

Helse- og omsorgsdepartementet
postmottak@hod.dep.no

Vår fil: B11-HSR04
Vårt arkiv: 402
Saksbeh.: AA, AH, SJ, ATS, HSR

Oslo, 4. oktober 2011

Høring vedrørende samhandlingsreformen – forslag til forskriftsendringer og nye forskrifter som følge av Prop. 91 L (2010-2011) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester

Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon (FFO) viser til Helse- og omsorgsdepartementets forslag til endringer i eksisterende forskrifter og forslag til nye forskrifter som følge av at lov om kommunale helse- og omsorgstjenester ble vedtatt.

FFOs synspunkter

Intensjonen med den nye loven og forskriftsendringene er at noen av de pasientgruppene som i dag får tilbud av spesialisthelsetjenesten i stedet skal få behandling av kvalifisert personale i kommunehelsetjenesten. Det foreslås nye finansieringsregler som skal stimulere kommunene til å bygge opp nye, og mer avanserte, behandlings- og rehabiliteringstilbud. Kommunen får plikt til å tilby pasienter og brukere som trenger det en koordinator som kan bistå med etablering av en individuell plan (IP) og koordinere samarbeidet mellom kommunale tjenesteytere og spesialisthelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten vil fortsatt få plikt til å etablere en koordinator for pasienter med behov for langvarige og koordinerte spesialisthelsetjenester.

FFO har alltid støttet hovedideen bak samhandlingsreformen. Funksjonshemmede og kronisk syke har behov for et samhandlende helsevesen og mange kan med fordel få flere helsetjenester fra kommunehelsetjenesten eller andre lokale helseinstitusjoner. Men det er også viktig å huske at mange funksjonshemmede og kronisk syke er helt avhengig av tilgang på avanserte helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Mange av de helsetjenester kronisk syke mottar av spesialisthelsetjenesten kan kommunene aldri overta ansvaret for, fordi det krever spesialkunnskap som bare kan etableres på regionalt eller nasjonalt nivå.

FFO har tidligere kritisert at myndighetene gikk bort fra ideen om helsekommuner. Vi frykter at manglende krav til kommunalt samarbeid vil utvanne hovedintensjonen med reformen. FFO har, i høringssvar både til høringsnotatet og i høringen av lovforslaget, også uttrykt

skepsis til forslaget om generelt kommunalt medfinansieringsansvar. Som alternativ til dette har FFO foreslått forsøk med kommunalt medfinansieringsansvar på avgrensede områder – for eksempel for indremedisinsk behandling på sykehus.

Selv om det i loven er gitt hjemmel for å gi forskrift om profesjonskrav til de enkelte tjenester, har ikke regjeringen foreslått slike forskrifter. Dette er ikke uventet, men likevel beklagelig og uforståelig. FFO frykter at pasienter og brukere vil bli utsatt for faglig uforstand. For pasienter og brukere, og for de aller fleste fagfolk, er det åpenbart at det må settes kompetansekrav til tjenesteyter. Kommunehelsetjenesten trenger ikke bare leger, men også sykepleiere i hjemmesykepleien, psykologer til kommunalt psykisk helsevern og helsesøstre til skolehelsetjenesten. Også andre fagfolk som logoped, ergoterapeuter og fysioterapeuter har viktige roller å fylle i en god kommunal helse- og omsorgstjeneste.

Det fremtidige sykdomsbildet viser at det lokale helsevesenet må ta et større ansvar. FFO frykter at den nye loven og de foreslåtte forskriftene ikke vil bidra til å møte de nye utfordringene. Vi er i tvil om kommunene vil klare å etablere et lokalt helsevesen med tilstrekkelig faglig kompetanse, herunder lokalmedisinske sentra med kompetanse på rehabilitering og forebygging av kroniske sykdommer. Vårt hørings svar må sees på bakgrunn av dette.

Kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter

- FFO mener at regjeringen må sørge for at ordningen med kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter evalueres.
- FFO mener at bevilgningen til kommunene må øremerkes.

