

Saksprotokoll

Utvalg: Omsorgsutvalget
Møtedato: 29.03.2005
Arkivsaksnr: 05/00967
Arkivkode: G00

Resultat: Innstilling vedtatt

Sak
0007/05

Tittel: **SAKS PROTOKOLL: HØRING-HELHET OG PLAN I SOSIAL- OG
HELSETJENESTENE**

Omsorgsutvalgets enstemmige vedtak:

Vedlegg 4 oversendes som Nes kommunes høringsuttalelse.

Behandling:


Representanten Tone Rønoldtangen (AP) fremmet følgende forslag til tilleggspunkt i høringsuttalelsen:

Foreliggende lovforslag synes å utelate lovfesting av de institusjoner for heldøgns omsorg og pleie som i dag er hjemlet i KHL. Konsekvensen av forslaget bør utredes nærmere, blant annet i forhold til betalingsordninger og liknende.

Votering:

Foreslåtte høringsuttalelse med Rønoldtangens tilleggspunkt ble enstemmig vedtatt. Dette blir pkt 10 og opprinnelige pkt 10 blir nr 11.

Rett utskrift
Årnes, 30.03.05


Laila Nykmark
konsulent

Helse- og omsorgsdepartementet
Vedlegg III
S.nr. 200405135 - 92

VEDLEGG:

1. Brev datert 30.11.04 fra Helse- og Omsorgsdepartementet
2. Høringsuttalelse fra Nes kommune

Utrykte vedlegg:

3. Sammendrag og utvalgets anbefalinger (kap. 2 i utredningen)
4. Utkast til Lov om sosial- og helsetjenester i kommunene (kap. 17 i utredningen)

NOU 2004:18 følger saken som saksdokument, men er også tilgjengelig på www.odin.no

BAKGRUNN:

Forslag til ny helse- og sosiallovgivning nedfelt i NOU 2004, er sendt ut på høring til blant annet landets kommuner med høringsfrist 1.4. Saken legges fram for hovedutvalget for vedtak om høringsuttalelse og for å orientere utvalget om et lovforslag med stor betydning for etatens virksomhet.

SAKSOPPLYSNINGER:

Et utvalg oppnevnt av Sosialdepartementet og Helsedepartementet har fått i oppdrag å utrede og foreslå en bedre harmonisering av den kommunale helse- og sosiallovgivningen. Bakgrunnen er utviklingen i kommunene de senere år, der bl.a. skillet mellom institusjonstjenester og hjemmetjenester, og mellom helse- og sosialtjenester ikke er like tydelig som før. Det er også påpekt at det er en forskyvning av spesialiserte tjenester fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten. Videre fremheves at taushetsplikten ofte oppfattes som et hinder for nødvendig samarbeid til beste for brukerne.

I mandatet for utvalgets arbeid beskrives siktemålet med utredningen og lovforslaget slik:

- sikre ensartet regulering av likeartede tjenester,
- sikre helhetlige tilbud til brukere med sammensatte behov,
- hindre ansvarsfraskrivelse mellom tjenester og sektorer,
- forenkle regelverket for brukere, tjenesteytere og kommuner.
- kommunene skal ha stor frihet til å velge organisering av sine tjenester
- hensyn til behovet for og plikten til samarbeid mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Mandatet er således avgrenset til helse- og sosiallovgivningen og *omfatter ikke barnevernlovgivningen*. Det er foreslått nye begreper som sosial- og helsetjenester (istedenfor helse- og sosial), samt *tjenestemottaker og tjenesteyter* som nye begreper for pasient/bruker/klient og kommunehelsetjeneste.

Sammendrag av utredningen og de viktigste anbefalinger.

I sitt arbeide har utvalget vektlagt følgende utfordringer:

- Behov for samordning av tjenester til personer med omfattende og sammensatte behov.
- Å sikre helhet i tjenestetilbudet og helhetlig tilnærming til tjenestemottakeres behov.
- Å sikre likeverdig tjenestetilbud.
- Ulike taushetsregler og kontrollregimer som vanskeliggjør samordning
- Reglene må ivareta faglig forsvarlighet i de ulike tjenestene.

- Behovet for en forenkling av regelverk og saksbehandlingsrutiner

For å møte disse utfordringene, har utvalget foreslått følgende hovedgrep:

- Gjøre det enklere for tjenestemottaker å forholde seg til hjelpeapparatet.
- Sikre samarbeid mellom ulike deler av hjelpeapparatet.
- Etablere et system for overordnet faglig styring og kvalitetssikring av sammensatte tjenestetilbud.
- Kvaliteten i tjenesten skal oppfylle faglig forsvarlighetsnormen.

