

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 Oslo

epost: postmottak@hod.dep.no; elisabeth.salvesen@hod.dep.no; kjetil.jonsbu@hod.dep.no

Asker, 18. januar 2011

Kommentarer til forslag til lov om kommunale helse og omsorgstjenester

Her følger kommentarer fra Stiftelsen KRAFT til samhandlingsreformens forslag til lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. Stiftelsen KRAFT leverte den 7. januar 2011 kommentarer til Stoltenbergutvalgets rapport om narkotika. I dag har vi også kommentert ny lov om folkehelse. Disse kommentarene er relevante for hvordan vi vurderer ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester.

HOVEDBUDSKAP

Stiftelsen KRAFT mener at samhandlingsreformens utgangspunkt - slik det ble beskrevet ved reformens lansering og stortingsmelding nr. 47 - lar seg realisere innenfor dagens lover. Det er ikke nødvendig å erstatte dagens sosialtjenestelov og kommunehelsetjenestelov med en ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester for å imøtekomme de utfordringene som lå til grunn for samhandlingsreformen. Dersom ny lov likevel skal erstatte tidligere lover, så er det behov for en mer inngående beskrivelse og utredning av hvordan innholdet i dagens lover - med tilhørende forskrifter - paragraf for paragraf er videreført i forslaget til ny lov.

RAMMEBETINGELSER OG NY LOVGIVNING

Samhandlingsreformen utvikles videre innen rammen av St.meld. nr. 47 (2008-2009) og Stortingets Innst. 212 S (2009-2010). Departementets forslag om at ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester skal erstatte kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven, kan vi ikke se at har vært forutsatt tidligere. Tidligere helse- og omsorgsminister Bjarne Håkon Hanssen sa følgende ved lanseringen av samhandlingsreformen i august 2008:

- Manglende kontakt mellom sykehus og kommuner er det viktigste hinderet for å gjøre helsetjenesten enda bedre. Dette skal vi gjøre noe med.

Med stortingsmeldingen nr. 47 (2008 - 2009) ble reformen presentert for Stortinget. Meldingen beskriver tre utfordringer og fem hovedgrep for å møte disse utfordringene. Utfasing av kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven til fordel for ny lovgivning ble ikke beskrevet som aktuelt grep.

Det fremgår av Innst. 212 S - 2009 - 2010 at kommunehelsetjenesteloven skal revideres, men ikke at dagens lovgivning skal erstattes. Hvis sosialtjenesteloven skal erstattes til fordel for en mer omfattende samlelov så krever dette en langt mer omfattende utredning og samfunnsdebatt enn det samhandlingsreformen til nå har medført.

De utfordringer som utløste samhandlingsreformen er reelle og gjenkjennbare for deltakerne i KRAFT og våre brukere. Vi mener at disse må kunne løses innenfor dagens lovverk, eventuelt med nødvendige revisjoner av aktuelle lover som kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven med tilhørende forskrifter.

Det er ikke behov for grunnleggende endringer i helse- og omsorgstjenestens organisering og lovgivning. Behovet er effektivisering, kunnskaps- og kompetanseløft innenfor dagens lovgivning og organisering.

KRAFT frykter at den dynamikken som nå har kommet inn i samhandlingsreformen fjerner oppmerksomheten fra det som var reformens utgangspunkt: - Bedre samhandling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten, og bedre tverrfaglig koordinering. For våre brukere med rusproblematikk er behovet av mer praktisk karakter enn det som fremkommer av den vending som samhandlingsreformen nå har tatt.

Noen eksempler på det vi mener er viktige utfordringer:

- Økonomiske incitament er ofte viktigere enn best mulig faglige tiltak
- Det sosialfaglige perspektivet må ikke overstyres av medisiner og helsefaglig perspektiv
- Tverrfaglige ansvarsgrupper og individuell plan må tas mer effektivt, kompetent og aktivt i bruk
- Kommunene må mer aktivt etablere praksis med personlig og kompetent koordinator for samlet tiltak
- Det er ventelister for nødvendig behandling mens private / frivillige aktører har kapasitet
- Kompetansenivået i fagmiljøene kan bli bedre vedr sosialtjenesteloven & annen relevant regulering
- Samhandlingen mellom sykehus, frivillige og kommuner må bli bedre for å unngå brudd i tiltaket
- Brukermedvirkning må kreves ikke bare av frivillige aktører men også offentlig helse og sosialtjeneste

Stiftelsen KRAFT kan ikke se at de problemstillingene som vi møter i hverdagen forutsetter at dagens lovgivning fases ut til fordel for ny lovgivning. Vi frykter at viktige rettigheter for brukerne, og plikter for kommunene blir omdefinert og innarbeidet i en ny lovstruktur, mens utfordringen burde være at dagens sosialtjenestelov ble bedre implementert i dagens offentlige forvaltning.

