



HOD
Postboks 8011 Dep
0030 Oslo

Deres ref.:

Vår ref.:

Arkiv nr.:

Sandefjord,

13.01.2011

Helse- og sosialutvalget, Sandefjord kommune, fattet på møte 14.12.2010 følgende høringsuttalelse til forslag til ny kommunal helse- og omsorgslov:

1. Skjevhetene i inntektssystemet for kommunene setter ikke lavinntektskommuner i stand til å yte den samme standarden på tjenester som gjennomsnittet for kommune-Norge. Dette vil også gjelde de helsetjenestene som er beskrevet i lovforslagene. Publikum forventer et likeverdig helsetilbud og Sandefjord kommune vil presisere at de foreslåtte finansieringsmodellene ikke endrer dette bildet. Dersom regjeringen ønsker et likeverdig helsetilbud i Norge, må dagens inntektssystem endres.
2. Sandefjord kommune vil advare mot å godta de foreslåtte modellene for medfinansieringsansvar. Å la visse diagnosegrupper, eller visse aldersgrupper, være kostnadsbærende for kommunen ved innleggelser, vil innebære en stor fare for dreining av innleggelsespraksis for disse gruppene, og dermed også økt risiko for et mindreverdig tilbud. Denne type økonomiske insentiver kan ikke aksepteres da dette er i strid med retten til lik kvalitet på helsetjenestene uansett alder eller diagnose.
3. Høringsutkastet foreslår at kommunene kan pålegges å utvikle akutt døgntilbud som alternativ til innleggelser. Dette tilbudet skal styres av samarbeidsavtalene. Et slikt tilbud vil stille høye krav til kompetanse, personell og utstyr. Dette vil være svært kostnadskrevenende, og vil kreve en viss størrelse på fagmiljøet og pasientgrunnlaget for å kunne fungere slik at det blir faglig forsvarlig. Kostnadsberegningene og finansieringsløsningen rundt et slikt tilbud er uklart. Forskning viser at det er svært vanskelig å forutsi diagnose og behandlingsbehov ved innleggelser. Forekomst av "sosiale innleggelser" viser seg å være liten. Samlet sett kan derfor et slikt høykvalitetstilbud være mer passende for utskrivingsklare pasienter som krever intensiv oppfølging, enn for uavklarte akutt syke pasienter med utredningsbehov som bare kan dekkes forsvarlig innenfor spesialisthelsetjenesten. Ved etablering og utvikling av akutt døgntilbud i kommunene vektlegges samarbeid mellom kommunal legevakt og akuttfunksjonene i sykehus i samarbeidsavtalene. De kommunale legevaktene bør ha teknisk utstyr og telekommunikasjonsløsninger som muliggjør samarbeid med spesialisthelsetjenesten i diagnostisering og avklaring av behandlingsforløp i uklare situasjoner.
4. Fullfinansieringsansvaret for utskrivingsklare pasienter ansees som et forsvarlig forslag, dette vil omhandle pasienter som er utredet, diagnostisert og der behandling er startet opp. Kommunene må få sikkerhet for at denne ordningen finansieres fullt ut, og at midlene ikke skjevfordes som øremerkede midler med økte overføringer til de

kommunene som i dag ikke innfrir sine plikter i forhold til mottak av utskrivingsklare pasienter. Dette vil innebære at kommuner som har prioritert å overholde sine forpliktelser vil straffes økonomisk.

5. Høringsnotatet beskriver ikke i tilstrekkelig grad behovet for gode finansieringsløsninger for å få virkeliggjort forslagene som innebærer økt oppgavebyrde i kommunehelsetjenesten. Dette gjelder kommunal øyeblikkelig hjelpeplikt, medfinansieringsansvar ved innleggelser og fullfinansiering av utskrivningsklare pasienter. Det pekes også på lovendringer som journalføringsplikt for personell som ikke er helsepersonell og pliktig koordinatorfunksjon. I forslagene til lovendring kommenteres det kort at man ikke forventer at dette vil medføre økte administrative eller økonomiske kostnader. Sandefjord kommune mener at dette vil bety merarbeid og økte kostnader for kommunen.

6. Kommunene vil bli pålagt å inngå avtaler med lokalt helseforetak (eventuelt regionalt helseforetak) innen en viss tidsfrist. Disse avtalene skal være styrende når det gjelder konkret tjenesteyting til pasienter som befinner seg i skjæringspunktet mellom kommune og sykehus. Avtalene vil også regulere finansiering og ressursmessig fordeling mellom nivåene. Det er all grunn til å forvente at det vil bli vanskelig å forhandle frem disse avtalene, som i lovteksten bærer et visst preg av å være orientert mot sykehusenes behov. Sandefjord kommune vil påpeke at det må legges opp til et godt system for meklings og konfliktløsning. Kommunen er den sentrale og viktigste aktør i folkehelsearbeidet og i tilbud av helsetjenester lokalt. Kommunenes rolle som likeverdig og selvstendig part må tillegges avgjørende vekt i de kommende samhandlingsløsninger og i rolleavklaring med spesialisthelsetjenesten.