De første kapitlene redegjør for gjeldende lovverk, peker på det internasjonale perspektivet, beskriver behovet for en harmonisering av lovverket og vektlegging av verdigrunnlaget. I kapittelet om sentrale verdier i sosial- og helsetjenestene betones individfokuset så som menneskeverdets ukrenkelighet, rettssikkerhet, sosial trygghet, likeverd, personlig autonomi m.m. Deretter gjennomgås administrative rutiner knyttet til vedtak og klagebehandling. Videre understrekes behovet for å forsterke betydningen av individuelle planer, bedre samhandling mellom første- og annenlinjen, samt avveininger rundt personvern og taushetsplikt. Til slutt går rapporten inn på informasjonsflyt (IT-systemer) planarbeid, tilsynsvirksomhet, og administrative og økonomiske konsekvenser. Utredningen munner ut i utkast til ny felles lov om sosial- og helsetjenester i kommunene, med merknader.

Lovutkastet fremstår generelt som en sammensying av de to nåværende lover: Lov om helsetjenesten i kommunene og Lov om sosiale tjenester. En del av de nåværende lovbestemmelser beholdes mer eller mindre uendrete, andre forsøkes slått sammen til felles bestemmelser, en del tidligere bestemmelser er fjernet (spesielt fra kommunehelsetjenesteloven), mens det også er beskrevet en del nye myndighetskrav.

Formål, definisjoner etc.

Lovutkastet har i likhet med begge nåværende lover et todelt formål: å sikre individuelle sosiale og helsemessige rettigheter, samt gjennom befolkningsrettede tiltak fremme folkehelse, gode sosiale miljøer, fellesskap og solidaritet. Målsettingen om trivsel, samt å "øke interessen for hva den enkelte selv og allmennheten kan gjøre for å fremme sin egen trivsel og sunnhet og folkehelsen" fra nåværende Lov om helsetjenesten i kommunene er imidlertid utelatt. Utredningen går heller ikke nærmere inn på relasjonen mellom individuelle og gruppe/befolkningsrettede tiltak, dvs. i hvilken grad og på hvilken måte behovet for individuelle tjenester over tid påvirkes av samfunns- og befolkningsrettede tiltak. De overordnede og generelle bestemmelsene om helsefremmende og forebyggende arbeid i dagens kommunehelsetjenestelov er til dels videreført i det nye lovutkastet, mens kommunenes konkrete ansvar og plikter innenfor denne sektoren, er i liten grad nærmere presisert (jfr. kap. 2), og synes derfor å komme noe i bakgrunnen i forhold til det store fokus på individuelle rettigheter og plikter med tilhørende administrative tjenesteprosedyrer som utredningen ellers er preget av.

Kommunens ansvar og oppgaver (jfr. kap. 2 i det nye lovforslaget).

I beskrivelsen av kommunens ansvar for forebyggende og helsefremmende virksomhet vektlegges de negative faktorene:

"Kommunen skal være særlig oppmerksom på trekk ved utviklingen som kan skape eller opprettholde sosiale eller helsemessige problemer, og søke å finne tiltak som kan forebygge slike problemer".

I oppgavebeskrivelsen for kommunene knyttes nåværende kommunehelsetjenestelov til enkelte profesjonstjenester, herunder allmennlegetjenester, fysioterapitjenester, sykepleier- og jordmortjenester, samt oppgaver og plikter for lege/lege. Disse profesjonstilknyttede tjenester er tatt ut i lovutkastet uten at utredningen drøfter bakgrunn, hensikt eller hva man ønsker å oppnå med forslaget. For eksempel er det i kapittelet om "Rett til sosial- og helsetjenester" (kap. 3 nedenfor) tatt med "rett til legehjelp", herunder å stå på liste hos lege med fastlegeavtale med kommunen, men uten at det i kapittel 2 om kommunens ansvar er fastslått at kommunen på sin side har et eksplisitt ansvar for å ha en allmennlege- eller fastlegeordning.