Intensjonen med forslaget om at kommunene fullt ut skal betale kostnadene for utskrivningsklare pasienter er todelt. For det første ønsker en å redusere kostnadene på sykehusene. Utskrivningsklare pasienter opptar sengeplasser som kan brukes til andre pasienter. For det andre vil mange få et bedre oppfølgende helsetilbud hvis en kan komme nærmere eget bosted og pårørende. Skal en lykkes med dette må kommuner inngå gode avtaler med helseforetak, og avtalene må avklare partenes rettigheter og plikter.

FFO mener at det som er beskrevet i høringsforslaget om ansvar, vurdering og varsling i § 3 virker forutsigbart og godt. Selv om innholdet i avtalene er dekkende og forutsigbart på papiret, er det likevel et spørsmål om prosedyrene som avtalen beskriver i praksis vil fungere i tråd med regelverkets intensjoner.

Erfaringer viser at en del kommuner er dårlig rustet til å gi et godt tilbud til pasienter som er skrevet ut av spesialisthelsetjenesten. Intensjonen med ordningen er at kommunene etablerer et lokalt helsetjenestetilbud som kan ta i mot alle utskrivningsklare pasienter. Dette vil ta tid. I mellomtiden må avtalene mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten utformes slik at pasientene ikke blir kasteballer mellom de to forvaltningsnivåene.

FFO er usikker på om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter vil være nok til at kommunene vil bygge ut et tilbud lokalt og om pasientene gjennom dette tilbudet vil få forsvarlig og nødvendig helsehjelp.

For at vi skal få kunnskap om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter fungerer etter intensjonen, må regjeringen sørge for at Statens helsetilsyn følger løpende med på om kommunene etablerer tilfredsstillende helsetjenestetilbud. I tillegg må ordningen følges opp ved at kvaliteten på det tilbudet som gis evalueres.

Vi er videre kritiske til at finansieringen skal overføres som frie midler. For å sikre at pengene går til oppbygging av det kommunale tilbudet, mener vi at bevilgningen bør øremerkes.

Kommunal medfinansiering

- FFO mener at kommunenes medfinansieringsansvar må avgrenses mot spesialisthelsetjenester som ikke skal etableres i kommunehelsetjenesten.
- FFO mener at bevilgningen til kommunene må øremerkes.

Fjerning av aldersgrensen på 80 år fører til at kommunene nå skal betale for all sykehusbehandling, både innleggelser og poliklinisk behandling, med unntak av kirurgi, fødsler, nyfødte, bruk av spesielt dyre medisiner, psykisk helsevern, tverrfaglig rusbehandling, private avtalespesialister og private opptreningsinstitusjoner. Takordningen gjør at medfinansieringsansvaret avgrenses til ca. 30 000 kr. FFO er usikker på hva den nærmere avgrensningen av somatiske pasientgrupper innebærer, jf. forskriften § 2, 2. ledd, 2. punktum.

Selv om unntakene er mange blir kommunene medansvarlig for finansiering for hoveddelen av somatisk spesialistbehandling. Det kommunale medfinansieringsansvaret er beregnet til 4,2 mrd kroner i 2012. Beløpet beregnes med utgangspunkt i befolkningens alderssammensetting. Når det opprinnelige forslaget om nedre aldersgrense på 80 år fjernes må beregnings-nøkkelen også endres. En må ikke risikere at kommuner med en overrepresentasjon av funksjonshemmede og kronisk syke får ekstra store kostnader. FFO mener det også bør tas høyde for at enkelte pasienter med kroniske sykdommer, som gjentatte ganger blir lagt inn på sykehus, kan innebære en stor økonomisk belastning for en kommune.

FFO er videre usikker på om kommunal medfinansiering vil være nok til at kommunene kan ivareta oppgaver som i dag sorterer under spesialisthelsetjenesten og om pasientene gjennom dette tilbudet vil få forsvarlig og nødvendig helsehjelp.

