



Helse- og omsorgsdepartementet

Postboks 8011

0030 OSLO

DYKKAR REF:

VÅR REF:

SAKSHANDSAMAR:

ARKIVKODE:

DATO:

2010/659 - 2

Anna Kaddeberg

G73/&00

18.01.2011

HØYRINGSUTTALE TIL FRAMLEGG TIL NY LOV OM KOMMUNALE HELSE- OG OMSORGSTENESTER OG NY FOLKEHELSELOV

Generelle merknader

Åseral kommune er positiv til intensjonane i Samhandlingsreforma og til at det nå blir laga ei felles lov som regulerar helse- og omsorgstenestene samla sett. Det er også positivt at det blir sett fokus på forebygging i eigen folkehelselov. Større endringar inneber utfordringar, og som kommune ønskjer vi å ta del i og bidra positivt i forhold til desse.

Lovframlegga gir mulighet for styrka, likeverdige og betre koordinerte tenester. Det vil vera arbeidet med den vidare utforminga av verkemidla som vil avgjera i kva grad Samhandlingsreforma blir vellykka sett i høve til dei måla som er fastsett. Kommunane må bli tatt aktivt med i dette arbeidet.

Vi ser det som positivt at det er lagt vekt på kommunal organisasjonsfrihet i høyringsframlegget, men vil peika på at adgang til å pålegge interkommunalt samarbeid ikkje er i tråd med dette.

Ei anna hovedinnvending er den omfattande bruken av departementale fullmakter til å regulere vesentlige sider i lovgjevinga ved bruk av forskrifter. Å overlate detaljreguleringa til departementet i så stor grad avgrensar kommunanes forutbereknelighet både med omsyn til strategiske valg og planlegging. Rammevilkåra blir usikre og meir følsomme for kortsiktige politiske svingingar. Ikkje berre er bruken av dette omfattande, det er også gjort på svært vesentlege område. Dette gjer det vanskeleg å vurdere heilheta i framlegget og å ta stilling til kva lova i praksis vil innebera for kommunen. Eksempelvis kan ein nemna bestemmelsar om kommunens oppgåver og tenestetilbod, fastlegeordninga, vesentlege avklaringar knytta til avtalemodellen mellom kommunane og helseforetaka, samt finansielle sider av framlegget. Vi syner særskilt til §§ 3-2, 3-5, 6-7, 7-1, 11-3, 11-4, som sett i samanheng med lovframlegget som heilhet, gir for liten grad av forutbereknelighet både når det gjeld oppgåver og finansiering. Tilsvarande problemstilling knyter seg også til framlegget til folkehelselov § 27.

På fleire område innan begge lovframlegga blir det presisert at kommunens ansvar enten vil bli vidareført på same nivå, eller at framlegget ikkje inneber endring frå dagens praksis.

Utifrå dette blir det konkludert slik: *"følgelig mener departementet at det ikke vil medføre økonomiske og administrative konsekvenser"*.

Dette gjeld mellom anna:

1. Folkehelseansvaret

2. Ansvar for øyeblikkelig hjelp
3. Større ansvar for rehabiliteringsområdet
4. Krav til meir spesialisert kompetanse
5. Endring i krav knytta til arbeid med kvalitet, pasientsikkerhet og brukarmedvirkning
6. Store krav knytta til avtalar med spesialisthelsetenesta
7. Meir omfattande koordineringsoppgåver på individnivå

Samhandlingsreforma krev ein politikk som i praksis demonstrerar at det neste tiåret tilhøyrrer kommunehelsetenesta - på same måte som det første tiåret i dette århundre klart har vore spesialisthelsetenesta og sjukehusa sitt tiår. Nye plikter, større ansvar og fleire oppgåver til kommunane må få følgje av ressursar, myndighet og tillit.

Vi kan ikkje sjå at nye kommunale oppgåver og plikter som følgje av nytt lovverk og intensjonen i samhandlingsreforma kan gjennomførast utan rammeauke på kommunalt nivå.