Bestemmelsene i Lov om helsetjenesten i kommunene om oversikt, planlegging, informasjon og samordning er helt utelatt i det nye forslaget. Det heter bl.a. i nåværende § 1-4.:

"Kommunens helsetjeneste skal til enhver tid ha oversikt over helsetilstanden i kommunen og de faktorer som kan virke inn på denne. Helsetjenesten skal foreslå helsefremmende og forebyggende tiltak i kommunen.

Helsetjenesten skal medvirke til at helsemessige hensyn blir ivaretatt av andre offentlige organer hvis virksomhet har betydning for helsetjenestens arbeid. Slik medvirkning skal skje blant annet gjennom råd og uttalelser og ved deltakelse i plan- og samarbeidsorganer som blir opprettet. Helsetjenesten skal av eget tiltak gi informasjon om de forhold som er nevnt i annet ledd, første punktum til de offentlige organer som har ansvar for iverksetting av tiltak som kan virke inn på helsen."

Tilsvarende er Sosialtjenestelovens § 3-2. om samarbeid med andre deler av forvaltningen fjernet:

"Sosialtjenesten skal medvirke til at sosiale hensyn blir ivaretatt av andre offentlige organer som har betydning for sosialtjenestens arbeid. Sosialtjenesten skal samarbeide med andre sektorer og forvaltningsnivåer når dette kan bidra til å løse de oppgaver

Videre er bestemmelsene i kommunehelsetjenestelovens § 3-5 om medisinskfaglig rådgivning utelatt. Plikten til å ansette en (eller flere) kommunelege(r) bl.a. som medisinskfaglig rådgiver for helsetjenesten er fjernet. Gjeldende bestemmelse om at kommunelegens tilråding og begrunnelse alltid skal følge saken når kommunen behandler saker om miljørettet helsevern, smittsomme sykdommer og helsemessig beredskap foreslås utelatt. Å oppheve kommunenes plikt til å ansette en kommunelege vil imidlertid også ha konsekvenser i forhold til lovpålagte oppgaver tillagt kommunelegen gjennom annet lovverk, bl.a. smittevernlov, psykisk helsevernlov og beredskapslov for helse- og sosialtjenesten. Også en rekke forskrifter beskriver oppgaver og plikter for kommunelegen, bl.a. forskrifter til straffelovgivningen, til dødsårsaksregisteret, apotekforskriften, forskrift om privat forpleining, og mange forskrifter knyttet til smittevernlov, folketrygdelov og sosialtjenestelov.

Forskrift (gitt i medhold av dagens kommunehelsetjenestelov) om fastlegeordning hjemler i dag plikten for fastleger til å delta i offentlig allmennmedisinsk arbeid som bl.a. tilsynslegearbeid, helsestasjons- og skolelege, fengselslege. Det er uvisst på hvilken måte forslaget til vil sikre disse legeoppgavene når de ikke er hjemlet i lov. Videre er det uklart hvordan fysioterapi, både i kommunal regi og privat virksomhet skal finne sin plass inn mot lovforslaget.

Utvalget vil ikke lenger lovhjemle oppgaver som helsestasjons- og skolehelsetjeneste, jordmortjeneste, fysioterapitjeneste m.m. Dette er tjenester som i dag oppfattes som utøvere av viktige sosial- og helseoppgaver ikke minst fordi de til dels fanger opp hele befolkningen (barn ungdom med deres foreldre etc.).

Utvalgets forslag om å gå bort fra profesjonsbetegnelser er således en meget vesentlig endring i forhold til dagens lovverk, uten at de er spesielt begrunnet eller diskutert i selve utredningen.

Videre vil utvalget oppheve institusjonsbegrepet knyttet til "heldøgns boform", dvs. sykehjem og lignende. Slike boformer foreslås videreført bare som organiserte "boliger" dvs. private hjem. De kvalitets- og funksjonskrav til institusjoner som er hittil hjemlet i lov og forskrift er ikke omtalt i særlig grad. Forslaget vil også få stor betydning for det økonomiske grunnlaget for drift av heldøgns institusjoner, idet man må innføre husleie i stedet for vederlag. Det vil også reise seg spørsmål om vedtak om bolig i "sykehjem" eventuelt skal lovhjemles i husleieloven.

Endringene som beskrevet over synes å gå i retning av en nedtoning når det gjelder behovet for profesjonell kompetanse og kvalitetssikring av fagutøvelsen. Begrunnelsen for dette synes å være å gi kommunene stor frihet til selv å organisere sine tjenester. *Kvalitetskravet* til tjenestene skal opprettholdes gjennom bestemmelser om "faglig forsvarlighet". Kommunens ansvar for sosial- og helsetjenester forsterkes imidlertid i lovutkastet i forhold til en rekke *administrative og byråkratiske prosedyrer*, herunder individuelle planer, samarbeid, vedtaksrutiner, klagerutiner m.m.

