



Saksframlegg

Høyringsvar frå Norddal kommune til helse- og omsorgsdepartementet (HOD)

Saksnr. utval	Utval	Møtedato
003/11	Formannskapet	17.01.2011

Utsendte saksdokument:

Dok.dato	Tittel	Dok.ID
18.10.2010	Høyring - forslag til ny kommunal helse- og omsorgslov	35078
18.10.2010	Høyring - innspel på utvalgte tema til Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015)	35088

Ikkje utsendte saksdokument:

Rådmannen si innstilling:

Norddal kommune sender inn høyringsvar slik det ligg føre i saksframlegget.

Handsaming:

Svein Linge, Tl ba om at det må takast med eit slikt tilleggssforslag:

Private, ideelle institusjonar innan helsesektoren som pløyer event. overskott tilbake til drifta, må få meir føreseielege økonomiske rammevilkår.

Røysting:

Samrøystes i samsvar med innstillinga om tilleggssforslaget som kom fram i møtet.

FS-003/11 Vedtak i Formannskapet 17.01.2011:

Norddal kommune sender inn høyringsvar slik det ligg føre i saksframlegget med følgjande tillegg:

Private, ideelle institusjonar innan helsesektoren som pløyer event. overskott tilbake til drifta, må få meir føreseielege økonomiske rammevilkår.

Saksgrunnlag:

Høyringssvaret gjeld forslaga frå HOD til ny Lov om kommunale helse- og omsorgstenester, forslag til ny Lov om folkehelse, samt grunnlag for ny Nasjonal helse- og omsorgsplan.

Saksopplysningar:

Det vart i møte 13. desember 2010 semje om at ÅRU skulle utarbeide eit samordna høyringssvar for medlemskommunane.

Saksvurdering og konklusjon:

Overordna kommentarar

Norddal kommune meiner det er rett av statlege styresmakter å fremje forslag om ei samordna og heilskapleg lovgiving som skal angi nokre av rammene for dei kommunale helse- og omsorgstenestene. I mange år har kommunane venta på ei harmonisering av ansvar og plikter som kommunane har for å yte innbyggjarane sine dei helse- og omsorgstenester som er ein velferdskommune verdig. Samordna lovgiving vil leggje betre til rette for utøving av fagskjønn og gjere det muleg å gje tilstrekkeleg heilskaplege tenester til innbyggjarane.

Norddal kommune hadde gjerne sett at forslag til ny helse- og omsorgslov gjekk lenger når det gjeld harmonisering. Dette gjeld til dømes regelverket for eigenbetaling i retning av at pasient/brukar er ansvarleg for utgifter knytt til bustad og livsopphald og kommunen er ansvarleg for utgifter knytt til tenesteyting.

Forslaget til samordna helse- og omsorgslov kan verte opplevd å vere meir ei helselov enn ei helse- og omsorgslov. Det vert sagt eksplisitt at grensene mellom helsetenester og omsorgstenester vert viska ut. Ein skulle gjerne sett ei meir likeverdig vekting av helsetenestefokus og fokus på pleie og omsorg og dei sosialfaglege elementa. Ei vridning mot sterkare helseperspektiv styrkjer individperspektivet framfor eit fokus på sosiale mekanismar som ekskluderer og marginaliserer grupper av menneske.

Forslaget til to nye lover indikerer tydeleg at kommunane skal få overført oppgåver frå spesialisthelsetenesta og få ei langt viktigare rolle som tenesteleverandørar innanfor helse- og omsorg enn kva tilfellet har vore til no. Med mangelfull tryggleik for finansiering av dei nye oppgåvene, kan forslaga totalt sett skape utryggleik og motvilje i kommunane både fagleg og politisk. Dette kan i sin tur redusere vilje til offensiv satsing for å gjere samhandlingsreforma til ein suksess.

Det er vanskeleg å uttrykke seg bestemt om ein del viktige prinsipp i høyringsutkasta, både vedrørande ansvars- og rolledeling og økonomi, fordi viktige føresetnader først vert avklara seinare gjennom forskrifter. Høyringsdokumenta skulle helst gitt kommunane meir tydelege svar på:

- Oppgåver som ein ynskjer å overføre frå **spesialisthelsetenestene til kommunane, og midlar til gjennomføring**, eventuelt storleiken på ressursoverføring frå spesialisthelseteneste til kommune.
- Nye tenester som det vert forventa at kommunane skal utvikle, enten åleine, i samhandling med andre kommunar og/eller med spesialisthelsetenestene. Finansiering må klargjerast.