Merknader til viktige tema i høyringsdokumenta

Legetenesta i kommunane

Det er i førebuingane til Samhandlingsreforma lagt vekt på at ei kvalitativt god allmennlegeteneste er ein hjørnestein i den kommunale helse- og omsorgstenesta. Den skal sikra alle innbyggjarane tilgang på helsetenester og vera grunnmuren som spesialisthelsetenesta byggjer på. Allmennlegetenesta er ein sentral samarbeidspartnar for dei øvrige kommunale helse- og omsorgstenestene og må innrettast slik at ein når fram til, og kan prioritera, utsette grupper (kronikarar, skrøpelege eldre, rusmisbrukarar, menneske med psykiske lidelsar).

Mange styringsbehov ville kunna bli løyst på ein betre måte ved tilsetting av fastleger på fast lønn, på lik line med alle andre yrkesgrupper kommunen må nytte for å gi innbyggjarane tenester. Mykje ville då finna si løysing innan rammene for arbeidsgjevar sin styringsrett og regelverk for arbeidslivet.

Åseral kommune støttar departementet si vurdering av at tilgang til samfunnsmedisinsk kompetanse er nødvendig. Slik kompetanse har stor betydning både internt i kommunen og i samhandling med andre aktørar, og vi ønskjer å byggja vidare på våre eigne gode erfaringar med å prioritera dette området.

Styrking av legetenesta i kommunen kan skje på fleire måtar. Det må være fleksibilitet i systemet slik at det er mulig å finna lokale løysingar ut frå dei konkrete behova. Det bør koma tydelegare fram i lova at fleire kommunar kan samarbeida om kommunelegefunksjonen og det må sikrast mulighetar for ulike samarbeidsmodellar.

Ansvarsfordelinga med omsyn til oppgåveløysning og beslutningskompetanse. Bruken av avtalar

Det har skjedd ei glidande overføring av oppgåver frå specialist- til kommunenivå dei siste åra blant anna som følgje av nedlegging av sengeplassar, kortare liggetider og meir poliklinisk behandling. Som følgje av dette har det blitt meir intensiv og spesialisert oppfølging og behandling på kommunalt nivå.

I lovframlegget er det ikkje lagt opp til ei tydelegare ansvarsfordeling. Det er lagt til grunn at departementet ved forskrift eller i det enkelte tilfellet skal kunne avgjera kva som er helse- og omsorgstenester etter loven. Det vil med dette vera departementet som bindande kan fastsetja om ansvaret ligg på kommune- eller spesialistnivå. Denne uklarheta kan gi grunnlag for

stadig overføring av oppgaver til kommunalt nivå utan økonomisk kompensering. Det vil også kunne bli ubalanse i maktforholdet mellom stat og kommune når det er departementet som einssidig vil kunne fastsette ansvarsfordelinga mellom partane.

Gråsoneproblematikk mellom kommune og spesialisthelseteneste skal reduserast ved lovpålagte avtalar. Det blir sett minimumskrav til innhald i avtalane. For å unngå gråsoneproblematikk i størst mulig grad, meiner kommunen at det ville vera ei betre løysing å klargjera ansvarsforholdet og oppgåvefordelinga mellom nivåa direkte i loven. Eventuelle ”restoppgåver” vil i så fall måtte finna si løysing lokalt mellom partane.

Avtalane mellom kommunar og foretak bør i størst mulig grad vera rettsleg bindande, men partane kan avtale tvisteløysingsordningar fremfor å bringe tvistar inn for dei alminnelige domstolane. Det er i høyringsnotatet ikkje tilstrekkelig utgreidd kor rettsleg bindande avtalar mellom kommunar og foretak skal vera, og ein ser det som nødvendig at dette blir gjort.

Nye oppgaver og plikter som er foreslått for kommunane

Sjølv om intensjonen er at det skal skje auka aktivitet i kommunen, blir det sagt at lovframlegget i hovedsak er ei ”presisering” av dei oppgåvene, pliktene og handlingsromet som kommunen har i dag.

