



Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep

0030 OSLO

Deres ref./deres dato:
/18.10.2010

Vår ref.:
2010/2824-2/RAOT

Arkivkode: Dato:
F00 13.01.2011

Høring - Ny kommunal helse- og omsorgslov

Vedlagt følger Rælingen kommunes høringsuttalelse. Det er ikke fattet vedtak politisk vedtak i saken ennå. Saken blir lagt frem for komité helse og sosial 24.januar 2011 og kommunestyret den 9. februar 2011. Rælingen kommune sender inn de høringsuttalelser som fremgår i punkt fire i saken. Vedtaket ettersendes så snart det foreligger:

Rådmannens vurdering

Rælingen kommune er positiv til arbeidet med reformen og nytt lovverk. Det synes riktig sett ut i fra den faglige utviklingen og de utfordringer som helse og omsorgstjenestene står overfor, å samle kommunens helse og omsorgstjenester til en lov.

De overordnede målsettingene i kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven ligger fortsatt fast i forslag til ny lov: Befolkningen skal sikres lik tilgang til gode og likeverdige helse – og omsorgstjenester, uavhengig av diagnose eller behov, alder, kjønn, personlig økonomi og bosted. Å gi et helhetlig og tverrfaglig tilbud tilpasset den enkelte bruker står sentralt i tjenesteytingen. Andre verdier som er grunnleggende for tjenesten er trygghet, respekt, individuelle hensyn, valgfrihet, medvirkning, selvbestemmelse og faglig god kvalitet.

Kommunens plikter skal i all hovedsak videreføres, men plikten foreslås utformet mer overordnet og profesjonsnøytralt. Dette vil gi kommunen et tydeligere og mer helhetlig ansvar og større frihet til å organisere og tilpasse tilbudet i samsvar med lokale behov. I forslaget oppheves skillet mellom helsetjenester og omsorgstjenester. I stedet foreslås en felles helse- og omsorgstjeneste med felles regelverk, herunder felles klage- og tilsynsinnsans. Helsepersonalloven skal gjelde for alt personell som yter tjenester etter den nye loven.

Det kan imidlertid synes for oss at mye fortsatt er uavklart i det nye lovforslaget og at det blir basert på at mye skal avklares på senere tidspunkt i form av avtaler med helseforetakene og revisjon eller utarbeiding av forskrifter. Rælingen kommune stiller spørsmål ved dette, fordi man ikke ser hvilke konsekvenser lovforslaget vil få for de tjenester som kommunen skal levere. Overføring av oppgaver fra spesialisthelsetjenesten til kommunene medfører mange problemstillinger og etter vår oppfatning innebærer det stor risiko for kommunene. Dagens situasjon i kommunene er at det foregår strenge prioriteringer og reduksjoner i flere av tjenestetilbudene.



Samhandlingsreformen legger opp til økt aktivitet i kommunen. Det er tenkt overføring av aktivitet fra spesialisthelsetjenesten til den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Det er i det nye lovforslaget økt fokus på kommunenes ansvar for helsefremmende og forebyggende arbeid. Kommunen har i dag et slikt ansvar, men dette foreslås ytterligere tydeliggjort i lovforslaget. Kommunens samlede ansvar for helsefremmende og forebyggende arbeid må sees i sammenheng med forslag til ny lov om folkehelsearbeid.

Rådmannen er av den oppfatning at det bør legges opp til en gradvis innføring, slik at kommunene blir gitt tid til en gradvis tilpasning av organisasjonene for å ivareta de endringene som loven legger opp til. Det ser for Rælingen kommune ikke ut til at lovendringene kan gjennomføres fra 2012.

Kapittel 3:

§ 3-1. *”Kommunen skal sørge for at personer som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester”.*

Merknad: I høringsnotatet drøftes oppholdsprinsippet nærmere, men det er uklart hva som ligger i at ” *Reglene for Sosialtjenestelovens § 10 andre ledd om at oppholdskommunen forut for inntaket i institusjonen skal være ansvarlig for å yte tjenester under oppholdet og adgang til å kreve refusjon fra oppholdskommunen forut for inntaket i institusjonen, videreføres ikke* ” (høringsnotatets side 350).

Kommunene kjøper plasser for beboere i andre kommuner. Dette kan medføre at § 3-1 trer i kraft og vertskommunen blir belastet utgiftene. Et senere forskriftsarbeid skal i flg lovens § 11-1 eventuelt gi regelverk for håndtering av dette. Dette er et eksempel på at viktige endringer ikke er ferdigdiskutert, men henvises til senere prosesser.

§3-2. Merknad: Helse- og omsorgstjenestene i kommunen skal være ivaretatt gjennom ulike helsefremmende og forebyggende arbeid. Loven er profesjonsnøytral og det stilles ingen tydelige krav til at helsepersonell som kommunen ansetter skal være autorisert. Loven gir dermed ingen tydelig sikring av kvalitet på tjenestene og pasienter er ikke sikret at helsetjenestene er bemannet av personell med tydelige krav til faglig og etisk standard. Kommunene står fritt til å organisere og bemanne helsetjenestene sine i forhold til lokale forhold og behov. Dette kan føre til større ulikhet i helsetjenestetilbudet til pasienter enn tidligere, avhengig av bostedskommune.

For noen av kommunens spesialiserte tjenester bør det fremkomme et utdanningskrav i forhold til den som skal gi tjenesten. Dette får å sikre kvaliteten på tjenesten og sikre at bruker/pasient får den best kvalifiserte hjelp.

