



Helse- og omsorgsdepartementet

Postboks 8011 Dep
0030 Oslo

Deres referanse
200405135-/KOH

Vår referanse
2004/11706-20078/2005-SVRO

Klassering
F01

Dato
03.03.2005

Høringsuttalelse – NOU 2004:18 Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene

Fredrikstad kommune har fått NOU 2004:18 til høring og vil, etter enstemmig vedtak i kommunestyret 31.03.05 – sak 40/2005, gi følgende uttalelse:

Fredrikstad kommune er kritisk til å fjerne kravet om at kommunene må ha visse typer tjenester, og personell med visse typer kompetanse, som helsesøstre, jordmødre, fysioterapeuter og kommunelege. Det kan redusere kvaliteten på tjenestetilbudet og føre til at innbyggerne i landet ikke sikres likverdige tjenester.

Samlet vurdering

Berntutvalget anbefaler å erstatte Lov om helsetjenesten i kommunene og Lov om sosiale tjenester m.v. med en felles lov for den kommunale helse- og sosialtjenesten. Loven forutsettes å regulere kommunens ansvar, krav til tjenestene, tjenestemottakers rettigheter, beslutningsprosess og klageadgang. Hensikten er å få "et regelverk som er oversiktlig og lett å bruke og forstå for både tjenestemottakere og tjenesteytere".

Vi er tilfreds med at utredningen drøfter hvilke verdier som bør ligge til grunn for sosial- og helsetjenestene, og at ulike hensyn knyttet til medvirkning, dokumentasjon, taushetsplikt og personvern synes godt balansert.

I utvalgets mandat inngår at regelverket skal forenkles, og at kommunene skal ha stor frihet til å organisere tjenestene. På enkelte punkter mener vi at utvalget har tillagt disse hensynene for stor vekt i forhold til hensynet til å sikre befolkningen i alle kommuner viktige velferdsstatlige rettigheter.

Helse- og omsorgsdepartementet
Vedlegg 1
S.nr. 200405135 - 96

Noen bestemmelser er utformet med tanke på å sikre enkeltindivider lett tilgang til ulike tjenestetyper. Det er i tråd med verdier vi alle er enige om, men bestemmelsene kan av og til være vanskelige å forholde seg til i praksis for forvaltning og tjenesteytere. Bestemmelsene kan også gjøre det problematisk for kommunene å prioritere mellom tjenestemottakere når de begrensede ressursene skal fordeles. De ressurssterke vil alltid ha størst evne til å etterspørre tjenester og til å fremme klager.

I noen tilfeller er bestemmelser foreslått fjernet uten at konsekvensene, som etter vårt skjønn kan være viktige, er belyst.

Innvendingene er begrunnet under omtalen av de enkelte elementene i utredningen.

Kommentarer til enkelte elementer

Hvilke tjenester bør nevnes i loven?

I lovforslaget opprettholdes kommunens plikter til å yte sosialtjenester med omtrent samme detaljeringsgrad som i eksisterende lov, mens den detaljerte listen over oppgaver og deltjenester som finnes i dagens kommunehelsetjenestelov er fjernet. Det er begrunnet på s. 131: *"En så høy spesifikasjonsgrad er egnet til å forstås som en avgrensning"*. Kommunehelsetjenestelovens krav om at kommunen må ha personell med bestemte typer kompetanse, som helsesøstre, jordmødre, fysioterapeuter og kommunelege er erstattet av formuleringer om at tjenestene skal være faglig forsvarlige.

Utvalget har valgt å fokusere på resultat i stedet for på midler, fokusere på at personer som trenger det skal få pleie og omsorg, i stedet for å fokusere på hvilke pleie- og omsorgstjenester og hvilket pleie- og omsorgspersonell kommunene skal ha.

Tanken virker besnærende, men vi er redd en lov med det grunnlaget vil svekke kvaliteten på tjenestene som befolkningen tilbys.

Når kommuner ser seg nødt til å redusere tjenestetilbudet i perioder med vanskelig økonomi, vil det alltid bli lagt vekt på hvilke tjenester som er lovpålagte og hvilke som ikke er det. Er ikke kommunene pliktige å ha sykehjem, vil noen bygge omsorgsboliger i stedet, ut fra økonomiske motiver. Dette vil svekke helsetjenestene til de dårligste.

Hvis det ikke lenger skal være lovpålagt å ha sykehjem, hjemmesykepleie eller fysioterapitjeneste, kan tilbudet til befolkningen snart variere mye fra kommune til kommune. Variasjonen vil ikke bare gjelde omfanget på tjenestene, men også arten av tjenester som tilbys og kvaliteten på tjenestene. Det er vel ikke Stortingets hensikt?

Ønsker lovgiverne å opprettholde noen av de helsetjenestetypene som kommunene er pålagt å ha i dag, kan det oppnås ved å angi dette i en forskrift, slik lovforslaget gir mulighet til. Men dermed er forenklingsgevinsten borte, og bestemmelsene kunne like gjerne vært plassert i loven.