Rett til sosial- og helsetjenester, og individuell plan.

I utredningen foreslås en samordning av rettigheter i forhold til helse- og sosiale tjenester, samt vilkår for disse og med stor vektlegging og forsterking av retten til *individuell plan* (jfr. §§ 3-6, 3-7 og 3-8 i lovforslaget). Individuell plan beskrives av utvalgets flertall ikke bare som en rettighet, men som en plikt for kommunen å skulle utarbeide, med mindre tjenestemottakeren eksplisitt avviser det. Et mindretall i utvalget ønsker ikke gå så langt, og mener det er riktigst å sikre *retten* til individuell plan. På den måten knyttes individuell plan mer til tjenestemottakerens behov enn til kommunens ufravikelige plikt. I tillegg er det beskrevet en rett til *samlet vedtak* ut fra den individuelle planen. I dette ligger et forsøk på å rette opp en tidligere svakhet ved bestemmelsene om individuell plan, nemlig at retten til individuell plan gjelder bare selve planen og ikke automatisk tjenesteinnholdet i denne.

Når det skal utarbeides en individuell plan, skal kommunen peke ut en egen planansvarlig. Den planansvarlige skal sørge for at tjenestemottakerens behov og de tjenestetilbudene som man tar sikte på å gi, blir grundig utredet og sett i sammenheng.

En annen problemstilling knyttes opp til bruk av informasjonsteknologi, idet kravet til mer samordnet dokumentasjon (samlet vedtak etc.) kan medføre behov for mer ensartede IT-programmer (fagsystemer), der det ennå er en meget lang vei å gå.

For øvrig oppfattes forslaget om å ansvarliggjøre tjenester innen andre kommunale virksomheter jf. forslaget § 3-6, pkt. 3 positivt, siden også andre skal delta i utformingen av planen. Plikten til å delta ved utformingen av planen bør imidlertid også utvides til å delta aktivt i oppfølgingen av et eventuelt samlet vedtak, herunder plikt til å bistå med en koordinator (planansvarlig) når det er naturlig.

Klagebehandling (jfr. kap. 4 i det nye lovforslaget).

Utvalget foreslår at klagebehandling av et eventuelt samlet vedtak skal skje hos fylkesmannen, men det er dissens i utvalget om hvorvidt klagebehandlingen skal omfatte alle sider ved vedtaket, herunder skjønnsutøvelsen, eller bare omfatte hvorvidt avgjørelsen er innholdsmessig lovlig.

Journaler (jfr. kap. 8 i det nye lovforslaget).

Utvalgets forslag innebærer først og fremst en endring i forhold til dagens sosialtjenestelov, dvs. at plikten til å føre journal nå blir lovfestet. Dette synes å være naturlig og riktig grep som er i samsvar med de fleste kommuners praksis i dag.

Taushetsplikt (jfr. kap. 9 i det nye lovforslaget).

Utvalget går inn for å endre taushetsreglene slik at informasjon lettere skal kunne deles mellom de som reelt sett skal samarbeide om tjenestemottakeren. Samtidig foreslås en innstramming i forhold til hvilken informasjon som skal kunne deles, der dette gjelder bare *nødvendig* informasjon.

Miljørettet helsevern (jfr. kap. 10 i det nye lovforslaget).

Kapittelet er i store trekk en videreføring av kap. 4a i nåværende Lov om helsetjenesten i kommunene. En endring er likevel foreslått under delegering av myndighet (§ 10-3), der det i hastesaker ikke lenger er kommunelegen som har vedtakskompetanse, men "den som har det faglige ansvar for vedkommende tjeneste".

Organisering (jfr. kap. 11 i det nye lovforslaget).

Kommunens ansvar for tildeling og gjennomføring av tjenester skal organiseres på en slik måte at det gir et lett tilgjengelig, faglig forsvarlig og koordinert tilbud. Kommunen skal videre utpeke faglige ansvarlige som er foreslått å ha et selvstendig og personlig ansvar for å påse at det tjenestetilbudet som gis oppfyller lovens krav om faglig forsvarlighet, og for å melde fra til kommunens ledelse og *om nødvendig* til tilsynsmyndigheter om så ikke er tilfelle. Det er ikke redegjort for hvordan dette passer inn med den ordinære linjeledelsen, og hvorvidt eventuelle lojalitetskonflikter kan oppstå.

