



Tromsø kommune

Kommunalt råd for
funksjonshemmede

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011, Dep.

0030 OSLO

Deres ref.:

Vår ref.:
10/316 /1241/11-033

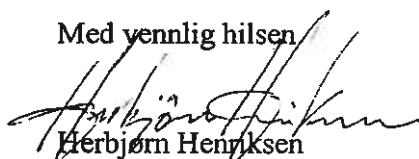
Saksbehandler:
Ann Sølvi Wang
Telefon:
77 79 01 85

Dato:
10.01.2011

HØRINGSUTTAELSE TIL FORSLAG TIL NY LOV OM KOMMUNALE HELSE- OG OMSORGSTJENESTER.

Kommunalt Råd for Funksjonshemmede i Tromsø viser til høringsnotat – forslag til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, datert 18. oktober 2010, og vedlegger Rådets merknader til forslaget.

Med vennlig hilsen



Herbjørn Henriksen
Leder

Kommunalt råd for funksjonshemmede i Tromsøs merknader til forslag til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester

Forslaget til ny helse- og omsorgslov gir for heletjenestenes vedkommende ingen svekkelse av pasientenes rett til nødvendige helsetjenester. Lovforslaget innebærer derimot en tydeliggjøring av kommunenes overordnede ansvar for helse- og omsorgstjenester. Det legges i lovforslaget opp til å presisere lovverket slik at endringene skal bidra til å understøtte samhandling. Det springende punkt i forhold til reguleringen av helsetjenestene er ikke de endrede lovformuleringene, men hvorvidt kommunene klarer å levere i forhold til den plikten de får.

Kommunenes overordnede ansvar for å sørge for helse- og omsorgstjenester.

Departementet foreslår som et av hovedgrepene at det skal inntas i loven at kommunene skal ha et "sørge for" ansvar for helse- og omsorgstjenester. Begrepet **sørge for** pålegger kommunen ansvar for at tjenestene gjøres tilgjengelig for de som har rett til å motta tjenester. Sørge for ansvaret er først og fremst en ansvars plassering. Det sier ingenting om innholdet i ansvaret eller hvilke tjenester som inngår i ansvaret. Det vil derfor ikke utløse tjenester utover det som allerede framgår av den eksisterende kommunehelsetjenesteloven og av pasientrettighetsloven.

For å kunne sørge for helse- og omsorgstjenester på en forsvarlig måte må kommunene iverksette systematiske tiltak som sikrer at virksomhetens aktiviteter planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres i samsvar med krav fastsatt i relevant lov og forskrift. Dette blir lovregulert som en plikt for kommunene om at tjenestenes omfang og innhold er i samsvar med lov og forskrift.

Kommunene må videre analysere og vurdere behovet for personell og kompetanse, og legge planer for rekruttering og kvalitetsutvikling for til enhver tid å kunne levere forsvarlige og nødvendige tjenester.

De oppgavene kommunene er pålagt etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven skal videreføres. Lovforslaget skal ikke medføre noen innskrenkning av de kommunale oppgaver ift gjeldende rett. Men departementet understreker at de ikke ønsker å binde opp kommunene i særskilte organisatoriske og personellmessige løsninger og mener at kommunene må stå mest mulig fritt til å utvikle og organisere sine tjenester. Plikten til kommunene er å organisere tjenestene slik at de oppfyller lovens krav om forsvarlige tjenester.

Kommunens plikt til å levere forsvarlige tjenester

Det foreslås i lovforslaget å tydeliggjøre kommunens ansvar for å levere forsvarlige tjenester på samme måte som i spesialisthelsetjenesteloven §2-2. Departementet foreslår at det presiseres i loven at *"helse- og omsorgstjenester som tilbys og ytes i henhold til loven skal være forsvarlig"*. Videre foreslås det at loven presiserer at *"forsvarlighetsplikten forutsetter at kommunen tilrettelegger sine tjenester slik at den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og integrert helse- og omsorgstilbud"*.

Det foreslås å ta inn samme presiseringer i spesialisthelsetjenesteloven. Det er bra at forsvarlighet tas inn i den nye loven men det må ses i lys av kvalitet og kommunenes evne til å levere kvalitativt gode tjenester.

Departementet foreslår å bruke Kunnskapssenterets definisjon av kvalitet i lovforslaget.

“Med kvalitet forstås i hvilken grad helsetjenestens aktiviteter og tiltak øker sannsynligheten for at enkeltpersoner og grupper i befolkningen får en ønsket helserelatert velferd, og at tjenestene utøves i samsvar med dagens profesjonelle standard”.

