

Det kongelige helse- og omsorgsdepartement,
Att.Jo Flydal,
p.b. 8011 Dep,
0030 Oslo.

NOU 2004:18 Helhet i plan i sosial- og helsetjenestene – Høringsuttalelse fra Holmestrand kommune.

Det vises til høringsbrev fra departementet av den 30.11.04 med høringsfrist 01.04.05.

Innledning

Utredningen ender opp med et lovforslag som samler sosialtjenesteloven og kommunehelsetjenesteloven. Utredningen er således i hovedsak et forslag om samordning og lovendring, men beskriver i enkelte kapitler også andre sentrale spørsmål innen sosial- og omsorgstjenestene, og til dels de tradisjonelle helsetjenestene.

Det er i dette perspektiv vi velger å forstå og kommentere utredningen og lovforslaget.

Et så omfattende arbeid baseres nødvendigvis på en forståelse av dagens retts- og tjenestetilstand innen helse-, sosial- og omsorgstjenestene i kommunene. Det er denne forståelsen, i kombinasjon med erkjennelse om behov for endringer, som en må forutsette at er utvalgets konklusjonsgrunnlag. Slik blir forståelsen av hvordan disse tjenestene fungerer i kommunene i dag og hvilke behov for endringer en ser en sentralt del av vurderingene. Vi ser således et behov for å kommentere deler av beskrivelsene m.h.t. tilstanden i kommunene, i tillegg til løsningsforslagene.

Kommunehelsetjenestens oppgaver (§1-3 i gjeldende lov) beskrives. Dette avsnittet avslutter med at det forutsettes at utvalget ivaretar særskilte hensyn som gjør seg gjeldende innenfor disse innsatsområdene i sitt forslag til harmonisering av den kommunale helse- og sosiallovgivning. Som det vil fremgå i det følgende er vi overbeviste om at utvalget ikke svarer opp denne sentrale forutsetningen fra regjeringen.

Om utvalgets beskrivelse av utfordringer og løsninger;

Harmonisering;

Utvalget beskriver sentrale element i utviklingen av både spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, bl.a. med økt overføring av oppgaver fra HF'ene til kommunehelsetjenesten. Dette gir således et økt behov for kompetente helsetjenester i kommunene som skal behandle stadig mer komplekse medisinske tilstander over lang tid. Eksempler er hjemmerespiratorbehandling, cytostaticabehandling, alvorlig sinnslidende, terminal pleie. Denne utviklingen har skjedd i betydelig grad siden lov om helsetjenesten i kommunene kom i 1984. En ville derfor forvente at en revidering av lovverket av denne tyngde ville ta inn over seg disse endringene i fordeling av ansvar og oppgaver i helsetjenesten.

Helse- og omsorgsdepartementet

Vedlegg

S.nr. 200405/35 - 169

Vi er usikre på om lovforslaget er egnet til å bidra til rammer, kompetanse, organisering og ressurser for å sikre disse gruppene pasienter god og riktig behandling.

I dette perspektivet kan det være at lovregulering av organisering kan være et godt virkemiddel for å nå nasjonale mål for helsetjenesten.

Beskrivelsene av behov og løsninger for delegering til interkommunale enheter er gode og i tråd med Smith-utvalgets innstilling og ny forskrift for miljørettet helsevern (MHV).

Det foreslås at lover, forskrifter og finansieringsordninger er mest mulig arenanøytrale. Vi er enige at tiden er overmoden for dette, spesielt sett på bakgrunn av de til dels utviskede reelle forskjeller mellom sykehjem og andre boformer og helsetjenestetilbud i kommunene. Det hilses således velkommen av pasienter inneliggende i institusjoner skal være dekket av lov om folketrygd.

Utredningen beskriver på s. 43 klart behovet for at sosial- og helsetjenestens innhold i stor grad må være en nasjonal oppgave, og at de er lite egnet for en fri og løpende kommunal prioritering. Dette begrunnes med behov for rettssikkerhet, forutberegnelighet, likhet, etterprøvbarehet og minstestandarder. Dette støttes helt klart, men vi kan ikke se at lovforslaget svarer opp denne klare erkjennelsen, snarere tvert imot.