VURDERING

Innledningsvis vil rådmannen gi uttrykk for at en i utgangspunktet er positiv til forslaget om en ny felleslovgivning for helse- og sosialtjenesten til erstatning for dagen sosialtjenestelov og kommunehelsetjenestelov. En stiller seg også således positiv til mandatet og siktemålet for utvalgets arbeid, men mener at mandatet også burde inneholde vurderinger av i hvilken grad lovgivning også kan påvirke sosiale og helsemessige forhold i hele samfunnet eller grupper av befolkningen. I realiteten foreslår utvalget vesentlige lovendringer, og spesielt utelatelse av en del elementer fra dagens helsetjenestelov, der man ikke kan utelukke negative konsekvenser for samfunn, befolkning og miljø.

Rådmannen mener at man også burde ha vurdert å harmonisere *barnevernlovgivningen* med helse- og sosiallovene, siden barneverntjenester i mange tilfelle samarbeider tett med helse- og sosialtjenester.

Videre er rådmannen i utgangspunktet positiv til at kommunene bør ha stor frihet til selv å velge innhold og organisering av sine tjenester, men at denne friheten må veies opp mot det kvalitative innholdet i tjenestene og befolkningens behov.

Helse- og sosialtjenester er meget sentrale oppgaver for kommunene. Både utfra et brukerperspektiv (tjenestemottaker) og hensynet til de ansattes (tjenesteyters) mulighet og forutsetninger for å kunne bidra til en best mulig tjenesteutøvelse, kan det oppstå en konflikt mellom å kunne ivareta likhetsprinsippet utfra entydige krav og definisjoner på *innholdet* i tjenesten (profesjonsutøvelsen) kontra mer generelle formkrav som vil kunne medføre større grad av skjønnsutøvelse når det gjelder selve kvaliteten av tjenesten. Rådmannen er derfor noe bekymret for forslaget om å fjerne krav om innholdet i tjenestene slik vi kjenner det fra dagens kommunehelsetjenestelov. Særlig innen helse- og sosialetatens ansvarsområder vil det være minst like viktig å kunne forholde seg til det faglige og kvalitative innholdet i tjenesten for å kunne definere kravet om faglig forsvarlighet, som å måtte forholde seg til en rekke formelle og administrative formkrav. Utvalgets fokus på ivaretagelse av rettsikkerhetsaspektet er viktig, men spørsmål om rettsikkerhet i form av formelle saksbehandlingskrav bør ikke komme på bekostning av selve innholdet i tjenesten.

Når det gjelder forslaget om å fjerne viktig profesjonstilknyttede funksjoner synes det usikkert hvilken virkning dette vil ha når det gjelder å sikre at tjenesten skal utøves av kvalifisert helse- og sosialpersonell, og for å sikre tilstrekkelig kompetanse og faglig forsvarlig utførelse av tjenestene. Det etterlyses også nærmere vurderinger av hvordan dette forslaget vil få i forhold til annen lovgivning som bl.a. helsepersonelloven, pasientrettighetsloven og folketrygdloven. Videre vil en med henvisning til utredningens egen beskrivelse når det gjelder forskyvningen av spesialiserte tjenester fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten påpeke at dette rimer dårlig med behovet for profesjonell fagkompetanse i kommunene. Utvalget uttrykker enighet med et annet utvalg (Wisløff-utvalget) som nylig har utredet behovet for bedre samhandling mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Her foreslås det også bl.a. likeverdighet mellom 1. og 2. linjetjenesten. Forslaget om å fjerne profesjonstilknyttede funksjoner vil etter helse- og sosialsjefens oppfatning svekke muligheten for at kommunehelsetjenesten kan opptre som likverdig part med spesialisthelsetjenesten.

Kommunenes befolkningsrettede ansvar i forhold til å *reduere behovet for sosial og helsemessig hjelp og bistand* er kortfattet beskrevet gjennom overordnede målformuleringer, men fremstår som betydelig svekket på grunn av manglende konkretiseringer i lovteksten, samt at sentrale krav i nåværende lovverk om faglig kompetanse og medvirkning er fjernet. Helsefremmende faktorer som positivt bidrar til bedre folkehelse, eksempelvis utjevning av sosiale og økonomiske levekår, stimulering av fysisk aktivitet, trivsel og sosiale nettverk etc. er knapt nevnt. Selv om en ikke forventer slik eksemplifisering direkte i en lovtekst ville det være viktig å signalisere en forpliktelse rettet mot helsefremmende arbeid slik dagens Lov om kommunehelsetjeneste inneholder.