Forsvarlighetsbegrepet kan tolkes som en minstestandard for forsvarlighet i tjenestetilbudet og er ikke det samme som god kvalitet i henhold til overstående definisjon. Internkontrollforskriften skal benyttes i det kontinuerlige kvalitetsforbedringsarbeidet. Departementet foreslår at det gis en forskriftshjemmel knyttet til lovkravet om kontinuerlig kvalitetsforbedring, men det vil ikke stilles krav til bestemt nivå for kvalitet. Det er nok en svakhet at lovgivningen kun angir en retning for kvalitetsarbeidet og ikke mer spesifikke krav.

Fastlegeordningen

Det vil bli en videreføring av fastlegeordningen, men departementet foreslår en justering av fastlegeforskriften. De ønsker å tydeliggjøre at fastlegeordningen er et kommunalt forankret tjenestetilbud. I forslaget understrekes det at det er behov for mer styring av fastlegevirksomheten for å kunne få til god samhandling innad i kommunene og mellom kommunene og helseforetaket. Departementet foreslår å innføre nasjonale kvalitets og funksjonskrav med tilhørende rapportering og at disse kravene skal presiseres i en revidert fastlegeforskrift. Dette skal bidra til å sikre kommunal styring av fastlegene i tråd med nasjonale krav og prioriteringer.

Fastlegen vil i følge lovforslaget også bli pålagt en proaktiv oppfølging av pasientene på egen liste noe som blant annet innebærer oppfølging av pasienter som ikke oppsøker fastlegen også ved hjemmebesøk. Kommunalt råd for funksjonshemmede, heretter (Rådet), mener at det er et viktig grep å få større styring av fastlegevirksomheten også ved å ansvarliggjøre kommunene.

Kommunesamarbeid

Rådet frykter at frivillig kommunesamarbeid ikke er en tilstrekkelig løsning for å løse oppgavene i helse- og omsorgstjenesten. Det bør vurderes nærmere om krav til kommunesamarbeid bør inntas i loven.

Profesjonsnøytralitet

Det tas i lovforslaget til orde for en stor grad av profesjonsnøytralitet. Dette begrunnes med at det vil være uheldig ved lov å binde opp den enkelte kommune til særskilte organisatoriske eller personellmessige løsninger. Selv om vi forstår at det for enkelte kommuner vil være bekvemt å ikke bli bundet opp til å levere et tilbud til sine innbyggere som stiller faglige krav til personellet, kan vi ikke støtte et slikt forslag.

Mange av kronikergruppene har behov for kvalifisert personell for at den helse- og omsorgstjenesten som ytes er forsvarlig. Det er etter Rådets mening ikke tilstrekkelig

å vise til en generell forsvarlighet i tjenesten, for gjennom det å forutsette at kommunen vil bemanne disse med kvalifisert helsepersonell.

Politiattest

Kommunen skal ved tilbud om stilling eller oppdrag kreve politiattest fra personell som skal yte tjenester til barn eller personer med utviklingshemming. Rådet mener at dette kravet også må omfatte eldre og funksjonshemmede.

Forpliktende avtaler mellom kommuner og helseforetak

Det foreslås å lovregulere samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak i den nye loven for å støtte opp om samhandling mellom nivåene i helsetjenesten. Det blir ikke gitt noen definisjon av hva disse samarbeidsavtalene skal inneholde, det kan variere. Men lovforslaget forplikter altså kommuner og foretak å ha en avtale. Helsedirektoratet skal ha ansvar for veiledning og godkjenning av avtalenes innhold. Dette vil forhåpentligvis medføre at avtalene bidrar til bedre samhandling mellom tjenestenivåene.

Kommunal medfinansiering

Forslaget om kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten er ikke med i lovforslaget. I forhold til forslaget i St.meld.nr.47 samhandlingsmeldingen som foreslo en generell medfinansiering, har departementet falt ned på avgrensede modeller knyttet til aldersbasert modell for somatiske tjenester til pasienter over 80 år, medisinske innleggelser behandlinger og medfinansiering av og psykisk helsevern og rusbehandling. Dette skal utredes nærmere.

Utskrivningsklare pasienter

Det legges opp til at kommunene skal få et finansielt ansvar for utskrivningsklare pasienter fra dag en for alle pasientgrupper. Kommunene vil få overført midler fra de regionale helseforetakene i forbindelse med dette ansvaret. Dette vil bli en utfordring fordi det vil kunne oppstå ulike vurderinger om utskrivningsklare er mottaksklare pasienter. Dette systemet forutsetter blant annet at kommunens kapasitet i forhold til intermediære plasser er tilstrekkelig utbygd for å kunne ta imot utskrivningsklare pasienter.