UTGÅENDE LOVERS VIDEREFØRTE INNHOLD I NYE LOVER MÅ SYNLIGGJØRES BEDRE

Dersom samhandlingsreformen likevel utvikles videre i den retning som reformen nå har, og ny kommunal helse- og omsorgslov skal erstatte kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven, så krever det er mer omfattende utredning og informasjon enn det som foreligger hittil.

Selv med stor utredningskapasitet er det vanskelig for høringsinstansene å overskue hvordan innholdet i dagens lovgivning blir videreført i forslaget til nye lover. Det er vanskelig i løpet av noen få måneder å vurdere og kommentere hvordan de enkelte rettigheter og plikter vil bli videreført. De lovene som etter forslaget skal utgå, er utviklet gjennom samfunnsutvikling og politiske prosesser over en periode på mer enn 25 år.

For å kunne vurdere forslaget til nye lover bør det foreligge en detaljert gjennomgang av de lovene som skal fases ut. Paragraf for paragraf må gjennomgå med beskrivelse av hvordan innholdet er planlagt videreført i forslaget til ny lov eller revisjon av eksisterende lover. En slik gjennomgang må også omfatte dagens forskrifter, veiledninger, rundskriv og etablert forvaltningspraksis, med informasjon om hvordan innholdet videreføres, og om ny lovgivning gir samme hjemmel som eksisterende lovgivning.

For Stiftelsen KRAFT er det særlig forslaget om å erstatte sosialtjenesteloven med ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester som vekker noe bekymring. Sosialtjenesteloven gir sosialt vanskeligstilte viktige rettigheter, og gir hjemmel for kommunens plikter. Loven er hovedhjemmel for vedtak om tiltak og tjenester til våre brukere.

Selv om vi finner mange gode formuleringer i forslaget til ny lov, så er det umulig for oss å etablere en uttømmende forståelse av hvordan innholdet i dagens sosialtjenestelov med tilhørende forskrifter er videreført i lovforslaget, og hvordan dette helt konkret vil få virkning for rettighetene til våre brukere.

SAMHANDLINGSREFORMEN - TILBAKE TIL UTGANGSPUNKTET

På bakgrunn av resonnementet ovenfor anbefaler vi at samhandlingsreformens videre fremdrift må ta utgangspunkt i de utfordringene og hovedgrep som var utgangspunktet for reformen, slik det tidligere er beskrevet ved reformens lansering og de vedtak som ble gjort i Stortinget ved behandlingen av St.meld. nr. 47.

Dette kan innebære visse revisjoner av eksisterende lover og forskrifter, og iverksettelse av tiltak og virkemidler som ikke krever ny lovgivning eller nye strukturer i helse- og omsorgssektoren. Noen aktuelle tiltak:

- Målrettet og avgrenset revisjon av eksisterende lover og forskrifter
- Bedre avtaler mellom helseforetakene / staten og kommunene

- Bedre implementering av den frivillige sektors bidrag i de samlede helse- og omsorgstjenestene
- Styrke ordninger for tilsyn og klageadgang til fylkesmennene, helsetilsynet og evt helse og sosialombud
- Utrede hvordan brukere av helse- og sosialtjenester i større grad kan fremme sak i rettsapparatet
- Mer bruk av incitament for effektivisering i helse og sosialtjenesten - benchmarking etc
- Utvikling av tydelige og konkrete retningslinjer og kvalitetskriterier for helse og sosialtjenester
- Iverksette effektiviserings-, kompetanse- og kunnskapsløft i rammen av dagens regulering og organisering

Dersom det likevel er politisk flertall for å erstatte kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven med en ny lov for hele feltet, så krever det betydelig mer utredning og lengre tidsperspektiv enn det høringen nå legger opp til.

Våre etterfølgende kommentarer til lovforslaget innebærer ikke aksept av at ny lov bør erstatte dagens lov.

PRIVAT VIRKSOMHET

KRAFT slutter seg til at private som har avtale med kommunen skal være omfattet av lov om sosiale tjenester evt ny lov om kommunal helse og omsorgstjenester. Private som ikke har avtale, men leverer tjenester som etter loven er kommunalt ansvar, bør også kunne reguleres ved forskrift.

Vårt inntrykk er at dette allerede er ivarettatt. Virksomheter i KRAFT har kontakt med fylkesmennene, og mottar råd og veiledning. Det gjennomføres dessuten i blant tilsyn ved virksomhetene med etterfølgende tilsynsrapportering og evt avviksrapportering for videre oppfølging.