Når det spesielt gjelder kommunelegen (medisinsk faglig rådgiver) sin funksjon og rolle, og forslaget om at denne funksjonen ikke lenger skal lovfestes, vises det til at Sosial- og helsedirektoratet for tiden gjennomgår samfunnsmedisinen som medisinsk profesjon og spesialitet. I to utredningsrapporter vises det til at det fortsatt er et markert behov for samfunnsmedisinsk kompetanse og kvalifikasjoner, både i kommunene og på andre nivåer i helsetjenesten, ikke minst på bakgrunn av den økende forskyvning av spesialiserte tjenester fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten. Også på dette punktet mener rådmannen at forslaget svekker grunnlaget og behovet for faglig kompetanse på høyt nivå i kommunene. En tydelig lovfesting av kommunelegens rolle og oppgaver bør således beholdes.

Når det gjelder forslaget om at det skal utarbeides samlet vedtak for tildeling av tjenester, ligger det for så vidt en god intensjon til beste for den enkelte tjenestemottaker, men det er ikke tvil om at et forsterket krav til *samlet vedtak*, og også retten til å klage på vedtaket vil medføre en vridning på flere måter: For det første vris oppmerksomhet og således også ressursinnsats i retning av de formelle og administrative prosedyrene. Det blir viktig å sikre at formalkrav, dokumentasjon m.v. blir foretatt på en korrekt måte, ikke minst for å sikre at en unngår saksbehandlingsfeil i eventuelle klagesaker. For det andre vil en forvente en relativ økning av tjenesteressurser til enkeltpersoner med *omfattende* hjelpebehov, mens de med noe mindre behov, så som sosial- eller helsetjenestemottakere i en tidlig fase av et uheldig forløp eller utvikling vil få noe mindre oppmerksomhet. Dette kan i et lengre perspektiv føre til at kommunale tjenesteytere i større grad enn tidligere kommer "på etterskudd" dvs. at de ikke makter å ha tilstrekkelig fokus verken mot sosial- og helsefremmende tiltak, eller mot tidlig intervensjon mot risikogrupper eller enkeltpersoner med uheldig utvikling. For det tredje vil fokuset på individuelle rettigheter og medvirkning forutsette at tjenestemottakere alltid er seg selv bevisst over sin egen situasjon og sine egne behov, og har nok innsikt og ressurser til å hevde sine rettigheter.

I spørsmålet om hva klagebehandlingen skal omfatte, bør denne kun omfatte selve lovlighetskontrollen slik mindretallet gir uttrykk for. Det er vanskelig å se at tilsynsmyndigheten i alle saker skal inneha og vedlikeholde kompetanse også om selve skjønnsutøvelsen. Når det gjelder taushetsplikt og journalføring, støttes tanken om en mer hensiktsmessig informasjonsflyt etter "need to know"-prinsippet, men en bør se nærmere på hvordan de ulike samarbeidsparter i realiteten kan samarbeide, og samtidig holde informasjon som ikke vedrører saken osv. skjermet.

Endringen som er foreslått vedrørende miljørettet helsevern, signaliserer pånytt en reduksjon av viktigheten av fagprofesjonalitet og spisskompetanse. Når det gjelder beslutninger i hastesaker er det spesielt viktig å ha et solid faglig og kunnskapsbasert beslutningsgrunnlag, idet slike vedtak kan ha store konsekvenser. Konkret dreier slike saker seg ofte om å bedømme hva som er "overhengende helsefare", fare for liv og helse osv. Det er påfallende at utvalget – og uten nærmere kommentarer i utredningen – foreslår å fjerne krav om medisinsk faglige kvalifikasjoner som premissleverandør for slike vedtak.