Foreløpig vurdering av lovforslaget i forhold til helsetjenester

Forslagene til ny kommunal helse- og omsorgslov på helseområdet skal medvirke til å understøtte samhandlingsreformen. Gjennom å tydeliggjøre og presisere kommunenes plikter og ansvar i større grad en gjeldende kommunehelsetjenestelov. Slik Rådet vurderer det vil ikke lovforslagene når det gjelder helsetjenester ikke innebære noen spesiell innskrenkning i forhold til dagens lovgivning. Om forslagene vil bidra til en mer sammenhengende og bedre helsetjeneste er et annet spørsmål. Det er mye som avhenger av andre sentrale tiltak samt kommunenes evne til å levere i forhold til det lovverket legger opp til – et økt ansvar for en styrket helsetjeneste i kommunene.

Betraktninger rundt hensiktsmessigheten av å harmonisere helse- og sosialtjenestelovverket

Lovforslaget fjerner fylkesmannen anledning til å fatte nytt alternativt og for kommunen bindende vedtak om tildeling av kommunale omsorgstjenester.

- Forslaget om rett til selv å velge Brukerstyrt personlig assistanse (BPA) som alternativ til kommunale hjemmetjenester skrinlegges.
- Det foreliggende lovforslaget presiserer ikke statsråd Lysbakkens påpekning om at:
 - o enhver har rett til selv å velge hvor en vil bo, og
 - o rett til å motta fullverdige kommunale tjenester i den selvvalgte boligen.
- De fleste funksjonshemmede som trenger tjenester i hverdagen er først og fremst avhengig av praktisk bistand. Noen trenger også kommunale helse- og omsorgstjenester. Rådet foreslår derfor at lovens navn endres til "Lov om praktisk bistand, helse- og omsorgstjenester i kommunene".

For Rådet er det svært alvorlig at ankemuligheten fjernes og at kommunenes frie skjønn og det lokale selvstyret prioriteres framfor den enkeltes anledning til å delta i utforming av eget tjenestetilbud.

Med dette utgangspunkt er Rådet skeptisk til den delen av forslaget som omhandler de sosiale tjenestene og mener at lovforslaget eventuelt må suppleres med forskrifter og/eller rundskriv som bl.a. presiserer:

- innholdet i bestemmelsene om retten til "nødvendige omsorgstjenester" og kommunenes "sørge for ansvar" for de sosiale tjenestene.
- ulikheten mellom eldreomsorgens oppgaver og de oppgaver som følger av å yte tjenester til mennesker som hele livet er avhengig av bistand i hverdagen.

Felles lov?

Ideen om å skape en felles lov for helse-, omsorgs- og sosialtjenester i kommunene høres umiddelbart fornuftig ut. Intensjonen med samhandlingsreformen krever at spesialisthelsetjenesten samarbeider tettere med kommunehelsetjenesten. Derfor bør lovverket for helsetjenestene harmoniseres. Også de kommunale pleie- og omsorgstjenestene (sykehjem, omsorgsboliger med heldøgns omsorg og pleie, hjemmesykepleien og praktisk bistand i hjemmet / hjemmehjelp) reguleres i dag av to lover, kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven. Det skaper også uklarhet. Det er derfor ikke vanskelig å forstå hvorfor regjeringen legger fram et nytt felles lovforslag for helse- og omsorgstjenestene i kommunene.

Rådet slutter seg til grepet med å innarbeide spesialisthelsetjenestens prinsipper og begreper i et nytt lovforslag for kommunehelsetjenesten. Rådets kommentarer og forslag til endringer i helsedelen av lovforslaget omtales andre steder i merknaden.

Rådet er skeptisk til om det foreliggende lovforslag også er et godt og hensiktsmessig forslag for de kommunale sosiale tjenestene.

På landsbasis er pleie- og omsorgssektoren ressursmessig den absolutt største sektoren av de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Fastlegetjenesten er den nest største. Det er flere ansatte i pleie- og omsorgssektoren alene enn det er i hele spesialisthelse-tjenesten. Eldreomsorgen legger beslag på ca halvparten av ressursene i pleie- og omsorgssektoren. Resten benyttes til funksjonshemmede barn, unge og voksne under 67 år.

Pleie- og omsorg vs praktisk bistand i eget hjem

Eldreomsorgen handler om trygghet, pleie og omsorg i livets slutfase. Bistand til funksjonshemmede handler derimot om livslang assistanse og muligheter til å leve et aktivt liv med utgangspunkt i egne forutsetninger. Noen funksjonshemmede vil også gjennom hele livet ha behov for kvalifiserte helse- og omsorgstjenester i eget hjem.