Helse- og sosialutvalget vedtok også å la administrasjonens grunnlagsdokument følge høringssvaret:

Utdypende kommentarer fra helse- og sosialetatens arbeidsgruppe

Arbeidsgruppen har bestått av:

Kommuneoverlege Ole Henrik Augestad, leder
Jurist Kjersti Harnes
Leder for utredningsavdelingen Gerd Numme
Seksjon helse og oppvekst Bente Ekanger
Kontorsjef Øyvind Rivrud

Ny kommunal helse- og omsorgslov

Vi vil i utgangspunktet generelt understreke at det er en svakhet ved høringsnotatet og lovforslaget som sådan, at departementet vil forskriftsfeste mange viktige områder for kommunen og at disse forskriftene ved fremleggelse av forslag til ny lov ikke er klare. I herværende forslag er de viktigste konkrete lovendringene for kommunen kun referert til som at "departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser" (for eksempel gjelder dette utskrivningsklare pasienter, fastlegeordningen, øyeblikkelig hjelp, medfinansieringsansvar, klageadgang mv). Dette gjør det svært vanskelig å utarbeide en grundig og gjennomarbeidet høringsuttalelse.

§2-1: Det å la helsepersonellovens krav til journalføring også gjelde alle utøvere av det som før gikk under begrepet sosialtjenester, vil medføre større administrative og økonomiske konsekvenser enn det som vurderes i høringsutkastet. Dette vil kreve tilgang til

journalssystemer for skriftlig å nedtegne de tjenester som ytes, noe som for store grupper tjenesteytere har vært dokumentert på enklere og mindre regelstyrt måte. Dette vil medføre økte omkostninger i opplæring og veiledning, i å ordne praktiske og forsvarlige tilgangsmuligheter til journal, og i økt tidsbruk i tjenesteutøvelsen. Disse konsekvensene undervurderes i høringsutkastet. Vi viser her til de konkrete erfaringene ved innføringen av kapittel 4 A i pasientrettighetsloven der bare det å innføre endringer i dokumentasjonsplikten for helsepersonell medførte, og medfører fremdeles, betydelige omkostninger.

Forslag til endring: §2-1 ny annen setning: De tjenester som ikke anses som helsehjelp fritas fra journalføringsplikt iht helsepersonelloven.

§3-2, pkt 3: ”Hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner,..”. Den foreslåtte lovformuleringen virker noe fremmedgjørende sett i forhold til det som er kommunenes hovedaktivitet når det gjelder akutt helsehjelp; tjenester gitt i organisert legevakt. Dette er en svært sentral kommunal tjeneste, og sett i lys av at legevaktsorganiseringen og det tjenestetilbudet som gis, framstår såpass ulikt i kommunene, er dette et område der forskriftsregulering anses som ønskelig.

*Forslag til endring: §3-2, pkt 3 Heldøgns helsefaglig akuttberedskap, herunder: a) legevakt
b) medisinsk nødmeldetjeneste*

§3-5 ”Kommunens ansvar for øyeblikkelig hjelp”. Våre kommentarer her må sees i sammenheng med kommentarene til §§ 6 og 11. Det etterspørres i høringsbrevet og i høringsnotatet etter særskilte kommentarer til om man skal lovfeste krav til kommunene om tilbud om døgnopphold for pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp.

Det er allmenn enighet om at en større del av pasientbehandlingen bør foregå i kommunene. Det er imidlertid lite forskningsgrunnlag for å si at det er gunstig at dette økte tjenestetilbudet bør komme som døgnopphold ved øyeblikkelig hjelp. Forskning har vist at det er svært vanskelig å fastslå diagnose, behandlingsbehov og prognose ved akutte legevaktssamtaler og i første undersøkelse ved akuttmottak på sykehus. Det er først ved videre bruk av sykehusenes utredningskapasitet at man kan si noe sikkert om pasientens situasjon. Dette gjør at utvelgelsene av pasienter som skal få et kommunalt døgntilbud i akuttfasen er beheftet med stor usikkerhet og kan medføre alvorlige feilvurderinger. Det understrekes i denne sammenheng at erfaringene fra de distriktsmedisinske sentrene som det henvises til i høringsutkastet, er av mindre verdi da de i liten grad er vurdert forskningsmessig.