Vi forstår heller ikke hvorfor det foreslås at kommunene skal ha finansieringsansvar for helsetjenester de aldri skal eller kan etablere. Intensjonen med medfinansieringsordningen er jo at den skal være et insentiv for kommunene til å etablere gode allmenne helsetjenester. På den måten skal kommunene settes i stand til å overta ansvar for helsetjenester pasientene i dag mottar på sykehus, og som med fordel kan ytes lokalt.

Dette kan være en god løsning for mange, men enkelte grupper må uansett få helsehjelp i spesialisthelsetjenesten. Dette er blant annet aktuelt for personer med sjeldne diagnoser, for eksempel osteogenesis imperfecta, som bare kan få et forsvarlig tilbud i spesialisthelsetjenesten. Det gir ingen mening å gi kommunene medfinansieringsansvar for avansert medisinsk behandling som bare sykehus med regionalt eller nasjonalt behandlingsansvar kan gi. FFO mener derfor at medfinansieringsansvaret ikke må omfatte disse gruppene.

De midlene som overføres fra spesialisthelsetjenesten til kommunene skal overføres som del av rammefinansieringen. FFO er kritisk til at finansieringen skal overføres som frie midler og mener det er nødvendig at bevilgningene øremerkes.

Vederlag for kommunale helse- og omsorgstjenester utenfor institusjon

- FFO ber om at det må utdypes hva det ikke kan kreves vederlag for.

Departementet foreslår å videreføre de materielle bestemmelsene i kapittel 8 i forskrift til lov om sosiale tjenester. I motsetning til dagens forskrift, skal ny forskrift inneholde en positiv opplisting av hva det kan kreves vederlag for. Dette skal gjøre forskriften mer forståelig.

FFO mener imidlertid at forslaget er for upresist. Selv om gjeldende rett skal videreføres, er det ikke utdypet hva som menes med "personlig stell og egenomsorg". I dagens forskrift er dette definert slik:

"Med personlig stell og egenomsorg menes hjelp til å stå opp og legge seg, personlig hygiene, toalettbesøk, til å kle av og på seg, hjelp til å spise, nødvendig tilsyn og tilsvarende grunnleggende behov."

FFO frykter at praksis vil kunne endre seg etter hvert som dagens forskriftsbestemmelser går i glemmeboken, og at ordningen med vederlagsfrihet dermed uthules. Når hensikten med forskriften er å skjerme brukere av bestemte tjenester, er det viktig at det kommer klart frem hvilke tjenester det ikke skal betales vederlag for.

Vi anbefaler videre at departementet endrer rekkefølgen på ordene i § 1, 1. ledd. Vi anbefaler å flytte "herunder for brukerstyrt personlig assistanse" til etter "§ 3-2 første ledd nr. 6 bokstav b". Slik blir det tydelig at anledningen til å kreve vederlag ikke blir påvirket av hvordan bistanden organiseres. Vår forslag er følgende:

"Kommunen kan selv fastsette regler for betaling av vederlag og betalingssetter for praktisk bistand og opplæring etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav b, herunder for brukerstyrt personlig assistanse, som ikke er personlig stell og egenomsorg."

Helsepersonellovens anvendelse

- FFO støtter at det i forskrift presiseres at helsepersonelloven ikke skal gjelde for personer som er mottar omsorgslønn.
- FFO mener at det må vurderes nøye i hvilket omfang det skal innføres dokumentasjonsplikt for helse- og omsorgstjenester som ikke er helsehjelp.
- Utredningsarbeidet bør settes i gang raskt.

FFO er enig med departementet i at omsorgslønn er vesentlig forskjellig fra andre tjenester etter lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. Vi støtter derfor forslaget om at helsepersonelloven ikke skal gjelde for personer som mottar omsorgslønn.

Vi er også enige i at det er behov for en utredning av hva slags dokumentasjonsplikt personell som yter tjenester etter lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, men som ikke er å anse for å være helsehjelp, skal ha.