Problemene omkring egenbetaling er godt beskrevet hva gjelder pleie- og omsorgstjenestene. Tjenestene har noen åpenbare utfordringer m.h.t. egenbetaling hva gjelder kurative og forebyggende tjenester også. Det tenkes spesielt på helsehjelp til rusmisbrukere og reisemedisin, det siste ref. St. meld. 16, resept for et sunnere Norge. Disse utfordringene burde tas inn i vurderingene omkring finansiering og egenbetaling.

Utredningen beskriver behov for og alternative løsninger for bedre harmoniseringen av regelverket. Dette begrunnes på ulikt vis. Det er i denne sammenheng nødvendig å presisere at vi ikke kjenner oss igjen i den triste beskrivelsen som presenteres m.h.t. organisatoriske og profesjonelle skiller som bidrag til dårlig samhandling, ansvarsfraskrivelse, revirer og subkulturer. I regjeringens begrunnelse for oppnevningen av lovutvalget beskrives sosial-, helse- og omsorgstjenester som i stor grad ikke samarbeider og som oppleves usammenhengende av klienter/pasienter.

Dette synes dokumentert ved tilsyn fra Fylkeslegen i Troms, utover dette synes påstandene svakt dokumenterte.

Vi er ikke uenige at dette kan forekomme, men vil hevde at i regelen fungerer samarbeidet mellom disse tjenestene bra og oppleves slik av klienter/pasienter/tjenestemottakere.

Det argumenteres en rekke steder for at en felles lov vil gjøre det enklere for tjenestemottakerne å orientere seg om hva slags hjelp vedkommende har krav på. Dette synes ikke dokumentert i utredningen.

Utredningen synes således generelt i liten grad å dokumentere sin beskrivelse av tilstanden i tjenestene ute i kommunene.

Det betyr imidlertid ikke at det kan være andre gode grunner til å samordne de to lovene.

Felles regler for og krav til journalføring, samt felles regler om taushetsplikt slik de i dag fremstår i helsepersonelloven støttes.

Poengteringen av at lovverket må ivareta de særskilte faglige hensyn støttes.

Tilsyn med helsetjenestene er i dag i stor grad rettet mot tjenesteytingen og relativt lite på resultatet av disse, da dette er svært komplisert. F. eks. er det viktig at kommunene driver tobakksforebyggende arbeid, arbeid mot overføring av seksuelt overførbare sykdommer og uønskede graviditeter. Dette kan det føres tilsyn med, men å føre tilsyn mot resultatet av dette arbeidet er svært komplisert, og kanskje ikke mulig på harde endepunkter.

Således vil et lovverk som gir stor grad av frihet til å organisere og velge (bort) ulike tjenester, samtidig som det vil være vanskelig å føre tilsyn og/eller måle resultatene kunne bli betenkelig.

Det beskrives at målgruppene for lovverket er tjenestemottakere og saksbehandlere. Utredningen burde har vurdert å målrette lovforslaget mer mot tjenesteyterne og la dem vurdere behov og gi tjenester på linje med fastlegene, la kommunene være pliktsubjekt m.h.t. volum/tilbud og tjenesteyterne på kvalitet. Altså i større grad gi tjenestemottakerne rettigheter etter pasientrettighetsloven og flytte en del av tjenestene fra sosial- til helsetjeneste. Dette ville spare saksbehandlerressurser som kunne kanaliseres til tjenesteyting og gi en renere bestiller-utfører fordeling.

I vurderingene m.h.t. tvang og makt er psykiatri og smittevern utelatt. Dette er muligens bevisst, men burde drøftes idet deler av den kommunale helsetjenesten har en sentral plass ved utøvelse av tvang etter lov om psykisk helsevern (§§ 3-5,3-6,3-7) og smittevernloven (§5-8).

