

SAKSFRAMLEGG

Saksbehandler: Anne Marie Lobben
Arkivsaksnr.: 11/68

Arkiv: 020 &13

SIGDAL KOMMUNES HØRINGSUTTALELSE TIL REGJERINGENS FORSLAG TIL NY LOV OM KOMMUNALE HELSE- OG OMSORGSTJENESTER

Rådmannens forslag til vedtak:

**Høringsuttalelsen godkjennes og sendes Helse og omsorgsdepartementet innen
høringsfristen 18.01.11.**

Saken avgjøres av: Hovedutvalget i Helse og sosial

Sigdal kommunes høringsuttalelse til regjeringens forslag til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester

Sigdal kommune vil i denne høringsuttalelsen vektlegge enkelte områder innenfor Helse og omsorgsloven som vi mener bør tydeliggjøres/sikres bedre enn det blir gjort i det lovutkastet som nå er på høring.

Andre del av høringsuttalelsen er en tilslutning til høringsuttalelse utarbeidet i kommunehelsesamarbeidet Vestre Viken. Mens første del er momenter vi særlig ønsker å understreke og som avviker fra kommunehelsesamarbeidets uttalelse.

DEL 1:

Profesjonsnøytralitet

Forslaget om profesjonsnøytralitet er i utgangspunktet en tillitserklæring og gir kommunene organisasjonsfrihet og handlingsrom. Vi mener likevel at det er en fare for at forslaget om profesjonsnøytralitet vil kunne svekke kvaliteten på helse- og omsorgstjenestene, og at det er sammenhengen mellom profesjonskunnskap og forsvarlighet som er avgjørende for kvaliteten på tjenesten som gis til bruker.

Vi mener at forslaget om profesjonsnøytralitet vil kunne føre til en nedtoning av hvilken kompetanse som er nødvendig for at pasientene skal få den helsehjelpen de har rett og krav på. Det vil også kunne føre til en svekkelse av det fagspesifikke, og det vil først og fremst kunne ramme de pasientgruppene som det er fokus på i samhandlingsreformen; de som har sammensatte og komplekse hjelpebehov og stort behov for koordinerte tjenester, samt de som vil profitere på økt forebyggende og helsefremmende innstas. Gode individuelle helsetjenester, god samhandling mellom tjenesteområder og rundt den enkelte pasient sikres ved faglig

kompetente profesjoner. Den fagspesifikke kompetansen som utøves av andre enn leger bør også sikres og omtales i lovteksten.

”Hensiktsmessig” og ”økonomisk” organisering må ikke gå på bekostning av forsvarlighet. Tydelig faglig identitet og integritet er en forutsetning for gode tjenester i kommunene. Summen av trygg profesjonsidentitet gir et godt tverrfaglig samarbeid til beste for våre brukere. Helse- og omsorgstjenesten vil ikke klare å gi hjelpetrengende og syke pasienter nødvendig helsehjelp uten en grunnbemanning med kompetente sykepleiere og andre med fagutdanning.

Praktisk bistand til de under 67 år.

Betingelser en annen organisering enn ordinære kommunale hjemmetjenester; Tjenestene skal ytes over lang tid, Brukerne er i andre faser av livet og har andre tjenestebehov enn den eldre gruppen. Gruppen er ikke homogen og behovene er like variert. Generelt store kostnader knyttet til denne gruppen.

BPA (Brukerstyrt personlig assistent)

Fortsatt individuell rett til BPA. Det motsatte undergraver målet om full deltagelse og likestilling. Utvanning av BPA gjennom mulighet til å gradere brukerstyringen er uheldig. Det at brukeren selv ansetter og velger sin assistent bør være selvfølgelig, også for at det skal bli et godt arbeidsforhold mht personlig kjemi og innhold i tjenesten.

Kommunen bør ikke overta styringsrollen. Det vil videre bety merarbeid i form av administrasjon og koordinering fra kommunens side.

Sosialtjenestelovens paragraf 4.2.

