veiledere og drive ambulerende virksomhet.

2. Helse og omsorgstjenestene i kommunene

Det er nødvendig med en betydelig styrking av kommunehelsetjenesten, slik at flere pasienter kan bli behandlet i nærheten av sitt bosted, at det satses på et desentralisert behandlingstilbud, med samme rett til behandling, uavhengig av alder, kjønn, sosial stilling, økonomisk situasjon og bosted.

Ved en samordningen av lovverket er det også en forutsetning at man også vurderer egenbetalingsordningen.

Det kan også bli en årelang prosess å skaffe fagfolk og kompetanse i kommunene til å overta undersøkelser og behandling fra 2.linjetjenesten.

Den medisinske utvikling vil mest sannsynlig gå i den retning at spesielt 2.linjetjenesten kan gjøre mer for å bedre livskvalitet og livslengde for alle pasienter. Det vil bli en tiltakende pågang fra fremtidige pasienter å få den best mulige undersøkelse og behandling, og dette lar seg ikke erstatte med omsorg i kommunene.

Det antydes at man ved å øke legetallet i kommunene, skal kunne redusere bruk av spesialister. Det er neppe grunnlag for å hevde dette. Flere leger vi oppdage mer patologi som krever avanserte utredninger.

Det er positivt at man foreslår å styrke pleie – og omsorgstjenestene, og at man spesielt nevner demensplan 2015 og å sikre gode tjenester til hjemmeboende personer med demens. Lovfestet rett til dagsenterplass for demente setter Pensjonistforbundet stor pris på. Dette er viktig både for den demente og for deres pårørende. Det må likevel understrekes at dette er en formidabel oppgave for kommunene!

Mer satsing på forebygging enn hva det har blitt gjort tidligere er nødvendig, og det er en fordel å kunne sette inn undersøkelse og behandling i et tidlig stadium av sykdommer.

Pensjonistforbundet reagerer sterkt på forslag om å ta økonomi fra 2.linjetjenesten og gi til 1.linjetjenesten. Det er riktigere å si som tidligere statsråd Bjarne Håkon Hanssen utalte, at både 2.linjetjenesten og 1.linjetjenesten må få økning i økonomiske midler, men økningen må være størst i 1.linjetjenesten

Sykehjem

Sykehjemmene må få beholde sine navn, og må være en helseinstitusjon for syke, helsesvake, og ikke først og fremst et bo-tilbud til gamle.

Akutt innleggelse i sykehjem som det styrende prinsipp ved akutt sykdom hos gamle, er ikke medisinsk tilrådelig. Slik innleggelse bør derfor etter forbundets vurdering kun benyttes når man er overbevist om at omsorgssituasjonen er eneste grunn til at vedkommende trenger institusjon ved et akutt sykdomstilfelle.

Utvikling av etterbehandling, viderebehandlings- og rehabiliteringstilbud ved våre sykehjem bør stimuleres parallelt med styrking og kompetanseheving på lege- og sykepleiersiden.

Fastlegene vil kunne dekke legebehovet i mange kommuner med små sykehjem, men i byer er det en fordel å ansette leger som har sin virksomhet på sykehjemmet som hovedgesjeft, og som er interessert i sykehjemsmedisin. Kompetanseheving, og formalisering av det, er viktig for sykehjemslegene

Sykehjem og omsorgsboliger

Vi har behov for både sykehjemsplasser og omsorgsboliger i kommunene. Men antall sykehjemsplasser er for lite i forhold til eldre over 80 år. Det er helt nødvendig å øke byggingen av flere sykehjemsplasser med god medisinsk behandling, rehabilitering, pleie og omsorg. Utskrivingsklare pasienter fra sykehus må kunne gis riktig viderebehandling, rehabilitering, omsorg og pleie i et sykehjem. Og ved akuttbehandling må man i tillegg ha "beredskapssenger". For å kunne gi sykehjemspasientene / beboerne den nødvendige medisinsk faglige behandling og omsorg, må legebemanningen på sykehjem og omsorgsboliger styrkes betraktelig. Pensjonistforbundet går sterkt inn for økning av den faglige kompetanse blant annet på legetjeneste, sykepleiefaglige oppgaver, fysioterapi- og ergoterapitjenester, klinisk ernæring og aktiv og helhetlig omsorg. Den overordnede strategien bør være å sikre en bredere og mer helhetlig og tverrfaglig kompetanse og økt grunnbemanning i landets sykehjem

Mange kommuner har fra før dårlig økonomi, og de ser seg nødt til alltid å velge den billigste løsningen for kommuneøkonomien. Vi får stadige eksempler på at kommuner avhjemler sykehjemsplasser til omsorgsboligplasser. I tillegg ser vi at når det planlegges økt kapasitet blir omsorgsboliger valgt framfor sykehjemsplasser, selv om dokumentert behov viser at det er sykehjemsplasser de trenger. Bykommuner synes å ha større behov for sykehjemsplasser enn landkommuner.

3. Lokalmedisinske sentere

Samhandlingsreformen forutsetter at det i alle kommuner opprettes lokalmedisinske sentre med døgntilbud. Hvordan disse skal finansieres både når det gjelder investeringer og drift er et åpent spørsmål.

Lokalmedisinske sentre og med "sykestuemodellen" i hele landet kan være nyttig. Men det er imidlertid vanskelig å forstå at man skal redusere på sykehus tilbudene og i stedet bygge opp en rekke "minisykehus" som neppe vil redusere totalkostnadene. Det vil kanskje heller føre til bedre utnyttelse av den sykehuskapasitet som allerede eksisterer, f.eks ved å øke kapasiteten på rehabilitering osv.