Avgjørelser, vedtak og forvaltningsklage;

Vi støtter forslaget om at vedtakene skal være samlede, helhetlige og av faglig kvalitet i hht. kvalitetsforskrift. Dette vil også forenkle de administrative prosedyrene og således frigjøre ressurser til direkte tjenesteyting i hht. den individuelle plan som tjenesteyterne utarbeider i samarbeid på tvers av profesjonene/tjenestene og med pasient/klient, altså i hht. etablert praksis.

Rett til individuelle og forsvarlige tjenester;

Forsvarlighetskravet i helsepersonellovens § 4 er trolig det lovelement og det tiltak som i størst grad sikrer faglighet og kvalitet i tjenestene. En lovplikt overfor enkelt personell/helsepersonell blir både mer synlig og konkret enn tilsvarende plikt overfor en organisasjon (kommune, HF) som driver tjenester. Lovgivningen er på vei mot å plikte organisasjonene slik helsepersonell er/var. Det personlige ansvar for kvalitet viser det seg imidlertid vanskelig å overføre på organisasjoner, og det erkjennes at det er en utfordring å sikre at systemet/organisasjonen overtar de sikringsmekanismer for kvalitet som enkeltpersonell har/hadde.

I dette perspektivet er § 16 i helsepersonelloven viktig slik utredningen påpeker.

Utvalget uttrykker klart behovet for at loven stiller krav om faglig forsvarlighet for både kommunale helse- og sosialtjenester. Forslaget §2-4 er uklart m.h.t. om det er helse- og sosialpersonellet, kommunen eller begge som er ansvarlige for å nå målet om faglig forsvarlighet.

Kartlegging, medvirkning, dokumentasjon, samtykke og informasjon;

En samlet journal for helse- og sosialtjenesten vil bidra til betydelig usikkerhet hos pasienter/klienter m.h.t. taushetsplikt og hvilken tjeneste de egentlig mottar. Det vil legge forholdene til rette for at helsetjenestene (for eksempel legetjenesten, helsestasjonen og skolehelsetjenesten) ikke oppsøkes av frykt for at informasjonen deles med andre. Det er

svært viktig at de forebyggende og behandlende helsetjenestene oppfattes som trygge og lukkede m.h.t. deling av informasjon av brukere/pasienter. Dette for å sikre at for eksempel foreldre tar kontakt for hjelp til sine barn. Dette beskrives også i utredningen på s. 99. Samlet journal og andre tiltak, for eksempel av organisatorisk art, som er egnet til å så tvil om type tjeneste en mottar og evt. deling av informasjon må derfor unngås. For øvrig er vurderingene i kap. 9 og 10 svært gode.

Individuell plan,

Vi støtter Birgitte Gullestad sitt forslag om at IP lovfestes som en rettighet for pasient/klient dersom vedkommende krever det, begrunnet i at det er tjenestemottakers behov og mål som må være styrende.

Forholdet mellom første- og annenlinjetjenesten;

Utvalget har en ambisjon om at ansvarsfordelingen mellom 1. og 2.-linjetjensten skal reguleres av lov og forskrift. Dette er neppe formålstjenlig idet dette endres kontinuerlig som en følge av medisinsk forskning, teknologisk utvikling og kompetanseoverføring. Fordelingen er således oftest et resultat av en sedvane mellom helsepersonell i 1. og 2.-linjetjensten i kontinuerlig endring. Lovendringer og forskriftsutarbeidelse er systemer som alltid vil trenge mer tid enn hva som vil være rasjonelt for slik utvikling.

Således blir forslaget i §2-2 2. ledd neppe formålstjenlig, samtidig som det, for kommunene sin del, blir farlig uttømmende.

Utvalgets forslag om at pasienter skal defineres utskrivningsklare i fellesskap mellom HF og kommunene er svært godt og bifalles. Det er viktig at kommunene stiller med likeverdig kompetanse som HF'et på disse arenaene. NOU 2005: 3, Wisløf-utvalget påpeker at dette skal gjøres ved bruk av fastlegene. Vi vil hevde at kommunene bør benytte samfunnsmedisinsk kompetanse til dette.

Taushetsplikt og personvern;

Vårt inntrykk er at innhenting av samtykke til informasjonsutveksling fungerer bra i saker både med og uten IP.