Helsehjelp og sosiale tjenester er to ulike velferdsgoder. Helsehjelp tilstås og ytes i en klinisk situasjon og hjelpen (tjenesten) tildeles av helsepersonellet (oftest legen) i direkte møte med en pasient. Plass i sykehjem, omsorgsbolig med heldøgns omsorg og pleie og hjemmetjenester skal også i det nye lovforslaget tildeles i tråd med forvaltningslovens regler av kommunale byråkrater med delegert beslutningsmyndighet.

Finansieringsansvaret for de ulike ytelsene er også ulike. Kostnader til fastleger (og noen fysioterapeuter) finansieres av øremerkede statlige bevilgninger. Kostnadene til tjenester i eget hjem, sykehjem, omsorgsbolig med heldøgns omsorg og pleie og øvrige kommunale helse- og sosialtjenestetilbud finansieres over kommunens ordinære budsjetter. Det foreslås ingen endringer i dette.

Helsepersonells tildeling av helsetjenester får små økonomiske konsekvenser for kommunene. Vedtak om tildeling av plass i sykehjem, omsorgsbolig, tjenester i eget hjem eller BPA kan derimot påføre en kommune store kostnader.

Rådets standpunkt er at lovforslaget ikke svarer på de utfordringer den kommunale pleie og omsorgssektoren står overfor. Lovforslaget er utformet med sikte på å løse eldreomsorgens utfordringer og overser det faktum at eldre og unge funksjonshemmede har svært ulike behov.

Vedrørende sosiale tjenester

Det foreslås en ny kategorisering av de sosiale tjenestene:

1. hjemmetjenester	2. personlig assistanse
3. heldøgns omsorg i egen bolig eller institusjon	4. avlastningstiltak

Det foreslås mindre detaljerte kategorier fordi departementet ønsker å legge til rett for at kommunene skal stå mest mulig fritt til å utvikle og organisere tjenestene sine i samsvar med lokale forhold og behov. Det skal bli mer fleksibelt for kommunen, men spørsmålet vi må reise om dette blir mer fleksibelt for brukeren? Vi frykter at det ikke blir det, men at kommunene, når de kan organisere som de vil, legger seg på en standardløsning.

En annen problemstilling er at kategoriene ikke er gjensidig utelukkende: Hjemmehjelp og hjemmesykepleie kan for eksempel både plasseres i kategorien hjemmetjenester, være heldøgns omsorg i egen bolig og personlig assistanse. Støttekontakt blir ikke en egen tjeneste slik som i dag, men skal bakes inn i kategorien personlig assistanse. Departementet foreslår å videreføre BPA slik vi kjenner ordningen i dag, slik at kommunen plikter å ha ordningen, men det gis ingen tilsvarende rettighet for den enkelte til å få BPA.

Prosessuelle regler som er felles for helsetjenester og sosiale tjenester

Rettsikkerheten svekkes gjennom flere av forslagene. Dette er blant annet et resultat av at man velger helselovgivningens regler på bekostning av reglene i sosialtjenesteloven. De sosiale tjenestene er ofte langvarige og handler om å leve et aktivt og selvstendig liv. Det at man velger samme løsning når tjenestene er såpass ulike får uheldige konsekvenser

Forvaltningsloven

I dag gjelder forvaltningsloven for alle sosiale tjenester. Den gjelder ikke for kommunale helsetjenester, bortsett fra for vedtak om hjemmesykepleie, og vedtak om plass i sykehjem eller boform med heldøgns omsorg og pleie. Det er jo heller ikke hensiktsmessig at fastlegen skulle fatte enkeltvedtak for å gi deg helsehjelp, men det er absolutt viktig med slike formaliteter for de sosiale tjenestene.

Forvaltningslovens regler sikrer at den som skal fatte vedtaket gjør en grundig overveielse. Dessuten er det viktig for den det gjelder for å forstå hvorfor man har fått avslag og dermed også en forutsetning for å utforme en klage.

Forslaget nå er at avgjørelsene om du skal få hjelp eller ikke og veien fram til denne avgjørelsen, skal ned-byråkratiseres. Baksiden av medaljen er at rettsikkerheten svekkes.

Det foreslås at forvaltningslovens kapittel 4 og 5 ikke skal gjelde. Det vil blant annet si at vedtaket om helse- og omsorgstjenester ikke trenger å være skriftlig, og at det ikke stilles krav til begrunnelse og krav til begrunnelsens innhold.

For vedtak om hjelp i hjemmet og plass i institusjon for et tidsrom på over 2 uker er det foreslått at forvaltningsloven kapittel 4 og 5 likevel skal gjelde.