Situasjonen er en helt annen når det gjelder pasienter som er akuttvurdert på sykehus, og der diagnose er satt og behandling startet. Her er det godt forskningsmessig grunnlag for å hevde at mange av disse pasientene hadde profitert på tidlig utskriving og overføring til et kommunalt tilbud. Her bør imidlertid lovbestemmelsene rundt ”utskrivingsklare pasienter” være lovreguleringsmuligheten.

Det er også viktig å få fram at de kommunale tjenestene det her er snakk om, i sin form er mindre fleksible enn sykehustjenestene. Kommunale sykehjemssenger er i hovedsak pasientenes hjem, og det tar tid å klargjøre senger og rom etter dødsfall eller utflytting til andre tilbud. Kommunens rolle som rammefinansiert totaltilbyder av omsorgstjenester innebærer også at det er et konstant press på døgntilbudssenger, noe som gjør det svært vanskelig å opprettholde en tilstrekkelig grad av fleksibilitet i dette tilbudet.

Problemet med rene sosial- og omsorgsbetingede innleggelser i sykehus (”causa socialis”) er et reelt problem, men forskning tyder på at dette problemet er av forholdsvis liten størrelse. Kommunen bør arbeide for å kunne gi denne gruppen et bedre akutt-tilbud (for eksempel gjennom styrket hjemmesykepleietilbud eller observasjonssenger på legevakt). I tilfelle innleggelse av slike pasienter bør dette reguleres ved at disse pasientene raskt etter grunnleggende utredning på sykehuset defineres som utskrivingsklare og dermed kan komme inn under en kommunal fullfinansieringsløsning.

§3-9 "Brukerstyrt personlig assistanse". Vi er enig i formuleringen som gjør at BPA ikke blir en lovfestet individuell rettighet, men blir en tjeneste der kommunene vurderer tildeling. Viser til gjennomgangen av høringsrunden fra 2007 i høringsnotatet, der argumentene for dette kommer godt fram.

§6-1 "Plikt til å inngå samarbeidsavtale". Det er viktig at pasient- og brukererfaringer tillegges vekt ved utarbeidelse av avtaler. Men samtidig kan det stilles spørsmålstegn ved representativiteten til de aktuelle organisasjonene. Man bør derfor sikre en mest mulig mangfoldig innhenting av disse erfaringene, blant annet gjennom brukerundersøkelser, generelle spørreundersøkelser, og nettbaserte høringer, i tillegg til organisasjonsbasert medvirkning. Det er derfor ønskelig å ta høyde for dette i lovforslaget.

Forslag til endring: §6-1 siste avsnitt: Pasient- og brukererfaringer skal innhentes og være en del av vurderingsgrunnlaget ved utarbeidelse av avtalene.

§6-2 "Krav til avtalenes innhold"

Pkt 3.: "Tiltak mot unødvendig innleggelse av pasienter i sykehus." Dette tekstforslaget ikke sterkt nok forskningsmessig underbygget i forhold til behovet for å lovfeste en slik tiltaksformulering. Her, som ellers i teksten i kap 6, må man tilstrebe en gjensidighet i formuleringene, og lage en lovtekst som forholder seg til det reelle problemet, og i denne sammenhengen er det kvaliteten på vurderingene.

Forslag til endring: §6-2 pkt 3: Tiltak for å sikre bedre kvalitet i vurderingen av behovet for innleggelse på sykehus.

Pkt 9.: Hvis det innføres med- eller fullfinansieringsordninger, vil det være behov for robuste ordninger knyttet til uenighet og konflikt i gjennomføringen av disse avtalene, se her også §§ 6-5 og 11. Det vil være en fordel at klage- og konflikthåndteringen ivaretas på en uniform måte nasjonalt, og av et organ som allerede i dag delvis har en rolle i slike konflikter; fylkesmannen ved fylkeslegen (riktignok i nåværende situasjon mest i rollen som Helsetilsyn).

Forslag til endring: §6-2 pkt 9: Opplegg for håndtering av uenighet ved gjennomføring og endring av avtalen, med Fylkesmannen som meklingsinstans og, hvis gjensidig avtalt, som avgjørelsesmyndighet.

§6-5 "Mekling for avtaleinngåelse". Hvis disse avtalene får betydning for ressursfordelingen mellom sykehus og kommune, vil vi risikere å få et betydelig større behov for mekling. Det vil være grunn til å tro at dette behovet vil overstige Helsedirektoratets kapasitet, og dessuten vil god mekling være avhengig av lokalkunnskap for å kunne gjennomføres på en optimal måte. På samme måte som under §6-2 pkt 9 er det naturlig i denne sammenheng å peke på fylkesmannembetet som en naturlig meklingsinstans. Dette foreslås innarbeidet i lovteksten.