Deler av paragraf 4.2 i lov om sosiale tjenester er falt bort i det nye lovforslaget (støttekontakt). Hele paragrafen må videreføres i den nye helse og omsorgsloven. Begrepet støttekontakt må ikke forsvinne som begrep eller ordning.

Ny helse og omsorgslov vs NAV loven (Lov om arbeids- og velferdsforvaltningen)

Det er behov for en presisering i den nye loven vedr NAVs ansvarsområde når det gjelder tildeling av bla Økonomisk sosialhjelp. Det er uklart hvilket lovverk som styrer NAV og de kommunale oppgavene som sorterer under NAV.

Rettighetene i forhold til sosialtjenestene, som tidligere ble regulert i lov om sosiale tjenester har blitt svekket ved dannelsen av den nye helse og omsorgsloven.

Klageinstans.

De foreslåtte klagereglene er også å anse som en tillitserklæring til kommunene og kommunenes selvstyret, men vi mener likevel at det vil kunne svekke brukernes rettssikkerhet og kunne medføre økt ulikhet i tjenestetilbudet som gis i kommunene (økonomi og skjønn). Det bør sikres en nasjonal standard. Helsetilsynet vil sikre at det er forsvarlige vedtak som blir fattet. Et statlig tilsyn vil også kunne se gode lokale løsningstilpasninger der dette legges til grunn i kommunale vedtak.

Klageinstansen må derfor etter vårt syn ha myndighet til å kunne endre vedtak. Klageinstansen bør være Helsetilsynet.

Døgntilbud for øyeblikkelig hjelp i kommunene

Kommunen har en plikt til å yte øyeblikkelig hjelp. Det ivaretas i dag i hovedsak av fastlegene og gjennom legevaktordningen.

I høringsutkastet reises det spørsmål ved om kommunene for å ivareta denne plikten også bør ha et alternativ til sykehusinnleggelse, dvs et døgntilbud for pasienter som trenger øyeblikkelig hjelp i form av innleggelse, men ikke på sykehusnivå.

Sigdal kommune mener at dette ikke behøver å være problematisk, selv for mindre kommuner. Dette gjelder for behandling av avklarte tilstander, uansett alder på pasient. Sigdal kommune (3 500 innbyggere) tilbyr i dag i realiteten ”øyeblikkelig hjelp”. Døgntilbudet fås på sykehjemmet, fleksibilitet i kommunens legetjeneste gjør at tilstander kan avklares av lege, uansett tid på døgnet. Sykepleier på vakt har myndighet til å avklare innlegging på sykehjemmet. Sammen med lege gjøres en vurdering i forhold til faglig forsvarlighet. Pasienter med avklarte tilstander kan dermed få fullverdig behandling i kommunen, uten å gå via sykehusinnleggelse.

Lokalmedisinsk senter

For å kunne benevne sykehjemmet som lokalmedisinsk senter må man bygge ut sykehjemmet med lindrende enhet/korttidsplasser til observasjon og behandling før og etter sykehusinnleggelse, og få økonomiske ressurser til å kunne bemanne og drifte denne enheten, inkludert legetjenester. Rekruttering av fagutdannet personell til Sigdal har ikke vært problematisk, da man har drevet målrettet med dette og at man gjennom mange år har jobbet seg fram et godt rykte som en veldrevet og faglig utfordrende arbeidsplass. Målsetningen må være at det skal lønne seg å bli behandlet i kommunen for alle parter.

Økonomiske rammebetingelser

Sigdal kommune støtter KS sin høringsuttalelse når det gjelder økonomiske rammebetingelser: Herunder at de økonomiske konsekvensene for kommunene må kartlegges bedre, og at de økte kostnadene forutsettes fullfinansiert.

Kompensasjon for utskrivningsklare pasienter

Kompensasjonen for å overta pasienter fra sykehusene fra dag én må fordeles som rammetilskudd etter kostnadsnøkkelen, og ikke etter hvor mange overliggere de har. Da blir de kommunene som per i dag er flinke til å ta tilbake pasienter tidlig, bli straffet fordi de har vært flinke.