Sett i forhold til intensjonen med samhandlingsreforma vil framlegget samla sett likevel påføre kommunen vesentleg nye plikter, gi større ansvar og fleire oppgaver til kommunane og gi mulighet for vidareutvikling av oppgaver kommunane allereie har. Prioritering vil bli nødvendig, og innsatsen bør konsentrerast om område og pasientgrupper der samhandling har særleg store konsekvensar for sjukdomsforløpet og tenestetilbodet til pasienten. Det er peika på at dette i særleg grad gjeld i høve til kronisk sjuke og eldre pasientar.

For å sikre ei god oppgåvefordeling bør dei største pasientforløpa mellom kommunen og helseforetaket gjennomgås, for å kartlegge kva føresetnader som må på plass for ei vellykka overføring av oppgaver frå spesialist- til kommunehelsetenesta.

Kommunehelsetenesta bør organisera eit øyeblikkelig hjelp døgntilbod til pasientar som midlertidig treng auka behandling, pleie og omsorg i heimen eller i sjukeheim. Kommunane må sjølv bestemme korleis dette tilbodet skal organiserast. Tilbodet må vera like enkelt tilgjengelig som innleggelse for øyeblikkelig hjelp i sjukehus og kunne rekvirerast av legevakt eller fastlege. Betre koordinering rundt desse pasientane er etter vår oppfatning eit område i helsetenesta med stort potensial til forbetring. Det er godt dokumentert at dette hindrar innleggelse på sjukehus og er eit betre tilbod til pasientane. Det å lovfeste ei slik plikt vil kunne styrke kommunens posisjon, det vil innebære ei reell oppgaveoverføring frå spesialisthelsetenesta til kommunen, og Stortinget vil då også måtte fullfinansiere oppgåva. Det er sannsynleg at eit slikt tilbod faktisk vil medføre redusert bruk av spesialisthelsetenesta i tråd med intensjonen i Samhandlingsreforma. På bakgrunn av eigne erfaringar med å tilrettelegge for slike tilbod, er Åseral kommune opptatt av at finansieringa må ta omsyn til kommunar som allereie har tatt eit slikt ansvar.

Kva plikter får kommunen i forhold til folkehelse?

Nytt forslag til lov skal understøtte målet om å styrkja det forebyggjande helsearbeidet, noko som igjen er i tråd med Samhandlingsreforma si hovedmålsetting. Investering i forebyggjande helsearbeid og tidleg intervensjon skal over tid gi helsegevinst og sparte helsekostnader. Med forslag om ny lov skal det etablerast eit nytt fundament for å styrke folkehelsearbeidet i politikk og samfunnsutvikling og i planarbeid ut frå regionale og lokale utfordringar og

behov. Det å samle forebyggende helsearbeid i ein lov er eit svært viktig signal i seg sjølv i forhold til å gi dette arbeidet forsterka fokus.

Vi stiller likevel spørsmål ved underliggjande premiss om at den nye folkehelseloven vil føre til betre folkehelse, utan at dette skal ha betydelege økonomiske eller administrative konsekvensar for kommunane. Krav til samarbeid, helseovervåking og statistikk i lovforslaget vil ha betydelig økonomiske og administrative kostnader som det ikkje er tatt høgde for i høyringsnotatet. Dei auka krava som blir stilt på folkehelseområdet, fører til meirkostnader for kommunane både ressurs- og kompetansemessig.

Det er prinsipielt problematisk at det blir innført bestemmelsar i ny folkehelselov som undergrev grunnsprisset i plan- og bygningsloven (PBL) om at kommunane sjølv definerar innhaldet i kva for samfunnsmessige omsyn som det er behov for å utreda i planstrategiane. Med ein så omfattande definisjon som blir lagt til grunn for folkehelsearbeid, ser ein på denne delen av forslaget som eit inngrep i viktige lokaldemokratiske prinsipp. Det er rimelig at Fylkesmannen er tilsynsmyndighet fordi dette sikrar eit heilhetssyn med tanke på lokaldemokratisk forankring i PBL.