§7 "Individuell plan, koordinator og koordinerende enhet" Dette kapittelet vil, sett i sammenheng med endringer spesialisthelsetjenesteloven, medføre økte utgifter og økt ressursbruk for kommunene. Dette vektlegges ikke i tilstrekkelig grad i høringsnotatet. Forslaget støttes imidlertid ut i fra at dette er tjenester som best kan gis med basis i kommunen. Et tilleggsproblem i denne sammenhengen er de barn og unge som har hoveddelen av sine problemer innenfor skole. De og deres pårørende vil også ha behov for koordinerte tjenester, men omfattes ikke av dette lovverket.

§10 "Tvangstiltak overfor rusmiddelmisbrukere". Man viderefører tidligere regler om tvangsbruk. Det er betydelig variasjon nasjonalt i bruken av disse reglene, og det er svært lite forskning som sier noe om effekt. Ut fra det burde man ha hatt en egen gjennomgang av dette problemfeltet uavhengig av den nåværende lovprosessen. Et annet poeng er at LAR, en

ressurskrevende og faglig utfordrende tjeneste innenfor dette feltet, bare kan finnes som del av §3-2 pkt 5. Svake grupper som har stor grad av helsesvikt kunne med fordel ha blitt synliggjort, og kommunene ansvarliggjort, ved direkte bruk av lovregler rettet mot de tjenester man ønsker at kommunene konkret skal tilby disse gruppene. Dette ville også vært i samsvar med lovens formål slik det er gitt i §1-1 pkt 2.

§11-1 "Kommunens ansvar for utgifter". Lovforslaget viderefører oppholdsprinsippet som grunnlag for dekning av utgifter til nødvendige kommunale helse- og omsorgstjenester. Det åpnes i lovteksten, og i høringsnotatet, opp for en ny vurdering av dette på et senere tidspunkt. En slik gjennomgang støttes.

§11-3 "Kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenester". Vi vil, med henvisning til drøftingen under § 3-5, advare mot medfinansieringsløsninger som kan virke begrensende på frie medisinskfaglige vurderinger av innleggelser. Det er spesielt viktig å advare mot forslag som rammer enkeltgrupper, slik som pasienter over 80 år. Hvis det koster kommunen noe å legge inn pasienter tilhørende slike enkeltgrupper, vil det være vanskelig å unngå risikoen for at innleggelsespraksisen for disse gruppene vil kunne dreie i retning av et mindreverdig tilbud.

Det vurderes også å innføre en kommunal medfinansiering av psykisk helsevern og rusbehandling basert på kurdøgn og opphold i private rehabiliteringsinstitusjoner. Her er det svært vanskelig å finne tall som med en viss grad av sikkerhet kan gi en pekepinn på forventet aktivitet, og om forventet kostnadsdekning.

Medfinansieringsmodellene lider generelt under mangel på tilgjengelig godt tallmateriale, og ut fra vår erfaring med spesialisthelsetjenesten, vil det kreve mye tid og ressurser å bygge opp og drive slik nødvendig registrerings- og statistikkaktivitet. Administreringen av en medfinansieringsmodell vil også kreve ressurser i oppbyggingen og i drift både på sykehussiden og i kommunene.

Samlet sett mener vi derfor at man bør forlate ideen om medfinansiering.

§11-4 "Kommunalt finansieringsansvar for utskrivingsklare pasienter". Viser igjen til drøftingen under § 3-5. Et slikt finansieringsansvar kan lettere forsvares medisinsk sett. Det vil imidlertid lett kunne oppstå konflikter omkring avgjørelsen av om pasienter er utskrivingsklare eller ikke. Her er det behov for avklaringer, og en ankeinstans i tilfelle uenighet. Dette skal avtalereguleres, og det vises i den sammenheng til drøfting under §6. Det er vanskelig å korrekt beregne kommunenes tilskuddsbehov for å innfri sine forpliktelser etter denne paragrafen. Bruk av historiske tall vil kunne gi alvorlige skjevheter, sannsynligvis er en rammefinansieringsmodell mest rettferdig. Det er uansett viktig at kommunene får overføringer som er tilstrekkelig til å dekke utgiftene, i startfasen kan det være aktuelt å betale for oppholdsdøgn i spesialisthelsetjenesten inntil kommunalt tilbud er utbygd og vi må få midler tilsvarende døgnkostnader i spesialisthelsetjenesten. Det er med andre ord viktig at "nasjonal fastsatt betalingssats" er høy nok til å dekke kommunens utgifter. Ansvaret for utskrivningsklare pasienter fra første dag bør i oppstart av ordningen bare gjelde somatiske pasienter, der vi har gode erfaringstall ut fra dagens drift. En utvidelse til å omfatte psykiatri og rus må utredes grundig før oppstart. Det tar blant annet tid å etablere tilbud (spesielt botilbud) for denne gruppen.

Med vennlig hilsen

Ole Henrik Augestad
Kommuneoverlege