Pilotkommune

Loven bærer preg av hastverksarbeid. Medfinansieringsmodell er ikke klar. Konsekvenser er ikke tilstrekkelig utredet/hensyntatt. Geografiske forhold, stordriftsulempen, smådriftsfordeler er ikke tilstrekkelig utredet.

Istedenfor å vedta loven for raskt så bør man gjennomføre et prosjekt med finansieringsplan og pilotkommuner slik at man kan danne seg et grunnlag for hva dette vil kunne koste og hvordan dette vil kunne realiseres.

I Sigdal ligger vi godt an i forhold til de målene Samhandlingsreformen legger til grunn; Vi samhandler innad i kommunen og utad mot spesialisthelsetjenesten og mot andre kommuner der det er hensiktsmessig. Det er korte kommandolinjer og oversiktlige forhold. Brukerne opplever dermed å få riktig tjeneste til riktig tid. Tjenesteytergruppene benyttes fleksibelt og kostnadseffektivt.

Vi ønsker å være en pilotkommune for å se hvordan en liten kommune, med avstand til nærmeste sykehus kan tilnærme seg målene med Samhandlingsreformen på en kostnadseffektiv måte, til brukerens beste.

DEL 2:

Følgende høringsuttalelser er en tilslutning til høringsuttalelse utarbeidet i kommunehelsesamarbeidet Vestre Viken:

Lovforslaget er i hovedsak en videreføring av gjeldene bestemmelser og kan ikke sies å oppfylle målsettingen i Samhandlingsreformen, slik lovutkastet nå foreligger.

Til dels gir lovforslaget en tydeliggjøring av kommunens oppgaver, men gir bare konturene av en ramme for den bebudede nye kommunerollen. Slik lovforslaget foreligger, fører det ikke til økt innsats for folkehelse og forebygging – det er også her gjeldende regelverk som er videreført. Lovforslaget gir i seg selv ingen bedret legetjeneste i kommunene, selv om det kan komme gjennom revisjon av fastlegeforskriften.

Det er også uklart i hvilken grad lovforslaget understøtter en klarere pasientrolle og et mer helhetlig pasientforløp, selv om forslaget er ment å legge til rette for samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunenes helse- og omsorgstjenester.

Imidlertid vil det først være når finansieringen av bestemmelsene i lovforslaget er kjent at en vil kunne si om forslagene bidrar til å oppnå målsettingen i Samhandlingsreformen.

Generelt

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.

Kommunenes ansvar

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 effekten av helsefremmende og forebyggende arbeid.

Det forutsettes at dersom det lovfestes at kommunen skal sørge for tilbud på døgnbasis til pasienter med behov for umiddelbar helsehjelp, 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.

Forsvarlighet, pasientsikkerhet og kvalitet

Det er positivt at ansvar for kvalitet og pasientsikkerhet er tydelig i lovteksten.

Når det gjelder kvalitetsdefinisjoner er det viktig å ha definisjoner som kan måles, enten objektivt eller subjektivt. Arbeidet vil imidlertid kreve ekstra ressurser i kommunene.

Legetjenesten i kommunene

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

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.

Samarbeid mellom kommuner og regionale helseforetak

I høringsnotatet vektlegger departementet ikke ubetydelige stordriftsfordeler ved at kommuner samarbeider om å løse oppgaver innenfor helse- og omsorgstjenesten. Stordriftsulempene ved dette er for lite vektlagt.

Samarbeid kommuner i mellom må baseres på frivillighet. 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 Kommnehelsesamarbeidet 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.

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.