- Det er ønskjeleg at språk og omgrepsapparat understøtter strategiane i Stortingsmelding 47. Kommunen meiner at omgrepet ”brukar” er eit godt etablert omgrep og at det betre understøttar ein aktivitets- og meistringsstrategi enn omgrepa ”pasient” og ”tenestemottakar”. Dessutan har omgrepet ”brukar” sin parallellitet i omgrepet ”brukarmedverknad” som også er godt innarbeidd.
- Nasjonale prioriteringar som vert lagt til grunn for kommunane sine prioriteringar. Framlagt utkast til nasjonal helse- og omsorgsplan kan oppfattast som ein vekstplan utan at ein gir trygge nok signal om dei virkemidlane (bl.a. finansieringsmodell) som må til.
- Nasjonal satsing som naudsynt bidrag til rekruttering og kompetanseutvikling i kommunane.
- Det er ei forventning om at staten tek eit nasjonalt tydeleg grep gjennom nasjonalt helsenett, slik at alle leverandørar av helse- og omsorgstenester tek i bruk kompatible IKT-løysingar. Staten må ta ansvar for at kommunane og helseføretaka får tilgang til standardisert og lisensfri programvare. Dette gjeld m.a. i forhold til individuell plan og utveksling av epikriser.

Tematiske kommentarar:

Organisasjon, profesjon og kompetanse

Det er gjort framlegg om at alle tilsette i den kommunale helse- og omsorgstenesta vert underlagt pliktene gitt i helsepersonellova. Dette kan vere føremålstenleg med omsyn til å understøtte kravet om fagleg forsvarleg tenesteutøving og dokumentasjonsplikt hos alt personell som er definert under denne lova. I motsetning til departementet si oppfatning meiner kommunen at dokumentasjons- og journalplikta må gjerast gjeldande i aldersheimar og barnebustadar på lik line med dei andre helse- og omsorgstenestene.

Eventuell naudsynt tilpassing av noverande reglar om teieplikt må vurderast ut frå prinsippet “need to know”.

Vidare vert det oppfatta som positivt at lovverket vert foreslått som profesjonsnøytralt, og at kommunane då får større grad av fridom i korleis dei vil organisere sine tilbod og tenester for å oppfylle sine plikter etter lova. Når det likevel i Nasjonal helse- og omsorgsplan er sett ambisjon om full sjukeheimsdekning, kan dette vere i motstrid til kommunen sin fridom til å organisere føremålstenlege tilbod.

Det vert lagt opp til at kommunane må få større styring med fastlegeordninga og innhaldet i legetenesta, og det vert signalisert eigen forskrift om dette. For kommunane er dette eit avgjerande punkt som ein av premissene for å kunne lukkast med samhandlingsreforma og kunne fylle sin nye rolle som leverandør av fagleg krevjande helsetenester.

Høyringsdokumenta sitt innhald og nokre formuleringar i dokumenta vil bety ei forventning om auka interkommunalt, forpliktande samarbeid for å møte framtidige utfordringar. Dette meiner vi er føremålstenleg.

Medisinskfagleg rådgiving

§ 5-5 må formulerast slik at den opnar for at kommunen kan velje å organisere dette gjennom interkommunalt samarbeid.

Nasjonale standardar

Signala i høyringsdokumenta om innføring av ei rekkje nasjonale kvalitetsstandardar, er rett for å sikre likeverd innanfor kritiske enkelttenester som til dømes innføring av felles IKT-system for heile helseområdet.

Klageinstans og tilsynsmyndigheit

Kommunen er av den klare oppfatning at Fylkesmannen bør vere adressat for klage og ha eit heilskapleg tilsynsansvar. Ein sektorisert stat, som forventar ein heilskapleg og samordna kommune, bør kunne utøve eit samordna tilsyn. Dette er ei vurdering som ikkje berre omfattar kommunane sine helse- og omsorgstenester, men også dei andre tenesteområda.