FFO mener man i utgangspunktet bør være varsom med å innføre dokumentasjonsplikt for tjenester som ikke er helsehjelp fordi enkelte brukere opplever dette som unødig inngripen. Det kan for eksempel være tilfelle dersom det blir dokumentert flere opplysninger enn tjenesten tilsier.

FFO ønsker å trekke frem en sak som har vært behandlet på FFOs Rettighetssenter som eksempel på at dokumentasjonskrav både kan være uhensiktsmessige og lite ønskelig:

Sak 2010/0331: Vedkommende som tar kontakt har endelig fått vedtak om BPA. Hun har klaget til Ligestillings- og diskrimineringsombudet fordi kommunen i over to år lot være å behandle søknaden. Fikk etter det vedtak. Kommunen har imidlertid gjort avtale med assistenten om at assistenten skal levere referat til kommunen om hva timene brukes til og innholdet i oppgavene. Dette ønsker ikke innringer at skal skje fordi det strider mot brukerstyringen. Hva kan hun gjøre?

FFO mener at når praktisk bistand er organisert som brukerstyrt personlig assistanse og bruker selv er arbeidsleder, må det gjelde få eller ingen krav til dokumentasjon. Hensikten med å organisere tjenesten på denne måten er at den skal være brukerstyrt. Hvis assistenten da skal pålegges en dokumentasjonsplikt, som for eksempel skal kunne rapporteres til kommunen, vil det kunne svekke hele brukerstyringen.

FFO er imidlertid innforstått med at enkelte grupper kan ha vanskeligheter med å ivareta egne interesser, for eksempel utviklingshemmede. I slike tilfelle vil det være behov for dokumentasjon for å sikre tilsyn og kontroll. I noen tilfeller kan det da være viktig å dokumentere innhold og kvalitet på tjenesten.

Et eksempel som viser at dokumentasjon kan være viktig er følgende sak fra Rettighetssenteret:

Sak 2007/0532: *Saken gjelder gutt på 17 år som bor hjemme hos sin mor. Gutten har et sammensatt funksjonsproblem, herunder stor angst, tidligere suicidal [...] Gutten har tidligere fått støttekontakt, men dette fungerte ikke da støttekontakten blant annet tok han med på smugletur til Sverige. Gutten har store problemer med å knytte seg til mennesker, og dette vanskeliggjør muligheten for å få nye personer inne fra hjelpeapparatet. [...]*

FFO ser at det er behov for raskt å få avgjort hvilken dokumentasjonsplikt som bør gjelde, og ber departementet om umiddelbart å igangsette utredningsarbeidet.

Individuell plan, koordinator og koordinerende enhet

- FFO støtter at kommunen får hovedansvaret for individuell plan. Samtidig ønsker vi en tydeliggjøring av spesialisthelsetjenestens rolle.
- FFO etterlyser en konkretisering av kvalitet, standard, kapasitet og innhold av koordinerende enhet.
- FFO ber om at forskrift om habilitering og rehabilitering følges bedre opp, om mulig med sanksjoner.

All erfaring viser at de kommunene som satser på koordinerende enhet og individuell plan får bedre samordnede og koordinerte tjenester. FFO er glade for at kommunene nå får et hovedansvar for å utarbeide og koordinere individuell plan for personer som har behov for langvarige og koordinerte tjenester, også når det er behov for tjenester både fra spesialisthelsetjenesten og kommunen. FFO vil imidlertid påpeke at dette ikke må føre til en svekkelse av spesialisthelsetjenestens rolle.

Videre bør forskriftene konkretisere hvordan spesialisthelsetjenesten bør melde behov for individuell plan til kommunen, samt hvordan spesialisthelsetjenesten skal medvirke. Etter FFOs mening må også spesialisthelsetjenesten ha en tydelig rolle og plikt til å sørge for at arbeidet med individuell plan igangsettes.