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

Individuell plan, koordinator og koordinerende enhet

Det bør ikke åpnes for at spesialisthelsetjenesten i visse tilfeller bør ha et selvstendig ansvar for å utarbeide individuell plan, da det er en risiko for at det kan bli uklare ansvarsforhold. Imidlertid er det vesentlig at spesialisthelsetjenesten må ha en plikt til å medvirke i arbeidet med individuell plan, bortsett fra i enkelte særskilte tilfeller der bare spesialisthelsetjenesten er involvert. I disse tilfelle bør det som i dag, være spesialisthelsetjenesten som har ansvar for utarbeide den individuelle plan.

Det bør ikke lovfestes en plikt til å ha en koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet. I og med at kommunen står fritt til å organisere sitt arbeid må det være tilstrekkelig at det er en plikt for kommunen til å oppnevne en koordinator, og at kommunen har systemansvar for arbeidet med individuell plan og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator. Hvordan dette gjøres, må overlates til kommunen å beslutte.

Undervisning, praktisk opplæring og utdanning

Den bebudede utvidelsen av kommunale oppgaver vil kreve økt rekruttering av kvalifisert personell og styrking av kompetanse hos eget personell i kommunene. Utdanningskapasiteten på høyskoler og universitet må styrkes vesentlig og må innrettes mer mot kommunale oppgaver. Samtidig vil det økte kommunale engasjementet i 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 nyutdannede 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 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 forsknings samarbeid gjennom avtaler med andre kommuner, helseforetak og forskningsinstitusjoner.

Rettsikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemning

Bestemmelsene om bruk av tvang og makt i lovforslagets kapittel 9, bør samordnes med kapittel 4 A om helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen mv, i Pasientrettighetsloven.

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(engangskostnader) i form av planlegging, etablering av nye tilbud, IKT utbygging, helseovervåking og kompetansebygging i en overgangsperiode som vil gå over flere år.

Vi er av den oppfatning at departementet i alt for stor grad i forbindelse med ulike lovforslag konstaterer at forslagene ikke antas å ha økonomiske og administrative konsekvenser. Imidlertid er forholdene slik at når dette synspunkt gjentas ved et hvert nytt/endret forslag, vil selv mindre endringer over tid ha betydelige administrative med påfølgende økonomiske konsekvenser for kommunen. Dette må departementet i sitt videre arbeid ta hensyn til. Det konstateres at det gjennom denne høringen ikke blir en avklaring om modell for kommunal medfinansiering.

Endret ansvar og finansiering for utskrivningsklare pasienter fra psykisk helsevern og rusbehandling bør ikke innføres fra 1.1.2012, da data for utskrivningsklare pasienter fra disse er dårlige, bl.a. er "utskrivningsklar-definisjonen", vanskelig. Overføring av midler til kommunene for utskrivningsklare pasienter må baseres på objektive demografiske data, og ikke på historiske data for hvor mange utskrivningsklare pasienter hver kommune har hatt. Det siste vil "straffe" kommuner økonomisk som allerede har tatt et ansvar for utskrivningsklare pasienter. Sigdal kommune vil avvente til det tidspunkt en eventuell forskrift om finansiering av utskrivningsklare pasienter sendes ut på høring, til å gi sin endelige uttalelse om dette. Imidlertid er det viktig å understreke at en slik forskrift må sendes ut på høring i så god tid at kommunene både kan ha tid til høring, og ikke minst god tid mellom fastsettelse og iverksettelse.

Risikoen ved innføring av nye økonomiske rammebetingelser for kommuner og helseforetak bør vurderes nøye. For å redusere risikoen for uønskede hendelser og styrke kommunenes forutsigbarhet bør departementet vurdere om forslaget om iverksettelsen av de nye finansielle virkemidlene fra 1.1.2012 utsettes et år.

Sigdal kommune er ikke enig i at det ikke skal være adgang til å kreve refusjon fra oppholdskommunen. Oppholdsprinsippet gir betydelige utfordringer for de store turistkommunene, med den boliggyggingen som er i ferd med å skje med hyttebebyggelsen.

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.

Andre innspill

Før 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.

... Sett inn saksutredningen over denne linja ↑