Lovens formål bygger både på generelle helsefremmande tiltak for befolkninga som heilhet og har også som mål å redusera sosiale helseskilnader. Det siste berører grupper av befolkninga som har sosiale, helsemessige og økonomiske utfordringar som for eksempel fattigdom. Dette ser vi som ei utfordring ved lovframlegget. Å redusere sosial ulikhet i helse er eit uttalt helsepolitisk mål som også er nemnt i sjølve lovteksten. Det er også store forventningar til at kommunar og fylkeskommunar skal bidra til å jamne ut sosiale helseforskjellar. Dette er vanskeleg, og det finns få retningslinjer for korleis det kan gjerast i praksis.

Helseovervåking /statistikk er eit stort og uoversiktleg område – og vil kreve store ressursar både på fylkeskommunalt og kommunalt nivå. Det ligg ikkje inne ressursar til dette arbeidet, samt at det er behov for kompetanse i kommunesektoren for å følgje opp. Behovet for felles opplegg og standardisering er stort, og det bør avklarast kva som skal gjerast og av kven - både nasjonalt, regionalt og lokalt. Fylkeskommunen skal i følgje lovframlegget bistå kommunen med analyser og tolkning av data. Det finns allerede mykje helsestatistikk, og det vil vera viktig å ha oversyn over alt dette for å unngå dobbeltrapportering.

Økonomiske og administrative konsekvenser

Det er vanskeleg å få oversyn over økonomiske og administrative konsekvensar då fleire endringsframlegg er henvist til meir utgreiing. Samhandlingsreforma blir møtt med forventningar om innsats på mange plan, og høyringsdokumenta viser til fleire kostnadsdrivande element: Etablering av funksjons- og kvalitetskrav, meir kommunal styring av fastlegane, nye ressursar innan legetenesta, overføring av aktivitet frå spesialisthelsetenesta, etablering av tilbod i kommunane, styrking av legevakt, satsing på rehabilitering osv. Alt dette fører til at kommunane må auka sin kompetanse og legge meir ressursar inn i tenestene sine.

Som tidlegare nemnt er kommunen av den oppfatning at departementet i alt for stor grad i forbindelse med ulike lovframlegg konstaterar at framlegga truleg ikkje vil ha økonomiske og administrative konsekvensar. Imidlertid er forholda slik at når dette synspunktet blir gjentatt fleire gonger, vil sjølv mindre endringar over tid ha betydelege konsekvensar for kommunen. Dette må departementet ta omsyn til i sitt vidare arbeid.

Det er ein føresetnad i lovframlegget at det skal bli gitt kompensasjon for auka kommunale kostnader knytta til henholdsvis kommunal medfinansiering av spesialisthelsetenesta og

kommunal betalingsplikt for utskrivningsklare pasientar frå første dag. For begge desse endringane skal det gjerast vidare utgreiing av økonomiske verknader og korleis kompensasjon skal tilførast kommunane.

Utbygging av eit kommunalt døgnbehandlingstilbod ved øyeblikkelig hjelp er berekna å bli finansiert ved at kommunen sparar medfinansieringskostnader og ved eventuelle bidrag frå helseforetaka.

Framtidig modell for kommunal medfinansiering må ivareta ein akseptabel risiko for kommunane og må vera eit reelt insitament for kommunane til å iverksette tiltak retta mot pasientgrupper der ein i realiteten kan påverke bruk av spesialisthelsetenester.