Statlige tilskuddsordninger, som kap 763 post 71, sikrer grunnfinansiering for denne type tiltak innenfor rusfeltet. Tilskuddsordningen forvaltes etter retningslinjer som kvalitetssikrer statlige tilskudd.

Det er litt uklart hva høringsnotatet mener med "*private rusinstitusjoner uten avtale med kommunen*" - ref. øverst på side 77. Det antydes at dette betyr inntak av pasienter uten kommunal tildeling av plass. I vårt system, i den grad det er tiltak utenfor spesialisthelsetjenesten, så omtales personene som regel som brukere. Pasientbegrepet forbeholdes spesialisthelsetjenesten. Vi går heller ikke utenom kommunen ved inntak, men legger stor vekt på dialog med kommunen både forut for inntak, ved inntaket og etter inntak. Avrusningsenheten ved vår deltaker P22 i Oslo, har avklart sine inntaksrutiner med Helsedirektoratet, og krever ikke forutgående kommunal henvisning.

Det forekommer at kommunene ikke stiller opp med tilfredsstillende behandlingsløp for brukeren, og heller ikke ønsker å garantere for opphold ved KRAFT-deltakende institusjon. I slike tilfeller forekommer det at brukeren likevel tas inn, enten uten at vår virksomhet mottar betaling, eller ved delvis egenbetaling eller gaver.

I sistnevnte tilfelle kan det virke urimelig at staten ved lov skal regulere tiltak for brukere som verken staten eller kommunen deltar i tilbudet til. På den annen side har vi i KRAFT presisert at også brukere uten offentlig betaling skal ha den samme kvalitetssikring av sitt tiltak som andre. Helse- og sosiallovgivningen er god standard for dette.

Private aktører kan ha et verdigrunnlag som ikke er nøytralt. Spørsmålet er om det finnes noe som er nøytralt. Vi mener at verdigrunnlag knyttet til politisk ideologi, filosofiske og terapeutiske retninger - eller kristent livssyn - må ikke motarbeides ved henvisning til at virksomheten omfattes av loven. KRAFT har en tydelig evangelisk kristen forankring. Våre brukere søker nettopp til dette fundamentet.

HELSETJENESTER - SOSIALTJENESTER

Lovforslaget opphever skillet mellom helsetjenester og sosialtjenester, jf. § 2-1. Etter rusreformen i 2004 har vi erfart at den medisinskfaglige tilnærmingen har økt, mens den sosialfaglige prioriteringen kunne vært sterkere. I praksis innebærer dette økt medisiner og oppbygging av LAR, mens vi etterspør mer støtte til arbeidstrening, samtalerterapi, sterkere miljøfaktor i det samlede tiltaket, tilbud om bolig i rusfrie omgivelser, støtte til utdanning og etablering av sosiale nettverk og prioritering av å forankre tiltaket i ansvarsgruppe og individuell plan.

Det helsefaglige perspektivet har imidlertid også fordeler. Helsefagets krav til forskningsbasert etablering av kunnskap er en styrke i møte med samfunnsfaglig tradisjon. Forutsatt at de sosialfaglige prioriteringene ikke svekkes, så har ikke KRAFT innvendinger mot forslaget.

LOKALMEDISINSKE SENTRE

Det synes for KRAFT noe åpent hvilke funksjoner som skal legges til de lokalmedisinske sentrene. Lovforslaget åpner etter det vi ser for en bredde av mulige modeller for organisering og tillagte tjenester. Det antydes forskjellige tilknytningsformer mellom lokalmedisinske sentre og spesialisthelsetjenesten. De lokalmedisinske sentrene med funksjoner som beskrevet gir inntrykk av å være mindre sykehusavdelinger på kommunalt nivå.

Vi forstår det slik at lokalmedisinske sentre skal finansieres ved de generelle overføringene til kommunene, og ikke ved øremerkede tilskudd. Dersom rusavhengighet blir kategorisert med tilhørighet til de kommende lokalmedisinske sentrene, og dermed tas ut av spesialisthelsetjenestens ansvar, så frykter vi at dagens kommunale ansvarsfraskrivelse for rusavhengige og forskjellsbehandling vil øke i omfang.

Beskrivelsen av lokalmedisinske sentre etterlater dessuten et inntrykk av noe mer fleksibel faglig tilnærming enn det som påhviler den somatiske spesialisthelsetjenesten. Det er uheldig hvis diagnoseområdene knyttet til rus og psykiatri behandles og forstås slik at de faglige kriteriene er løsere, mer skjønnsmessige og ikke på samme profesjonelle og faglige nivå som behandlingen av somatiske sykdommer og akutte tilstander.

Rusfeltets faglige profil må styrkes. Kunnskap, forskning og behandling av rusmiddelavhengighet bør ikke tas ut av spesialisthelsetjenesten, eller outsources fra spesialisthelsetjenesten til lokalmedisinske sentre.