KONKLUSJON:

Samlet sett får man inntrykk av at utkastet til ny felles lov om sosial- og helsetjenester i kommunene forsterker de etisk - og verdibaserte individuelle rettigheter til bistand og hjelp når det er nødvendig. Forslaget om å harmonisere de lovbestemmelser som dreier seg om individuell hjelp og bistand synes vel begrunnet ut fra et ønske om å bedre samordningen av individuelle tjenester i kommunene. Slik sett ønsker rådmannen forslaget om en sammenslåing av nåværende lovgivning for helse- og sosialtjenestene velkommen. Mye taler for at også barnevernlovgivningen burde ha vært tatt med. På den annen side synes det foreliggende forslaget å innebære en viss styrking av dagens sosialtjenestelov og en tilsvarende svekkelse av dagens kommunehelsetjenestelov. I utgangspunktet mener rådmannen at det er positivt at kommunen stilles friere til selv å kunne organisere, prioritere og definere innholdet av tjenestetilbudet. Samtidig synes det uunngåelig og uheldig at den detaljerte forsterkningen av det administrative og formelle regelverk rundt hver enkelt tjenestemottaker fører til en ressursvridning bort fra selve innholdet i kommunens sosial- og helsetjenestefaglige virksomhet.

Man er videre bekymret over konsekvensen av utvalgets nokså ensidige vektlegging av de individuelle rettighetene, ikke minst på bekostning av bl.a. forebyggende og helsefremmende tiltak. Dessuten er det en fare ved at prioriteringene av tjenestetilbudene i tillegg til å dreie seg mot brukergrupper med omfattende pleiebehov og, også vil kunne favorisere ressurssterke brukergrupper som kan hevde sine rettigheter på bekostning av mindre ressurssterke brukergrupper, bl.a. de med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer.

Rådmannen stiller seg også undrende til at utvalget i sin innstilling ikke kan se noen særlige økonomiske og administrative konsekvenser av lovforslaget. I tillegg til faren for økt administrativt arbeid, vil de foreslåtte kravene om bl.a. individuell plan og samlet vedtak, utpeking av planansvarlige for utarbeidelsen av individuell plan og faglig ansvarlige for tildeling av tjenestene, samt rutiner for klagebehandling og journalføring eventuelt kunne medføre behov for nye endringer i kommunens organisering av sosial- og helsetjenester. Organiseringen må bl.a. reflektere det økte behovet for tverrfaglig og tverrsektorielt samarbeid. Selv om utvalget på den ene siden legger til grunn større frihet for kommunene å organisere tjenestetilbudet, så foreslår utvalget på den andre siden endringer som nettopp vil kunne påvirke den kommunale organiseringen. Ressursmessige gevinster av bedre samordning vil i beste fall ligge langt fram, og trolig være lite synlig/målbar.

En gjør til sist oppmerksom på andre aktuelle utredninger og forslag som vil påvirke de forslag som fremmes her, bl.a. om organisering av en ny velferdsetat (trygd, aetat og sosialtjenesten, organisering av det statlige tilsynet med kommunesektoren, utredningene om samfunnsmedisinens framtid, og innstillingen fra Wisløff-utvalget vedrørende samhandlingen mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. En forutsetter at departementet ser alle disse forslagene i sammenheng.

Nes kommunes høringsuttalelse til NOU 2004 – 18 Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene er som følger:

1. Mandat

Det er et omfattende og radikalt utkast til ny lov om kommunale sosial- og helsetjenester som nå er lagt fram. En harmonisering av lovverket synes vel begrunnet ut fra behovet for mer samordning og ensartet regulering av tjenester som ofte arbeider tett sammen i kommunene. Også barnevernlovgivningen burde av samme grunn ha vært vurdert tatt med i denne prosessen.

Utviklingen i samfunnet har gjennom flere år gått i retning av økt sosial ulikhet og nye sosiale og helsemessige problemer, parallelt med økte krav om samordnede individuelle hjelpetjenester. Det er derfor skuffende at mandatet for utredningen så ensidig er begrenset til individrettede tjenester. I så måte er det også påfallende at det i utkastet likevel er foretatt endringer som i stor grad vil påvirke kommunenes kompetanse også i forhold til gruppe- og befolkningsrettede helsefremmende og forebyggende tiltak, se pkt. 3.

2. Verdigrunnlag

I utredningens beskrivelser av verdigrunnlaget for sosial- og helsetjenester vektlegges tilnærmet ensidig den enkeltes rett til samordnede tjenester ved behov. Verdien av alminnelig trivsel, en helsefremmende livsstil, gode og inkluderende sosiale nettverk og at mennesker i stor grad selv tar ansvar for egne sosiale og helsemessige problemer mangler i utredningen. Dette er områder som bør tillegges stor vekt, ikke minst i et langsiktig perspektiv. Det kan diskuteres i hvilken grad slike verdier kan eller bør reflekteres gjennom lovbestemmelser. På den annen side er befolkningens "rett" til sosialt forebyggende og helsefremmende tiltak over tid svært viktig i retning av å redusere de byrder helsesvikt og sosial nød påfører befolkningen.