Overføring av midlar til kommunane for utskrivningsklare pasientar må baserast på objektive demografiske data, og ikkje på historiske data for kor mange utskrivningsklare pasientar kvar kommune har hatt. Det siste vil "straffe" kommunar økonomisk som allereie har tatt eit slikt ansvar. Mange kommunar har tatt ansvar for å bygga ut kommunale tenester slik at utskrivningsklare pasientar raskt kan tilbakeførast til kommunen. Ved å ta denne kostnaden fortløpande, har kommunane gitt pasientane eit godt tilbod i tråd med LEON-prinsippet og sunn samfunnsøkonomi. For kommunens eige driftsbudsjett ville det imidlertid vore billegare å halda pasientane lengst mogleg på sjukehus.

Det vil vera uheldig om viktige økonomiske grep i Samhandlingsreforma skulle bidra til mindre overføring til dei kommunane som over tid har brukt ressursar på god helse- og omsorgsteneste og effektiv samhandling i tråd med LEON-prinsippet. Dette er viktig for å understøtta den kontinuerlege satsinga på helse- og omsorgstenester.

Finansieringsordninga må også omfatte eit "tak" for å begrense den finansielle risikoen for enkeltkommunar.

Vi vil understreke at for å kunne bygge opp nye tenester som nemnt i Samhandlingsreforma, må kommunane ha tilstrekkeleg og forutsigbart økonomisk handlingsrom fleire år fram i tid. Dette inneber at det i tillegg til overføring av midlar for utskrivningsklare pasientar og medfinansiering blir tatt høgde for at innføring av reformen inneber tilleggskostnader (pukkelkostnader) i form av planlegging, etablering av nye tilbod, IKT-utbygging, helseovervåking og kompetansebygging i ein overgangsperiode som vil gå over fleire år.

Kompetanse, forskning og IKT

Samhandlingsreforma vil føre til at kapasiteten i den kommunale helse- og omsorgstenesta må styrkast. Det er viktig at dei myndighetsmessige rammebetingelsane støttar opp under at utdanna helse- og sosialpersonell i større grad enn hittil blir kanalisert til kommunale tenester.

Behovet for arbeidskraft nødvendiggjer fleire tiltak. Det må bli utdanna tilstrekkelig helsepersonell med relevant kompetanse. Utdanningsinstitusjonane har til nå i for stor grad vore retta inn mot arbeid i spesialisthelsetenesta, og det må i mykje større grad bli lagt vekt på å utdanne personell som er tilpassa framtidige kommunale oppgåver.

Det er avgjerande at alle kommunar kjem seg opp på eit teknologisk minimumsnivå for at ein skal hente ut potensialet som ligg i elektronisk samhandling. Dersom alle er i stand til å sende og motta elektroniske meldingar, slepp ein å oppretthalde egne rutinar for å utveksle papirmeldingar med dei aktørane som heng etter. Dette vil også sikre alle innbyggjarane det same tilbodet. Den nasjonale IKT-infrastrukturen bør finansieres nasjonalt.

Klage og tilsynsordninga

Vi ser det som ein stor fordel for kommunen og for brukarane at det blir ein felles klage- og tilsynsinstans. Klageinstansen bør berre overprøve kommunale vedtak i forhold til lova og ha ein svært begrensa adgang til å overprøve kommunen sitt skjønn. Vi ser det også som ein fordel at klageinstansen ikkje skal treffe nytt vedtak i saka, men ved oppheving av kommunale vedtak skal saka sendast tilbake til ny handsaming i kommunen.

Korleis kan Samhandlingsreforma gjennomførast?

Åseral kommune ser det som ein føresetnad at det blir lagt opp til gradvis og planmessig implementering av reforma. Oppgåver må ikkje bli overført til kommunane før ein har fått tilstrekkelig med tid og ressursar til å byggje opp tilbodet, samt sikra organisering og drift. Det må også fastsetjast "milepælar" der resultata av reforma på gitte tidspunkt skal vurderast. Dette er avgjerande for å kunna sikra eit tenestetilbod med spesiell vekt på pasientsikkerhet og kvalitetsforbetring.

Med helsing

Anna Kaddeberg
avdelingssjef

Kopi til:
Kommunalutvalet
Helse- og sosialutvalet