Lov om folkehelse

Høyringsdokumentet nemner med rette at kommunane sitt folkehelsearbeid vil omfatte tiltak som tangerer alle sektorar i kommunen (heilskapsprinsippet). Lovforslaget inneber også at den heilskaplege folkehelsesatsinga i kommunane skal gå fram av kommunane sine planstrategiar. Intensjonen med dette er rett, men forslaget kan oppfattast å vere i strid med gjeldande rett (kommunelov og Plan- og bygningslovgiving) i tillegg til å verte oppfatta som statleg overstyring i forhold til organisering og styring.

Lovutkastet peikar også på fylkeskommunen sitt ansvar for å støtte opp under kommunane sine konkrete tiltak og særleg hjelpe kommunane med naudsynt kunnskapsgrunnlag om helserisiko og helsetilstand for befolkninga i kommunane og regionen. Dette er ei presisering som kommunen er glad for.

Endelig lovutkast bør gjere tydeleg at Lov om folkehelse føreset at anna relevant lovgiving blir gjennomgått og justert ut frå behovet for samordna og heilskapleg innsats. Dette kan omfatte barnevernlov, oppvekstlovgiving etc.

Dersom kommunane skal setje i verk tiltak for å:

- medverke til sosial utjamning av dokumenterte helseforskjellar
- auke breidda i tiltaka i folkehelsearbeidet til alle tenesteområde
- sørgje for tidleg intervensjon
- sikre resultat som sikrar ei berekraftig utvikling

må kommunane, i motsetning til formuleringar mange stader i utkast til plan, oppleve ressursmessige stimuli for å dekke meirsatsinga. Det er rett at kommunane også i dag har mykje det same ansvaret, men ny folkehelselov signaliserer ei tydelegare satsing og forventar klare resultat, og kommunane sit med det overordna ansvaret. Dette tilseier auka ressursar for å kunne sikre mulege samfunnsmessige gevinstar.

Eit moment er også at det vil vere kommunane som må stille med ressursane for tiltaka, medan det i stor grad er spesialisthelsetenestene (reduerte tal på innleggingar) og Staten (NAV) som dreg økonomisk gevinst av effekten av vellukka kommunale tiltak.

Helseovervakinga må samkøyrast på alle nivå, slik at data kan samanliknast mellom kommunar, fylke og evt. andre statistisk definerte einingar. Her har det nasjonale nivået eit primæransvar for å ta ei koordinerande leiarrolle. Det må snarast etablerast nasjonale standardar og/eller målsettingar, slik at statistikk kan nyttast på tvers av organisatoriske einingar og samanliknast over tid.

Det er viktig og rett at folkehelselova forpliktar fleire fagområde/sektorar i folkehelsearbeidet på kommunalt og fylkeskommunalt nivå. Det same kravet må gjelde forpliktande samhandling mellom alle departementa.

Vi ser det som svært positivt at lova vil leggje helseundersøkingar til grunn for planarbeidet og la dette inngå i kommunal og fylkeskommunal planstrategi.

Avtaleinstituttet

Kommunen oppfattar det slik at grensedragningane mellom spesialisthelsetenestene sitt ansvar og ansvaret for den kommunale helse- og omsorgstenesta etter den nye lova, skal gå fram av dei avtalane som vert inngått mellom partane. Samstundes skal HOD (som utøvar statleg eigarskap av sjukehusa) ved forskrift kunne bestemme kva som er spesialisthelsetenesta sitt ansvar, og dermed avklare grensespørsmåla mellom nivåa. Dette medverkar til uvisse i kommunane og gir framleis eit skeivt maktforhold.

Kommunen forventar at ein nøytral eller partssamansett likeverdig instans på lokalt nivå kan tre inn for å treffe avgjerd der det er tvist mellom partane i forståinga av kva som er felles ansvar og kva som er kvar instans sitt ansvar, både for tenesteyting og finansiering.

Finansiering

Kommunen føreset at nye oppgåver, nytt ansvar og kommunane si nye rolle vert fullfinansiert frå staten si side, og at overføring av oppgåver og funksjonar frå spesialisthelsetenesta til kommunane har som konsekvens at ressursane både med omsyn til økonomi og kompetanse følger med.

