



Bjerkreim kommune
Levekårsavdelinga
Legekontoret

Helse- og omsorgsdepartementet

Postboks 8011 Dep.
0030 OSLO

Vår saksbehandlar:	Dykkar ref.:	Vår ref.:	Arkiv:	Dykkar dato:	Vår dato:
Knut Vassbø		10/9066	FA-G00, TI-		20.12.2010
Telefon: 51 20 11 50		10/899	&13		
E-post: knut.vassbo@bjerkreim.kommune.no					

Høyringsuttale Bjerkreim Kommune
Forslag til Helse- og Omsorgslov, Folkehelseslov

Viser til forslag til ny Helse- og –omsorgslov og ny Folkehelseslov

Det er gjort følgjande vedtak i Bjerkreim kommunestyre 15. desember 2010:

Høyringsvar Kommunal Helse- og Omsorgslov

OPPSUMMERING

Det er tenleg og i tråd med den faglege utviklinga å samla helse- og omsorgstenester i ei lov. Utviklinga innan omsorgstenestene, både i institusjon og heime, har gjort omsorgstenestene til ein stadig viktigare ledd i behandlingsskjeden. Bjerkreim Kommune sin hovudbodskap er at denne utviklinga må understøttast i ei ny helse- og omsorgslov, noko som er ivaretatt i lovforslaget, men må følgast opp med gode finansieringsmodellar.

Det er i samband med dette kommunens klare oppfatting at finansieringsmodellar for utskrivningsklare pasientar og kommunal medfinansiering må byggja på objektive, demografiske kriterier, og ikkje på historisk forbruk av spesialisthelsetenester.

Merknader til enkelte paragrafar:

§3-3: Merknad: Kommunens ansvar må vera avgrensa til dei personane som gjennom sin kontakt med kommunale tenester (herunder helse og oppvekst) gir grunnlag for intervensjon. Slik lovteksten er formulert, kan det oppstå tvil kor vidt kommunen skal driva oppsøkande arbeid (for eksempel heimebesøk til alle som fyller 70 år). Vår tolking er at kommunen pliktar å syta for at personar som er i faresonen, blir fulgt opp på fagleg god måte, men at kommunens plikt til å identifisera desse personane, er avgrensa til dei som sjølv tar kontakt med kommunale tenester, eller der det blir meldt bekymring frå lærar, helsesøster, pårørande etc. Lovteksten bør presisert slik at dette ansvarsforholdet klart framgår.

§6-1: Merknad: Det er positivt når forslaget til §6-1 angir at "kommunestyret selv" skal inngå avtale mellom kommunen og helseforetaket. Dette vil kunna være med og styrka lokalpolitikarane si rolle i utforminga av helsetilbodet både i kommunen og regionen.

Det er ein føresetnad at dette vert gjort i en gjensidig prosess der det blir lagt vekt på vurdering av den kompetanse kommunen til ei kvar tid har, slik det framgår av høyringsnotatet s. 309 og 310.

Bjerkreim kommune har positive erfaringar fra samarbeid om avtalar med regionale helseforetak.

Det finst mange oppgåver som med fordel kunne vore utført av helse- og omsorgstenesta i kommunen, t.d. intravenøs behandling, lindrande behandling etc. Dette er positivt både for pasient, pårørande og samfunnsøkonomi.

§6-2 punkt 3-6: Merknad: Kommunen må få full kompensasjon for nye oppgåver. Dette gjeld utgifter for å hindra innleggingar, etablera og driva kommunale senger for observasjon og behandling, og ta imot utskrivningsklare pasientar.

Det trengst auka sengekapasitet for å kunna tilby observasjon og heildøgns behandling av pasienter i kommunal regi. For mange kommunar, kanskje spesielt dei mindre kommunane, må dette etablerast i samband med øvrig heildøgns pleie/omsorg, d.v.s. sjukeheim. Alternativet vil vera regionale samarbeid mellom kommuner. Dette vil imidlertid medføra nye administrative strukturar, meir komplisert samhandling og vil sannsynlegvis vera mindre økonomisk gunstig. Fordelen med eit tilbod i pasientens nærmiljø vil også falla bort dersom ein velger interkommunale løysingar.

Den økonomiske kompensasjonen må også gjelda kompetansestyrking (vidare- og etterutdanning samt hospiteringsordningar). Kompetansestyrking og rekruttering av kvalifisert personell er ein av hovedeføresetnadene for at kommunane skal vera i stand til å kunna gjennomføra intensjonane i desse punkta.