Med den samling av lovverk og tjenester som foreslås blir spørsmålet om hvordan og i hvilket omfang det skal tillates bruk av opplysninger innsamlet til hhv. sosial- og helsehjelp til andre formål enn de er samlet inn for. Ennå viktigere blir det å sikre at pasienter/klienter har tiltro til til at dette skjer kun etter samtykke. Dette blir en stor utfordring hvis både lovverket vedtas og kommunene organiserer tjenestene i hht. dette. Forslagene i § 9-6 bør således gjelde innad i helsetjenesten og sosialtjenesten hver for seg.

Forslagene i §§9-8 og 9-9 er viktige og støttes.

Utredningen poengterer behovet for en god og trygg IT-infrastruktur i kommunene. Denne er ofte ikke til stede, og en kan vanskelig se at den vil kunne etableres på forutsatt nivå i den økonomiske situasjonen mange kommuner er.

Informasjonsflyt i sosial- og helsesektoren og bruk av informasjonsteknologi;

Vi kjenner oss ikke igjen i beskrivelsen av informasjonsflyt i kommunene. Den kan tidvis være tidkrevende, men sikkerheten ivaretas bl.a. gjennom god adgangsbegrensning.

Forhold omkring nasjonalt helsenett (NHN) og fastlegene burde vært viet plass i dette kapitlet.

Utvalget peker på samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten, fastlegene og pleie- og omsorgstjenestene. Mellom disse er det også mye samarbeid med de forebyggende tjenestene og den kommunale psykiatritjenesten. Vårt inntrykk er at alle disse samarbeider mer seg imellom enn hver enkelt med sosialtjenesten fordi de "deler" flere pasienter/brukere.

Beskrivelsene av løsninger, begrensninger og muligheter i kapittel 13 forutsetter IT-kompetanse og -ressurser i kommunene som oftest ikke finnes. På tross av nasjonal/sentral deltakelse og styring av IT-satsingen i kommunene, er kommunene avhengige av en egen styrking av disse funksjonene. Dette er en forutsetning for at kommunene skal kunne dele ut og begrense tilgjengelighet til felles systemer i en helsestjeneste som vil kreve slike tilpasninger flere ganger daglig innen de ulike tjenestene.

Krav om planer, konsekvensutredninger, tilsyn;

Utvalgets bemerkninger omkring plankravenes oppbinding av kommunale ressurser og fokusering på veiledningsoppgaver (direktoratsfunksjoner fremfor tilsynsfunksjoner fra Fylkeselgen) støttes.

Påvirkningsfaktorer i forhold til folks helse ivaretas hovedsakelig gjennom kommunehelsetjenstelovens § 1-4 og kap. 4a, samt forskrift om miljørettet helsevern m. bl.a. krav om konsekvensutredninger hjemlet i kommunehelsetjenstelovens § 4a-5. Plan- og bygningslovens bestemmelser kommer i tillegg.

Arbeidet med å sikre befolkningen mot helseeffekter av uheldige miljøpåvirkning skjer imidlertid hovedsaklig gjennom daglig MHV-arbeid fra kommunens samfunnsmedisinske tjenester. Det er dette arbeidet som sikrer bl.a. gode bomiljø, sosiale miljø og aktivitetsmuligheter. Konsekvensutredninger benyttes i enkelte større saker, f. eks. utbyggingssaker.

Forlaget om at hastevedtak etter §10-3 3. ledd skal kunne gjøres av andre enn medisinsk faglig kompetent personell synes ikke logisk underbygget. Det samme gjelder ivaretagelse av helsefaglige spørsmål etter § 11-2.

De forebyggende tjenestene, spesielt overfor barn og unge, er i sin natur slik at de ofte ikke etterspørres. Disse tjenestene vil således i minst grad kunne sikres ved pasientrettighetslovgivning. Det er således viktig at det sikres forebyggende tjenester (helsesøster) i helsestasjon og skoler, jordmortjenester og samfunnsmedisinske tjenester overfor befolkningen.

§3-1 2. ledd synes å være hjemmelen for mye av det forebyggende helsearbeidet. Det settes her en begrensning på 16 år, hvilket er i strid med øvrig lov- og forskrifteverk.