Når HOD i høyringsdokumentet til ny folkehelselov seier at dei presiseringar som vert gjort ikkje vil utløyse behov for nye ressursar, er dette ikkje i tråd med vår oppfatning. Kommunen oppfattar signala som ei opptrapping av aktiviteten, og meiner at utan ekstra ressurstilførsel vil det truleg ikkje bli vesentleg auka satsing på folkehelsearbeidet (helsefremming og førebygging).

Den auka aktiviteten i kommunane som går fram av forslag til Nasjonal helse- og omsorgsplan, har heller ikkje ein tydeleg finansieringsgaranti.

Det vert lagt opp til å drøfte seg fram til kva del av eit heilskapleg behandlingssløp/pasientforløp som skal dekkast av kommunane. Ein bør i staden vurdere kva del av (for)løpet som skal dekkast og finansierast av spesialisthelsetenesta. Kommunane si bekymring for manglande avklart finansiering, er særleg styrka gjennom framlagt grunnlag for Nasjonal helse- og omsorgsplan. Spesialisthelsetenesta og kommunane bør i fellesskap utvikle og kvalitetssikre overgangane i heilskaplege behandlingssløp/pasientforløp.

Ordning for medfinansiering må vere diagnosebasert og ikkje aldersbasert. Oppgjermodellen må ta utgangspunkt i talet på liggedøgn og ikkje tal på innleggingar, og det er ein føresetnad at døgnatsen vert sett så høg at kommunane også har eit økonomisk insentiv til å bygge opp alternative tilbod. Medfinansieringsordninga må i denne omgong ikkje gjelde psykisk helse og rus fordi det er kort tid sidan den førre reforma der staten tok finansieringsansvaret for reforma. Kommunane er framleis i ein oppbyggingsfase når det gjeld tilbodet til desse gruppene.

Samarbeid mellom kommunar og regionale helseføretak, Krav til avtalen sitt innhald

§ 6-2, punkt 3 om at avtalen skal omfatte tiltak mot unødvendige innleggingar av pasientar i sjukehus må strykast. Punktet vert dekt i pkt. 1 om at avtalen skal avklare ei felles forståing om oppgåvefordelinga mellom forvaltningsnivåa. Kva som er ei naudsynt innlegging skal til

kvar tid avgjerast av den innleggjande instansen. At innlegginga i etterkant kan vise seg å ha vore unødvendig, er prinsipielt ei anna sak.

§ 6-2 punkt 4 om tiltak for utskrivingsklare pasientar. Kommunane opplever at sjukehusa melder personar som utskrivingsklare, men at dei likevel ikkje kan utskrivast sjølv om det kommunale tiltaket er klart. Vidare opplever kommunane at varsel om utskrivingsklare med større omsorgsbehov ikkje blir meldt tidleg nok til at kommunen rekk å etablere eit tilbod. Det må vere eit krav i avtalen om at det skal etablerast ei lokal tvisteløysning når det gjeld usemje om enkeltsaker under ordninga for utskrivingsklare pasientar.

Hovudtrekk

Høyringsdokumenta viser god innsikt i morgondagen sine utfordringar, men gir ikkje kommunane konkrete verkty og verkemidlar for å møte desse utfordringane i praksis.

Vidare arbeid krev stor grad av konkretisering mellom anna av følgjande verkemidlar/område før sakskomplekset vert lagt fram for Stortinget våren 2011:

- Kommunane si rolle med eit veksande spekter av fagleg komplekse tenester.
- Ein finansieringsmodell som sikrar handlingsrom og kvalitet
- Sikre tverrfagleg og god rekruttering av kompetent personell, og samhandling med utdannings- og forskingsmiljø. Det er eit stort behov for meir konkret praksisnær forskning for å sikre at dei endringar som må skje dei næraste åra, vert basert på trygg kunnskap.
- Sikre kommunikasjon og god informasjon mellom nivå og driftseiningar for å sikre kvalitet og heilskap i tenestetilbodet.
- Sikre likeverd mellom spesialisthelsetenesta og kommunane.

Til slutt ønskjer kommunen at endeleg utarbeidd lovverk og nasjonale planar innanfor helse og omsorg, vil setje større fokus på helsefremming i all statleg planlegging som den viktigaste strategien for å møte dei framtidige utfordringane.

Stig Holmstrøm
rådmann