Rælingen kommune er enig i at det er behov for sterkere kommunal styring av fastlegene. For at dette skal være mulig må det gjennomføres en revidering av forskriften for fastlegeordningen. Det bør være en vekst i antall fastleger i kurativ praksis for å kunne imøtekomme samarbeide med andre og forebyggende arbeide. For å kunne ivareta de oppgavene som er tenkt overført fra sykehus til kommuner, må det legges planer for spesialisering og økt kompetanse hos både sykepleiere og leger.

Kommunens ansvarsområde innen feltet habilitering og rehabilitering ser ut til å endres vesentlig. Dette vil stille store krav til planlegging, økt bemanning og kompetanse og samarbeid internt, interkommunalt og med helseforetakene. For å møte dette kreves det;

- en opptrappingsplan på feltet re-/habilitering



- arbeids- og ansvarsavklaring kommune/helseforetak med klare retningslinjer og samarbeidsavtaler
- bemanningsnormer for å sikre riktig kompetanse og tilstrekkelige ressurser
- at opptreningselementet innen re-/habiliteringsfeltet styrkes både med tanke på intensitet og individuell tilpasning.

§3-2 Kommunens ansvar for helse- og omsorgstjenester.

Forslag til endring i punkt 4: Utredning, diagnostisering og behandling, herunder fastlegeordningen, *fysioterapitjenesten og psykologtjenesten*

Punkt 5: Sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering, *herunder aktiv opptrening av sosial, kognitiv og fysisk funksjon mestring, deltagelse og aktivisering*

Punkt 6: Andre helse- og omsorgstjenester, herunder:

- a) hjemmetjenester,
- b) heldøgntjenester i eget hjem eller institusjon
- c) personlig assistanse og
- d) avlastningstiltak.

Det synes uproblematisk at "personlig assistanse" erstatter Sosialtjenestelovens "praktisk bistand" og "støttekontakt". Kommunen støtter vurderingen av at støttekontakt ikke er eneste måte å organisere hjelp til meningsfylt fritid på, for eksempel har kommunen gode erfaringer med organisert deltagelse i aktivitetsgrupper.

§ 3-5 Kommunens ansvar for øyeblikkelig hjelp

Merknad: Teksten i denne paragrafen synes å være formulert slik at det blir uklart hvilket ansvar kommunen egentlig får for øyeblikkelig hjelp. Det blir vanskelig å få oversikt over hvilke pasientgrupper som skal til sykehus. Denne paragrafen kan også for oss synes å bære preg av et ikke ferdig arbeid.

§ 3-6 Kommunens ansvar for pasient-, bruker og pårørendeopplæring.

Merknad: Til nå har opplæring vært hjemlet i Sosialtjenesteloven, mens plikt/rettighetene til opplæring etter helselovgivningen har vært mer indirekte. Kommunen opplever at forslaget innebærer en ny plikt ifht dagens kommunehelsetjenestelov, og presiserer at dette vil innebære økte kostnader for kommunene i form av flere ressurser og gjennomføringsutfordring (organisering).

§3-7 Omsorgslønn.

Merknad: Kommunen bifaller at det er nedsatt et offentlig utvalg som skal se på ordninger for pårørende med særlig tunge omsorgsoppgaver, og skissere en løsning slik at forskjellene mellom kommunene mht bruken av omsorgslønn reduseres. Forholdet til folketrygdloven som helt / delvis skal dekke samme formål synes uklart, og kommunen regner med at utvalget utreder samordning av vedtak på pleiepenger / hjelpestønad / omsorgslønn.

§ 3-9 Brukerstyrt personlig assistanse.

Merknad: Kommunen støtter at kommunene skal ha tilbud om BPA, men selv kunne avgjøre innenfor rammen av nødvendige / forsvarlige tjenester, hvilke tjenester som de skal tilby den enkelte bruker, og om de skal organiseres som BPA. Kommunen bifaller at departementet ikke tilrår lovfesting av individuell rett til BPA, jfr høringen fra 2007.

Kapittel 6: Samarbeid mellom kommuner og regionale helseforetak

§ 6 -2 Krav til avtalens innhold



Merknad: Det må være en samarbeidsavtale som likeverdig avklarer et gjensidig helhetlig pasientforløp for å sikre en god oppgavefordeling. Det bør også fastsettes kriterier mellom helseforetak og kommune for når en pasient er utskrivningsklar.

Kapittel 9. Rettsikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemming.

Merknad: Er en videreføring av Sosialtjenestelovens kap 4A / gjeldende rett.

Kommunen ser at de strenge kravene til forebygging, forsvarlighet, saksbehandling, gjennomføring og evaluering er et rettsikkerhetsgode.

Vi vil likevel melde bekymring vedrørende ressurs- og kompetansesituasjonen på området. Fylkesmannen kan gi dispensasjon fra utdanningskravet, men dagens praksis er svært streng og på grensen til urealistisk ifht tilgang på høyskoleutdannet personell i mindre stillinger. Kommunen opplever samtidig innstramming av vilkårene for å få tilskudd til særlig ressurskrevende brukere, og med lovpålegg om to tjenesteytere ved bruk av tvang, forbrukes (u)forholdsmessig stor del av kommunens ressurser på noen få brukere.

En framtidig harmonisering av lovverket ifht bruk av tvang, med samme krav ifht alle brukergrupper, vil få store administrative og økonomiske konsekvenser for samfunnet.

Med hilsen

Ragnhild Margrethe Ottestad
enhetsleder