Utredningenes påpekning av at reelt tilsyn er viktig i tillegg til internkontroll og revisjon støttes.

Beskrivelsen av tilsynsmyndighetens veilederrolle s. 124 kan ikke overfokuseres.

Veilederfunksjonen til Fylkeslegen (direktoratsoppgavene) er tilsynsmyndighetens viktigste bidrag til å sikre befolkningen gode helsetjenester.

Vi er likeså enige i at det ikke er hensiktsmessig å skille veilednings- og tilsynsfunksjonene på to etater.

Vi er enige i at nivået på "nødvendige helse- og sosialtjenester" ikke kan lovreguleres uttømmende. Statlig tilsyn er imidlertid ikke eneste bidrag til å sikre enhetlig nasjonal standard. Faglige vurderinger av helsepersonell som er likt utdannet, samt etter- og videreutdannet og som arbeider i et sterkt faglig fellesskap innad i kommunen og i samarbeid med tilsvarende personell i andre kommuner vil også bidra til å sikre dette.

Påpekningen av viktigheten av individrettet tilsyn som tillegg til systemrevisjon støttes, da dette vurderes å gi tilsynsmyndigheten bedre innsyn i tjenestene sin egentlige kvalitet.

Økonomiske og administrative konsekvenser;

Dette avsnittet synes å overse effektene av følgende forhold;

- Økt dokumentasjonsplikt for sosialtjenesten.
- Arbeidet med vurdering av ferdigbehandlede pasienter sammen med HF'ene.
- IT-investeringer og -drift slik utredningen beskriver.

Generelt

Utredningen og lovforslaget omhandler ikke eller kun i beskjeden grad sentrale tjenester og rettigheter overfor befolkningen.

De tradisjonelle helsetjenestene som forebyggende helsearbeid for barn og unge, jordmortjeneste, samfunnsmedisin inkludert medisinsk faglig rådgivning er knapt omtalt eller tatt med i lovforslaget. Miljørettet helsevern er overfladisk beskrevet. Det medisinske faglige bidraget til helsehensyn i andre deler av kommuneforvaltningen er erstattet med råd, uttalelser og deltakelse fra faglig ansvarlig for tjenestene.

Utover dette er den medisinske faglige rådgivningen overfor øvrig kommunal helse- og sosialtjeneste, andre kommunale tjenester og kommunens administrative og politiske ledelse, slik det drives etter § 3-5 i dagen lov, ikke beskrevet eller videreført.

Resultatet av forslaget er at samfunnsmedisinen marginaliseres. Dette skjer på samme tid som Stortinget har bedt om to større utredninger om dette fagets plassering og mandat. Vi ser her en manglende sammenheng i statlige utredninger.

På det forebyggende området synes således utredningen ikke å være i takt med øvrig nasjonal helsepolitikk.

Konklusjon

Det er trolig god grunn til å revidere aktuelt lovverk på helse- og sosialområdet i kommunene. For pleie- og omsorgstjenestene er det trolig gode grunner til å samle de to lovene til en. Lovforslaget framstår således hovedsaklig som en lov for sosial- og omsorgstjenestene i kommunene.

Holmestrand kommune støtter forslaget om å samle de to lovene, på tross av at begrunnelse tidvis ikke er i tråd med vår oppfattelse av tjenestene sine utfordringer. Følgende endringer vurderes nødvendige;

- Organisering og informasjonsdeling må reguleres slik at tjenestemottaker ikke er i tvil om hvilke(n) tjenester vedkommende får.
- Loven må i større grad innrettes for å sikre befolkningen tjenester, både forebyggende, samfunnsmedisinske og mer komplekse helsetjenester i hht. endring i fordeling av ansvar mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Disse forholdene må konkretiseres i §2-3 på linje med tiltakene som ytes av sosial- og omsorgstjenestene.
- §2-4 må presiseres m.h.t. hvem som er ansvarlig for den faglige forsvarligheten.
- IP bør utarbeides basert på den enkelte tjenestemottakers behov.