Er 2 uker en hensiktsmessig avgrensning? Videre er noe uklart ut fra opplistingen av kategoriene med tjenester hvilke tjenester som egentlig er omfattet. Uansett er det klart at vedtak om avlastning og om personlig assistanse utenfor hjemmet, herunder støttekontakt, ikke omfattet av unntaksbestemmelsen. Det betyr at for vedtak om dette er det ikke krav om skriftlighet eller begrunnelse. Det er uholdbart.

Medvirkning

Dagens bestemmelse i sosialtjenesteloven § 8-4 om at *"tjenestetilbudet skal så lang mulig utformes i samarbeid med klienten og det skal legges stor vekt på hva klienten mener"* erstattes med medvirkningsbestemmelsen i pasientrettighetsloven.

Å medvirke er et svakere begrep enn det å legge stor vekt på.

Det er viktig med sterkere grad av medvirkning for de sosiale tjenestene fordi det ofte er langvarige tjenester som skal sikre selvstendighet og et aktivt liv. Det handler om å leve livet sitt.

Brukerstyrt personlig assistanse

Brukerstyrt personlig assistanse (BPA) gir mennesker mulighet til å leve et friere og selvstendig liv. Retten til et fritt selvstendig liv er en grunnleggende menneskerettighet og dermed ukrenkelig. Rådet mener at funksjonshemmede som trenger assistanse må ha rett på BPA. Et fritt og selvstendig liv står i forhold til lovens formål.

Klageinstansens rolle

Klageinstansen er for mange redningen når kommunen ikke gir dem de tjenestene de har behov for. Fylkesmannen kan i dag ikke bare oppheve vedtaket og sende det tilbake til kommunen, men også fatte nytt vedtak i saken. Et eksempel fra Rettighetssenteret illustrerer viktigheten av dette. I en sak hadde avlastning avslått i lang tid av kommunen, saken ble til slutt klagen inn for fylkesmannen. Fylkesmannen fattet vedtak om avlastning, men også vedtak om omsorgslønn all den tid vedkommende skulle ha hatt avlastning, men som kommunen hadde unnlatt å innvilge.

I dag er det imidlertid noen begrensninger i hva fylkesmannen kan overprøve. Innenfor lovens grenser, har kommunen et fritt skjønn, til å bestemme hvor de vil legge lista.

Et eksempel: Etter søknad kan kommunen komme til at du har behov for praktisk bistand i x-antall timer. Når kommunen skal vurdere om du skal på BPA eller vanlig hjemmetjeneste, skal kommunen legge stor vekt på hva bruker selv mener, men også ta hensyn til kommuneøkonomi og organisering av tjenester. Etter en samlet vurdering er det opp til kommunen å bestemme om de vil tilby ordinære hjemmetjenester eller å organisere dem som BPA. Denne vurderingen kan fylkesmannen overprøve, men bare i begrenset grad. Han skal nemlig legge vekt på hensynet til det kommunale selvstyret og kan bare endre vedtaket hvis vurderingen er åpenbart urimelig.

I saker som gjelder helsetjenester, for eksempel valget mellom hjemmesykepleie og plass i sykehjem, skal klageinstansen legge vekt på hensynet til det kommunale selvstyret, men kan ellers overprøve som han vil.

I forslag til ny lov foreslår man at klageinstansen skal legge stor vekt på hensynet til det kommunale selvstyret ved prøving av det frie skjønn. Det er en svekkelse, i alle fall for helsetjenestene.

Enda verre er det at det foreslås at klageinstansen ikke kan fatte nytt vedtak i saken, heller ikke der han mener at kommunens vedtak er ulovlig. Han kan bare oppheve vedtaket og sende saken tilbake til kommunen for ny vurdering. Kommunen kan fastholde sitt standpunkt i nytt vedtak, bruker kan påklage igjen, og klageinstansen kan oppheve og sende det tilbake til kommunen, som kan velge å fastholde sitt standpunkt. Det fremgår ikke hvor mange ganger denne prosessen skal kunne gjentas.

Dette gjelder altså både for helsetjenester og for de sosiale tjenestene. Hvis de får det som de vil, er det altså ingen som kan slå i bordet overfor kommunene og får det avgjørende ordet på hva du har krav på.

Avslutning

Når man ser i sammenheng at kommunene for det første skal stå mest mulig fritt til å utvikle og organisere tjenestene sine, for det andre, at svekket brukermedvirkning på individnivå og for det tredje, at klageinstansen får mindre myndighet, da er Rådet alvorlig bekymret for brukernes rettssikkerhet.