Det er ikke lenge siden den statlige spesialisthelsetjenesten i 2004 fikk ansvar for rusbehandling. Denne tilknytningen bør ikke avvikles, men heller styrkes.

Det er ikke konflikt mellom dette synspunktet, og vår påpekning siden rusreformen i 2004 av kommunenes ensidige henvisning til spesialisthelsetjenesten fremfor å tilby gode og koordinerte tiltak i regi av kommunen.

Samhandlingsreformens utgangspunkt var en utfordring til bedre koordinering og tverrfaglig samarbeid mellom de forskjellige forvaltningsnivåene og aktørene i det samlede tiltaket.

Et effektiviserings-, kompetanse- og kunnskapsløft innen rusfeltet krever sterke fagmiljøer for kunnskapsutvikling og veiledning til den del av rusfeltet som blant annet KRAFT tilhører. Tilsvarende vil vår tette brukerkontakt over lengre tidsperioder gi viktige erfaringer som vi kan melde tilbake til de spisskompetente fagmiljøene.

Dersom utviklingen likevel går i retning av en mer strukturell etablering av lokalmedisinske sentre, slik det nå forberedes og planlegges i mange kommuner og helseforetak - med tilhørighet for rus og psykiatri - så vil Stiftelsen KRAFT følge opp denne utviklingen og tilby sentrene vårt samarbeid, og søke faglig veiledning tilbake.

PERSONLIG KOORDINATOR - ANSVARSGRUPPE - INDIVIDUELL PLAN

KRAFT understreker betydningen av at brukere av kommunale helse- og omsorgstjenester har kontakt med én person i kommunen som har oversikt over - og mandat - til å koordinere det samlede tjenestetilbudet til brukeren.

Det fremkommer av høringsnotatet at dette allerede er hjemlet i veilederen for individuell plan, men nå foreslås hjemlet i loven. Det avgjørende er at en koordinatorkfunksjon bør være praksis, uansett hvordan dette er hjemlet.

I ansvarsgruppen har den kommunale deltakeren som regel sitt daglige virke på et avgrenset område av kommunens bredde av sosiale tjenester. F.eks er vedkommende til daglig engasjert i enhet som yter praktisk bistand.

Hvis denne personen blir koordinator for ansvarsgruppen, så vil vedkommende ofte også bli definert som koordinator i IP-veilederens forstand. Erfaringen kan imidlertid være at vedkommende begrenser sitt perspektiv til sin egen tjenstekategori. For brukeren betyr dette at koordinator ikke ser behovet for flere typer tjenester enn bare praktisk bistand, eller ikke evner å utvikle mer omfattende breddetiltak.

Ansvarsgrupper og individuell plan er gode verktøy som bør utvikles videre og tas mer aktivt og profesjonelt i bruk. Det må sikres at veilederens - og fremtidig lovs - personlige koordinator, ikke er begrenset til å ha perspektiv kun på et avgrenset tiltaksområde. Dette kan løses ved at koordinatorfunksjonen må legges til person eller godt samordnet enhet på tilstrekkelig høyt nivå i kommunen, eller at koordinatorfunksjonen kvalitetssikres ved god opplæring og dokumentert kunnskap.

KRAFT anbefaler alle tiltak som deltar i vår sammenheng, til systematisk å følge opp brukernes hjemkommune med formål å bli konstruktiv deltaker i etablert ansvarsgruppe, eller initiativtaker til etablering/reetablering av ansvarsgruppe og iverksettelse av individuell plan, dersom brukeren selv ønsker dette.

FRIVILLIGE AKTØRER

Rusfeltet er i dag organisert ved en statlig sektor for tverrfaglig spesialisert behandling og det kommunale ansvarsområdet. De frivillige aktørene kan med fordel få en bedre forankring av sitt ansvar og bidrag.

KLAGE- OG ANKERUTINER

Stiftelsen KRAFT registrerer at det har vært noe diskusjon om hvordan klagerutinene over vedtak er ivaretatt etter forslaget til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. Det er viktig for brukerne at det foreligger gode og reelle ankemuligheter for vedtak som er fattet. Rettssikkerheten må ikke svekkes på dette området.

Forøvrig viser vi til vår høringsuttalelse til Stoltenbergutvalgets rapport, og kommentarene til ny folkehelselov.

Med vennlig hilsen
STIFTELSEN KRAFT



Jan Harsem, informasjonsansvarlig og styreleder
Tlf.: 95 771 199

Torbjørn Matre, nestleder og daglig leder av P22
(sign)

ADRESSE: Stiftelsen KRAFT - Holsts gate 6 - 0473 Oslo / Epost: info@stiftelsenkraft.no