3. Behandling versus forebygging

De viktigste overordnede helsepolitiske signaler i Norge er beskrevet i Stortingsmelding 16 2002/2003 om Folkehelsen. En hovedintensjon i meldingen er "å forebygge mer for å behandle mindre". Denne intensjonen strider mot den hovedretning det foreliggende lovutkastet har: en forsterking av individuelle rettigheter og kommunens plikter når det gjelder behandling og samordning av individrettede tjenester.

4. Klagebehandling

Klagebehandling hos fylkesmannen bør avgrenses til å omfatte lovlighetskontrollen av vedtaket.

5. Kompetansebehov

Utvalget foreslår å fjerne fra lovteksten de fleste profesjonstilknyttede betegnelser, herunder fysioterapi, jordmortjeneste, allmennlege, kommunelege m.v. Forslaget er ikke nærmere begrunnet i utredningen, og vil kunne få konsekvenser for kommunenes mulighet for profesjonelle og kunnskapsbaserte beslutninger og tjenester.

6. Journalplikten

Utvidele av plikten til å føre journal til også å gjelde sosialtjenesten er i samsvar med dagens praksis mange steder, og er positivt.

7. Individuell plan – samlet vedtak

Retten til individuell plan har vært gjeldende i flere år gjennom en egen forskrift hjemlet i kommunehelsetjenesteloven. Sett fra den enkelte tjenestemottaker med omfattende og langvarige hjelpebehov kan intensjonen i forslaget være positivt. Det er også positivt at virksomheter utenfor de kommunale helse- og sosialtjenester skal delta i planarbeidet. Disse tjenesteutøverne bør også være forpliktet til deltagelse når det gjelder selve iverksettelsen av planen, herunder funksjonen som planansvarlig.

Den forsterkede retten til individuell plan og til samlet vedtak vil på den annen side føre til mer administrativt arbeid, som vil kunne gi en ressursmessig vridning vekk fra selve fagutøvelsen. Forslaget vil også gi en vridningsffekt mot personer med omfattende tjenestebehov, eventuelt på bekostning av andre med enklere behov. Effekten på sikt vil kunne bli at man i økende grad er på etterskudd i forhold til en uheldig utvikling og i mindre grad vil makte tidlige intervensjonstiltak.

Forslaget kan få konsekvenser i forhold til fremtidig utvikling av IT-fagprogrammer. Her fremstår store utfordringer med en rekke konsekvenser der det er vanskelig å få nødvendig oversikt.

8. Taushetsplikt.

Det synes hensiktsmessig å endre taushetsreglene slik utvalget foregår. Det bør likevel utredes nærmere hvordan man kan ivareta personvernet når behovet for å samarbeidet mellom ulike tjenesteområder forsterkes.

9. Miljørettet helsevern

Det er foreslått at det ikke lenger kommunelegen som skal ha vedtakskompetanse i hastesaker i miljørettet helsevern, men "den som er faglig ansvarlig for tjenesten". Dette oppfattes som en svekkelse av kravet til fagkvalifikasjoner, ikke minst i hastesaker der behovet for medisinsk spisskompetanse burde være ekstra viktig, bla. i bedømmelse av hva som er "overhengende helsefare" og lignende.

10. Lovfesting

Foreliggende lovforslag synes å utelate lovfesting av de institusjoner for heldøgns omsorg og pleie som i dag er hjemlet i KHL. Konsekvensen av forslaget bør utredes nærmere, blant annet i forhold til betalingsordninger og liknende.

11. Økonomiske og administrative konsekvenser

Det vises til pkt 5 over. Det er vanskelig å se annet at utkastet til lovendring vil medføre at det må avsettes ekstra tid- og ressurser til de rent administrative funksjoner gjennom individuell plan, samlet vedtak, klagebehandling etc. Dette synes også å være i konflikt med utvalgets egen intensjon om å forenkle regelverket. En bør således forutsette at lovendringene slik som foreslått følges opp gjennom tilpassede rammebetingelser for kommunene.