

Framlegg til ny lov om kommunale helse- og omsorgstenester og ny folehelselov.

UTTALE FRÅ BØ KOMMUNE:

Generell kommentar.

Både den økonomiske situasjonen i kommunesektoren i dag, og erfaringar frå tidlegare statlege reformer i høve til kommunane sin økonomi, gjer at Bø kommune er svært uroleg i høve til kommuneøkonomien samband med lovendringsframlegga.

Det blir avgjerande for desse reformene at dei vert fullfinansierte i høve til pålagte oppgåver og nye tiltak. Denne fullfinansieringa må omfatte både nye stillingar, kompetansehevingstiltak ved oppstart og i samband med vidareføringa, konsekvensar for fastlegeordninga og naudsynt organisasjonsutvikling.

Som ein anna generell kommentar vil kommunestyret i Bø gje uttrykk for at ein er skuffa over at ein i dette lovrevisjonsarbeidet ikkje har hatt evne eller vilje til å samordne dei to lovverka til eitt lovverk. Sjølv om framlegget til ny kommunal helse- og omsorgslov har eit forsterka perspektiv i høve til det førebyggjande helsearbeidet, ville samling til ei lov vore eit sterkare signal i høve til det viktige arbeidet med å halde både det førebyggjande og det meir pasienthandsamande perspektivet samla innom utvikling og organisering av alt helsearbeid.

Framlegg til Lov om kommunale helse- og omsorgstenester Nye oppgåver/plikter/aktivitetar som er føreslegne i høve til kommunane

- *Oppgåvene som kommunane vil få ansvar for må være tilpassa dei einsskilde kommunen sine føresetnader i høve til å ta på seg oppgåva. Den einsskilde kommunen sine utgangspunkt når det gjeld evne og avgrensingar må definerast i lokale avtaler mellom kommunar og helseforetak. Før lokale avtaler vert etablerte må det ligge føre ei økonomisk kartlegging av konsekvensane, slik at kommunane er i stand til å utføre dei oppgåvene som dei likeverdige partane blir samde om å overføre frå sjukehusa.*
- *Eit døgnkontinuerlig umiddelbar – hjelp tilbod vil være avhengig av fysiske fasilitetar, kompetanse og økonomi. Ei lovmessig plikt for kommunane vil sette enkelte kommunar i ein umogeleg situasjon, samt at "halvvegsløysingar" vil kunne sette livet og helsa til brukarane i fare. Ei lovmessig plikt vil krevje at staten fullfinansierar kostnadene knytte til et slikt tilbod.*
- *Det må utarbeidast nasjonale kriteira for innlegging og utskrivning av sjukehus. Nasjonale kriteria vil hindre at det vert laga ulike kriteria frå stad til stad i landet. Dette vil også sikre lik handsaming av pasientar uavhengig av kvar dei bur eller kva for sjukehus dei er knytte til..*
- *Alder som kriterium for kor ein får helsehjelp må fjernast. Her viser ein til det som er sagt når det gjels personar over 80 år. Det skal alltid være ei konkret vurdering av den einsskilde pasient sin sjukdom og sine behov som skal være avgjerande for den helsehjelpa som vert gjeve.*

- Ressurskrevjande brukarar i kommunane har kravd større og større ressursar av kommunen sine budsjett. Deler av denne auken har blitt kompensert gjennom statlege tilskot. Ordninga vert opplevd som svært tidkrevjande og byråkratisk. Det bør bli utarbeidd kriteria for kven som skal gå inn under ordninga, og ordninga bør så finansierast fullt ut frå statens si side. Aldersgrensene som gjeld for ordninga bør fjernast.
- Ei styrking av kommuneoverlegane si rolle vil være naudsynt for planlegging og implementering av dei endringane som samhandlingsreforma legg opp til. Dette gjeld både i den einskilde kommunen, men og i samhandlinga mellom kommunar og helseforetak.
- Kommunane har store utfordringar når det gjeld i forhold til å klare å gje eit kvalitativt godt nok tilbod til personar med psykiske lidningar og til rusavhengige. Hovudårsaken til dette ligger i knappe økonomiske rammer. Til tross for opptrappingsplanar vil kommunane ha behov for ytterlegare styrking av rammene for kunne oppfylle dei forventningane som ligg i samhandlingsreforma.
- Heildøgnsstenester i eigen heim har auka dei siste åra. Dette gjev kommunane store utfordringar både når det gjeld kompetanse, personale og økonomi. Det bør vurderast å klargjere i forskrift kva for føresetnader som må vere til stades for at ein person skal ha rett til heildøgnssteneste i eigen heim.