Tilsynsmyndigheten kan også påpeke overfor en kommune at det ikke kan regnes som faglig forsvarlig å - som eksempel - nedlegge fysioterapitjenesten. Men hvorfor ikke angi dette i lovtteksten, som i dag, slik at det er klart for alle fra starten av hva kommunene skal forholde seg til?

Kommunene er i en vanskelig stilling som den instans som skal yte tjenester på Statens vegne, men uten mulighet til å skaffe seg de nødvendige inntekter. En lov som i mindre grad dikterer hvilke tjenester kommunene skal yte kan sees på som en lettelse for kommunene. Samtidig kan konsekvensen av en slik lov være at det ikke er så lett å stille Staten til ansvar

for mangler i det kommunale tjenestetilbudet. Nå er det ikke lenger Staten som har bestemt at kommunene skal ha så mange kostbare tjenestetyper, eller ha så mye høyt utdannet personell som de har.

Etter vårt skjønn bør tjenestetyper som Stortinget forutsetter at kommunene opprettholder over tid nevnes tydelig i loven.

Kommunelegefunksjonen

Berntutvalget har valgt å overlate til hver enkelt kommune å avgjøre hvilke typer personell en finner det hensiktsmessig å bruke innen sosial- og helsetjenesten. Kravet er bare at tjenestene skal være faglig forsvarlige.

Fra 1860 har en embedslæge, distriktslege eller kommunelege hatt lovfestede funksjoner i nært samarbeid med politiske organer i kommunene. Ikke alltid har ordningen vært optimal, mye har vært avhengig av legens interesse for samfunnsmedisinsk arbeid og evnen til å samarbeide. Kommunene har likevel vært sikret raskt tilgjengelig medisinsk kompetanse.

Ikke minst i beredskapssammenheng har dette vært viktig, enten det har vært utbrudd av farlige smittsomme sykdommer eller det er store ulykker som har utløst behovet. Også innen miljørettet helsevern har den offentlige legen i kommunen hatt en sentral funksjon siden 1860. I kommunehelsetjenesteloven § 3-5 heter det at kommunelegens tilråding og begrunnelse alltid skal følge saken når kommunen behandler saker om miljørettet helsevern, smittsomme sykdommer og helsemessig beredskap. Kommunestyrets vedtak på disse feltene er ugyldige om ikke kommunelegen har kommet med tilråding. I de fleste kommuner er kommunestyrets vedtaksmyndighet på dette feltet delegert til kommunelegen. Kommunelegen er også, i § 4a-3, tillagt myndighet til å gripe inn med vedtak i hastesaker.

Berntutvalget har ikke problematisert fjernelsen av kommunelegen. I lovforslaget er bestemmelsen i Kommunehelsetjenestelovens § 3-5 om at alle kommuner skal ha en eller flere kommuneleger fjernet uten at dette er kommentert i utredningen.

I NOU 2004:18 er kommunelegen nevnt under beskrivelsen av dagens situasjon. På side 24 heter det: *"Med unntak av arbeidet med vern mot smittsomme sykdommer (...) og oppgaver innen miljørettet helsevern (...) fremstår kommunelegens rolle som noe uklar. Uklarheten synes å ha sammenheng med de store endringene i kommunene. Det er imidlertid klart at kommunelegene og annet helsepersonell skal være rådgivere inn mot kommunale beslutninger på linje med ansatte innenfor andre kommunale sektorer."*

Under miljørettet helsevern heter det på side 26: *"Fagansvaret innen miljørettet helsevern er delt mellom mange aktører, planlegging og saksutredning utføres således av flere profesjoner, i og utenfor helsetjenesten."* Det må bemerkes at i en lang rekke mindre kommuner har kommunelegen i en årrekke vært eneste aktør på dette feltet.

Eneste sted kommunelegefunksjonen er nevnt i merknadene til lovutkastet er i merknaden til § 10-3 nr. 3, og der er bare endringen beskrevet: *"I nr. 3 er en bestemmelse om hastekompetanse. Denne erstatter Kommunehelsetjenesteloven § 4-3 andre avsnitt, men slik at denne kompetansen som i Kommunehelsetjenesteloven er lagt til "kommunelegen" i stedet legges til "den faglige ansvarlige for vedkommende tjeneste". Hvem dette er, vil avhenge av hvordan kommunen har organisert sin administrasjon på dette saksområdet. Kommunen står med andre ord fritt til å bestemme hvem som skal ivareta denne funksjonen."*

Fredrikstad kommune vil påpeke at før en lovfestet ordning fjernes bør fjerningen begrunnes - ut over det generelle ønsket om å forenkle lovverket og innrømme kommunene frihet til å organisere seg slik de finner det hensiktsmessig. Konsekvensene av endringen bør også

belyses, ikke minst når andre lover og forskrifter forutsetter at ordningen finnes, slik situasjonen er for kommunelegefunksjonen.

Kommunelegene er ment å bidra med samfunnsmedisinske kompetanse. Vi vil minne om at statlige organer ved flere anledninger har uttrykt bekymring over den manglende satsingen på samfunnsmedisin i kommunene. I 2002 uttrykte sosialkomiteen i Stortinget bekymring over situasjonen i norsk samfunnsmedisin og påla helsedepartementet å utrede styrkingstiltak. De to utredningene som ble laget har nettopp vært ute til høring.