Det bør vurderes om lokalmedisinske sentre i stedet bør bygges ut som en del av spesialisthelsetjenesten. Sykehusene bør derfor ha ansvar for lokalmedisinske sentre, intermediære avdelinger og rehabiliteringsinstitusjoner. Dette kan også ha med lokalsykehusenes funksjoner å gjøre.

4. Utskrivningsklare pasienter

Det er i dag mulig å pålegge kommunene betaling for utskrivningsklare pasienter som fortsatt ligger på sykehus. Denne ordningen kan stimulere kommunene til å bygge opp sine helsetjenester, - sykehjem og hjemmetjenester. Men det er et merkelig regnestykke som blir brukt, når det blir antydnet hva hvert liggedøgn for en utskrivningsklar pasient koster sykehuset. Det er de første 3-4 døgn en pasient er innlagt på sykehus som koster aller mest. En utskrivningsklar pasient bruker på sykehus ikke mer helsetjenester enn det et sykehjem kan tilby.

5. Pasientrettigheter og klageordningene

Samhandlingsmeldingen fremhever likhet i tilgang til gode og likeverdige helse- og omsorgstjenester som et mål, men vi etterlyser virkemidlene for å nå disse målene. Dette kan komme i konflikt med kommunenes økonomi og selvbestemmelse.

Forslaget om den kommunalmedfinansieringsordningen kan bidra til å skape konflikt i forhold til å få ned antall sykehussinleggelser. Det kan bli større ulikhet mellom de kommuner som er rike og har "råd" til å legge pasienter med akutt, alvorlig sykdom inn på sykehus enn for syke i fattige kommuner. Ulikhetene i helse vil øke.

Klageordningene etter det nye lovverk er lagt til pasientrettighetsloven. Når lovverk slås sammen er det nødvendig med en viss harmonisering med frister m.v. Klager skal nå som tidligere fremmes overfor den instans som har truffet avgjørelsen. Klagen går så videre til fylkesmannen som den endelige klageinstans. Forholdet til helsetilsynet kan klart avgrenses.

Den forslåtte nye bestemmelse i pasientrettighetslovens § 7-6 om forvaltningslovens anvendelse reiser tvilsomme spørsmål.

Den nåværende bestemmelse i forvaltningslovens § 34 er at klageinstansen, for vedtak truffet av kommune eller fylkeskommune, skal legge vekt på kommunene selvstyre ved prøving av det frie skjønn. Klageinstansen kan treffe nytt vedtak i saken eller oppheve det eller sende saken tilbake til helt eller delvis ny behandling.

Det foreslås nå en annen formulering: "Fylkesmannen skal ved prøving av vedtak fra kommunen legge stor vekt på hensynet til det kommunale selvstyre ved prøving av det frie skjønn, herunder ved kommunenes skjønnsmessige vurdering av innretning og nivå på tjenestene ut over lovens. Helsetilsynet/ fylkesmannen kan ikke treffe nytt vedtak i saken".

Formuleringen viser at det skal legges en større vekt på kommunenes frie skjønn.

Det viktigste er imidlertid at klageinstansen ikke kan treffe ny avgjørelse i saken.

Stadig flere avgjørelser planlegges lagt til kommunene og det er da viktigere enn noen gang at en klageinstans som prøver alle sider av saken også må kunne treffe en ny avgjørelse. Hvis sakene bare kan sendes tilbake til kommunene til ny behandling, vil dette kunne medføre en ny uendelig saksbehandling. Kommunenes økonomi vil ofte kunne spille en avgjørende rolle ved de vedtak som treffes om hvorvidt det er behov for nødvendig helsehjelp, sykehjem m.v. Det er nødvendig at et uavhengig organ kan omgjøre de vedtak som treffes. (Spørsmålet er inngående behandlet på side 332 i høringsnotatet).

Meldeordninger / Varslingsordning ved uønskede hendelser, Jfr. Kap 38.1- 38.4

Pensjonistorganisasjonene kan støtte at det etableres et nasjonalt kunnskaps-senter, men da som en overordnet datainnsamler for videre utvikling og læring. Det

lokale ansvaret for at de kvalitetssystemene fungerer, bør som i dag beholdes lokalt med rapportering av spesielle avvik som er registrert lokalt.

Pensjonistorganisasjonene krever at departementet avsetter resurser til god opplæring i kvalitetssystemet med sikte på å forebygge og redusere faren for pasientskader. Kun ved forståelse av at kvalitetssystemet er et hjelpemiddel, blir systemet akseptert og målsettingen nådd.

Avslutning

Det viktigste fremover må være at det legges opp til samarbeidstiltak mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene som kan sikre alle pasienter, unge og gamle, en effektiv helsetjeneste. Som det er sagt i dokumentene, er noe av målet med "Reformen" å dempe veksten i sykehustjenester ved å overføre mer til kommunene. Dette forutsetter at kommunene rustes opp med kompetanse og kapasitet.

Finansieringsordningene må være en viktig del av hele reformen når denne forelegges for Stortinget. De forslag som er fremmet for medfinansiering fra kommunene til sykehusinnleggelser er Pensjonistorganisasjonene sterkt imot. Pensjonistorganisasjonene er svært opptatt av at **klageordninger** for tjenesteytelser i helse- sosial- og omsorgstjenester ikke svekkes, og er redd for at forslag til nyordning på dette felt medfører svekkelse. Vi ønsker å understreke betydningen av etablering av brukerutvalgene og at deres innflytelse økes.

Med vennlig hilsen
Pensjonistforbundet



Borge Rørvik
Forbundsleder

Tor-Kristian Rønneberg/s/
Leder sentrale helseutvalg