FFO har en forventning om, og mener det er en forutsetning, at de innsatsene som planen beskriver også iverksettes og følges opp. Samtidig ønsker vi å understreke at en individuell plan er brukerens plan som skal utarbeides i tett samarbeid med brukeren. Vi mottar stadig tilbakemeldinger om at det ikke skjer. FFO etterlyser videre en konkretisering av kvalitetskrav, standard, kapasitet og innholdet i koordinerende enhet.

FFO mener det er viktig å øke status og prestisje for koordineringsarbeidet. FFO håper at man ved å legge ansvaret for de individuelle planene og for oppnevning av koordinatorene til koordinerende enhet, vil få etablert gode fagmiljøer som oppmuntrer personell til å påta seg koordinatorrollen. Dette vil kunne gi en svært positiv gevinst.

I tillegg mener FFO at det bør vurderes om bruker skal få rett til å bytte koordinator, slik det i dag er for å bytte av fastlege. FFO stiller seg videre spørrende til ulik begrepsbruk i forskriften § 4a og § 4 b. Innebærer det noen forskjell at kommunen skal *tilby* koordinator, mens det i spesialisthelsetjenesten skal *oppnevnes* koordinator? FFO oppfordrer derfor til at forskriften endres slik at det for begge tjenestenivåer står *skal* oppnevne.

Selv om gjeldende forskrift om habilitering og rehabilitering trådte i kraft 1. juli 2001 er det fremdeles store samhandlingsutfordringer på feltet, noe det er bred politisk enighet om. Etter press fra flere hold, deriblant FFO, utarbeidet man Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008 – 2011. Ved utgangen av 2011 kan vi slå fast at målene i denne ikke er nådd. Forslaget til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester inneholder heller ingen virkemidler for å realisere disse.

FFO har sammen med andre brukerorganisasjoner gjentatte ganger pekt på dagens samhandlingsutfordringer og udekte behov for habiliterings- og rehabiliteringstilbud. Så lenge det ikke innføres sanksjoner ved brudd, er ikke FFO sikker på om endringene i forskrift om habilitering og rehabilitering er det som skal til for å løse denne situasjonen. Mange utfordringer vi har i dag ville, etter FFOs mening, vært løst hvis man hadde etterlevd forskriftene om habilitering og rehabilitering av 1. juli 2001.

Profesjonsnøytralitet

- FFO mener at for å sikre faglig kvalifisert tilbud i alle landets kommuner, er det behov for forskrifter med profesjonsspesifikke krav til helse- og omsorgstjenestene.

FFO kan ikke støtte forslaget om profesjonsnøytralitet. Mange av kronikergruppene har behov for kvalifisert personell for at den helse- og omsorgstjenesten som ytes skal være forsvarlig. Vi mener det ikke er tilstrekkelig å vise til et generelt forsvarlighetskrav for å sikre at kommunen sørger for kvalifisert helsepersonell i tjenestene.

Når staten ikke vil pålegge kommuner å gjennomføre særskilte organisatoriske eller personellmessige løsninger, frykter FFO en utvikling som vil føre til store ulikheter fra kommune til kommune.

Vårt standpunkt er ikke til hinder for at enkelte profesjonsbundne tjenester kan utføres av ansatte med annen primærkompetanse. Det er for eksempel ikke noe i veien for at en ufaglært kan hjelpe med støttestrømper selv om dette formelt sett er en oppgave for hjemmesykepleien.

På andre kommunale sektorer, for eksempel skole, plan- og bygning og barnehagesektoren stilles det strenge krav til formell kompetanse. Etablering av et forsvarlig tjenestetilbud krever faglig kompetent ledelse og forsvarlighet i alle ledd i andre kommunale sektorer. FFO mener derfor vi også må ha forskrifter med profesjonsspesifikke krav til helse- og omsorgstjenestene for å sikre nødvendig kompetanse og forsvarlighet i tjenestene.

Vennlig hilsen

FUNKSJONSHEMMEDES FELLESGRUPPESAMMENSLUTNING

Knut Magne Ellingsen/s
leder



Liv Arum
generalsekretær