Seneste bidrag om samfunnsmedisin kom i NOU 2005:3, Wisløffutvalgets innstilling. Der heter det (s. 135): *"Kommunelegenes samfunnsmedisinske funksjon er viktig for å fremme samhandlingen på systemnivå." og "Utvalget mener at rekruttering og stabilitet i disse funksjonene er svært viktig i samhandlingsperspektiv, og at det må arbeides med tiltak for å opprettholde og styrke samfunnsmedisinen lokalt og sentralt."*

Det kan hevdes at kommunene ut fra et erkjent behov vil ansette kommuneleger og vektlegge samfunnsmedisinsk arbeid uten at det foreligger noen lovfestet plikt til det. I perioder med vanskelig økonomi er det imidlertid naturlig å redusere omfanget av fagstillinger som ikke er knyttet til individrettet tjenesteyting.

Individuell plan og samlet vedtak

Reglene om individuell plan, saksbehandling og klage synes å ivareta tjenestemottakernes rettigheter godt og gjøre det enklere for dem å forholde seg til tjenesteapparatet. En utfordring vil det bli for større kommuner – der tjenester vanligvis ytes av flere resultat-enheter, og hver av dem har vedtaksmyndighet innen sitt tjenesteområde - å gjennomføre ordningen med samlet vedtak. Større kommuner med flat organisasjonsstruktur vil måtte bruke mye ressurser på horisontal samordning. Det er ikke lett å utpeke "et kompetent forvaltningsorgan" til å forestå disse vedtakene. På dette punktet svekker lovutkastet kommunenes organisasjonsfrihet.

I dag har både spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten selvstendig plikt til å starte arbeidet med individuell plan. Vi er betenkt over at spesialisthelsetjenestens plikt nå begrenses til medvirkning. Mange pasienter har lange rehabiliteringsopphold i spesialisthelsetjenesten, for eksempel etter trafikkulykker, og arbeidet med individuell plan kunne med fordel startes tidlig under innleggelsen. Kommunehelsetjenesten får ofte vite om disse pasientene like før de skal utskrives. Vår erfaring er at dette ikke fungerer optimalt i dag – den somatiske spesialisthelsetjenesten har en tendens til å overlate hele planarbeidet til kommunene. Kanskje hadde det vært nyttig å innskjerpe spesialisthelsetjenestens plikt til å starte arbeidet med individuell plan i stedet for å fjerne plikten.

Faglig ansvar for tjenestene

Sannsynligvis er bestemmelsen om at kommunen skal ha faglig ansvarlige for tjenestene, med personlig ansvar for å påse at kravene om faglig forsvarlighet er oppfylt, en nødvendig sikringsbestemmelse.

Vi ser imidlertid for oss at disse funksjonene vil bli tunge å ivareta på grunn av lojalitetskonflikter. Det vil gjelde uavhengig av om stillingene er plassert i linje eller i stab. Stillingsinnehaverne må leve med at tjenestemottakerne ønsker best mulige tjenester, at profesjonene ønsker høy standard og kanskje vil sette grensen for faglig forsvarlighet høyt, og at lederne ønsker billige tjenester kombinert med et godt image. I tider med vanskelig økonomi kan det bli nødvendig å påpeke gjentatte ganger overfor ledelsen at forsvarlighetsgrensen nærmer seg, og det kan bli nødvendig å minne om at tilsynsmyndigheten vil bli varslet dersom forholdene ikke blir bedre. Personene i disse

stillingene kan oppleves som plagsomme, og mulighetene for videre karriere vil neppe være de beste.

Rettighetstenkningen

Loven legger vekt på å sikre innbyggerne individuelle rettigheter. Slik må det, iallfall i en viss utstrekning, være i en velferdsstat. Prinsippet er imidlertid ikke uten problematiske konsekvenser. Det kan føre til at de taleføre får mye, mens de som har store behov, men liten evne til å etterspørre tjenester og klage på tjenester, får lite. Faglige vurderinger er nødvendige for å prioritere bruken av de begrensede ressursene. Kanskje er ikke lovgivning det best egnede virkemiddel til å sikre riktig fordeling av ressurser. Vi vil likevel påpeke problemet, siden de lovfestede rettighetene innen sosial- og helsetjenesten de senere årene har blitt flere og flere.

Forebyggende arbeid

Størstedelen av den omfattende lovteksten dreier seg om individrettede tjenester til personer som har sosiale problemer eller helseproblemer. Befolkningsrettet forebyggende arbeid er omtalt i formålsparagrafen og så vidt nevnt enkelte andre steder. Det er åpenbart hva som har vært utvalgets hovedanliggende.

De fleste beslutningene som har betydning for folks helse tas utenfor helsesektoren. Likevel kan helse- og sosialpersonell spille viktige roller i det forebyggende arbeidet. Det er nærliggende å anta at lovens hovedfokus vil påvirke hva som blir sosial- og helsepersonellens hovedfokus.

Med hilsen

Svein Rønsen
Kommuneoverlege