§8-2: Merknad: Auka forventningar til den kommunale helse- og omsorgstenesta, nye brukargrupper og overtaking av oppgåver frå spesialisthelsetenesta vil medføra behov

for vidareutdanning av sjukepleiarar, omsorgsarbeidarar m.m. Dette vil medføra auka kostnader for kommunane. Spesielt vil det i ein overgangsperiode vera naudsynt å tilføra kommunane spesialisert kompetanse som pr i dag er lite representert i kommunal sektor. Ei slik kompetanseoppbygging og –overføring vil medføra kostnader for kommunane, noko som må takast omsyn til i framtidige økonomiske overføringar.

Staten må bidra til at det vert langt enklare for fagpersonell å gjennomføra desentralisert vidareutdanning.

§11-3, 11-4: Merknad: Nøkkeltal i kommunane sitt inntektssystem må leggst til grunn for fordeling av midlar til kommunane, både ved evt kommunal medfinansiering og når det gjeld utskrivningsklare pasientar.

I St.meld 47 (2008-2009) er det anført: "Legedekning i sykehjem, dekningsgraden av institusjoner, boliger for eldre over 80 år og sykehusenes lokalisering påvirker liggetiden i sykehus. Omfanget av liggedøgn for utskrivningsklare pasienter er størst ved mindre lokalsykehus, og størst i byer over 100 000." Her kjem det tydeleg fram at kommunane sin eigen innsats, samt nærleiken til statleg finansierte sengeplasser, er avgjerande for liggetid og antal utskrivningsklare liggedøgn. Desse forholda representerer ikkje objektive ulemper som staten bør kompensera for ved øyremerkte tilskott.

Utbygging og drift av kommunale tenester, herunder sjukeheimsplassar, er heilt sentralt for å kunna ta imot utskrivningsklare pasientar. 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 Samhandlingsreformen 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.

Det er for øvrig, i rapporten "Utskrivningsklare pasienter" frå Norsk Sykepleierforbund og Analysesenteret AS, opplyst at historiske data frå Norsk Pasientregister har store feilkjelder, m.a. p.g.a. manglande innrapportering frå helseforetaka. Når datagrunnlaget har såpass store manglar at det er vanskeleg å forska på det, bør det heller ikkje leggst til grunn for fordeling av midlar til kommunane.

Det er imidlertid inga tvil om at *alle* kommunar vil ha behov for å vidareutvikla og bygga ut institusjonsplassar i kommunal regi, herunder også *Buform for heildøgns pleie og omsorg*. Investeringstilskott til slike institusjonsplassar bør knyttast opp til antalet institusjonsplassar som blir etablert.

"Driftstilskott" i form av overføringar frå spesialisthelseteneste-budsjettet, må imidlertid fordelast ut frå vanlege nøkkeltal i finansieringssystemet.

§12-2: Merknad: Legefording til kommunenes helse- og omsorgstjeneste. Det synest ulogisk at kommunane skal få større ansvar for helsetenestene, samtidig som departementet fortsatt skal detaljstyra talet på medarbeidarar (legar) i kommunehelsetenesta. *Ordninga bør anten opphøra, eller vidareførast med lovfesta medverknad frå kommunal sektor, t.d. Kommunenes Sentralforbund.*

Høyrings svar Folkehelse lov

OPPSUMMERING/MERKNAD:

Forslaget til ny folkehelse lov klargjer ansvarsfordelinga innan folkehelse arbeidet.

Det er viktig at nye kommunale oppgåver vert fulgt opp med økonomiske ressursar.

Bjerkreim kommune har for øvrig ingen vesentlege merknader til lovforslaget, som etter vårt syn er godt og tenleg.

SAKSGANG:

Rådmannen sitt forslag til vedtak:

Høyringsuttale/merknader frå Bjerkreim kommune vert oversendt til Helse- og Omsorgsdepartementet.

29.11.2010 Driftsutvalet - Møtebehandling:

Rådmannen sitt forslag blei samrøystes vedteke.

DRU-064/10 Vedtak:

Høyringsuttale/merknader frå Bjerkreim kommune vert oversendt til Helse- og Omsorgsdepartementet.

15.12.2010 Kommunestyret - Møtebehandling:

Driftsutvalet sitt vedtak i sak 064/10 blei samrøystes vedteke.

KST-055/10 Vedtak:

Høyringsuttale/merknader frå Bjerkreim kommune vert oversendt til Helse- og Omsorgsdepartementet.

Med helsing

Knut Vassbø
kommunelege I

Fullstendig saksprotokoll er tilgjengeleg på kommunens heimesider:

www.bjerkreim.kommune.no > Politikk