Mynde det vert gjort framlegg om å gjeva til kommunane

- Det er positivt at det vert utarbeidd kvalitets- og funksjonskrav for fastlegetenesta i kommunane. Dette kan gi kommunane betre utgangspunkt for å få større deltaking frå fastlegane i spørsmål om samhandling, medverknad og rådgjeving i forhold til enkeltbrukarar.
- Det er positivt at kommunane får ta sterkare styring over fastlegeordninga og legetenesta i kommunane.
- For å møte dei nye oppgåvene som skal overførast frå sjukehus til kommunane, må det lagast planar for auka kompetanse / spesialisering blant legane i kommunane. Kostnader knytte til denne kompetansehevinga må bli dekte opp gjennom auka statlege overføringar.

Bruk av avtaler mellom kommunar og føretak, inkludert heimel for å avtale tvisteløysingsordningar

- Dersom det oppstår tvist i forhold til avtaler mellom kommunar og helseforetak, bør det opprettes eit eige uavhengig tvisteløysingsorgan. Et slikt organ vil auke legitimiteten for ei tvistehandsaming.

Kompetansefordeling elles mellom kommunar og statsforvaltninga

- Statens mynde for tilsyn og klagehandsaming bør samlast i eitt statleg organ. Dette bør ligge til fylkesmannen i fylka. Dette vil hindre uklare roller og en mindre fragmentert stat i møtet mellom staten og kommunane.
- Det er positivt at kvalitetskrav i forhold til pasienttryggleik blir handsama lokalpolitisk (jmf. § 4-2). Dette føreset likevel at kommunar og tilsynsmyndet har en lik oppfatning av kva for kvalitetsindikatorar og – krav som skal gjelde.
- Det er positivt at statleg klageorgan vert fråteken myndet til å gjere om vedtak som er gjort av kommunen. Dersom klageorganet ikkje er einig med kommunen sitt vedtak, kan det sende saken tilbake til kommunen. Dette vil gi kommunen ein helt ny posisjon vis a vis klageorganet, og samtidig gje kommunen eit høvet til å vurdere saka på ny.

Særleg om framlegg til bruk av tvang og makt overfor psykisk utviklingshemma og overfor rusmiddelbrukarar

- *Reglane for tvang overfor personar med kognitiv svikt (f.eks demente) må takast inn i ny lov om kommunale helse og omsorgstenester på lik line med psykisk utviklingshemma og rusmisbrukarar. Bakgrunnen for dette er at sakshandsamingsreglane, fylkesmannen si rolle og gjennomføring for alle disse tre gruppene har mange likskapstrekk*

Finansiering av kommunen sine nye oppgåver/ plikter/ aktiviteter

- *Auka kommunalt finansieringsansvar for fastlegeordninga vert ikkje støtta, da ein ikkje klarer å sjå grunngevinga for ei slik endring. Endring i kven som betaler kva i fastlegeordninga har ingen innverknad på den påverknaden kommunane har på sjølve legetenesta.*

- *Takstsystemet for fastlegane bør endrast, og det bør oppmuntres til auka samhandling med kommunen sine helse- og sosialtenester i planlegging, enkeltsaker og rettleiing som ikkje er kurativ verksemd.*

- *Det vil vere behov for auka ressursar til grunnutdanning, lærlingordning og etter- og vidareutdanning for å møte kommunane sine behov for kompetent arbeidskraft i åra framover. Dette må staten ta omsyn til i rammeoverføringane til kommunane.*

Helseovervaking / statistikk

- *Det er naudsynt at sentrale styresmakter koordinerer utvikling av felles metodar og system for bearbeiding av datamaterialet, til dømes geografiske informasjonssystem. Helseovervakinga må sette helsefremjande faktorar i høgsetet. Følgjande prinsipp vert lagt til grunn:*

- o *Statlege styresmakter etablerer eit minimum av felles indikatorar for å sikre samanliknbare data nasjonalt.*

- o *Statlige helsestyresmakter kvalitetssikrar at data er samanliknbare mellom kommunar og fylkeskommunar*

- o *Samanliknbare data er også viktig i et internasjonalt perspektiv*

- *Statlig pålegg om samarbeid mellom kommunar (§ 27) går kommunane imot. Frivillige avtaler mellom kommunar som ønskjer å samarbeide vil være en mykje betre måte å løyse utfordringar knytte til folkehelsearbeidet.*

Innspel til enkeltparagrafar i ny Lov om kommunale helse- og omsorgstenester

- *I § 1 – 3 e synes lite konkret og operasjonell. Her bør ein heller nytte kjente formuleringar som dei som finst i ISO 9000:2000 der tenester skal vere*

- o *Virkningsfulle*

- o *Trygge og sikre*

- o *Involvere brukere og gir dem innflytelse*

- o *Er samordnet og preget av kontinuitet*

- o *Utnytter ressursene på en god måte*

- o *Er tilgjengelige og rettferdig fordelt*

- *Følgjande vert teke inn i kap. 3: Kommunen skal samarbeide kommunalt, fylkeskommunalt, med regionalt helseforetak og stat slik at helse og omsorgstenestene i landet vert opplevde som ei eining.*

- *§ 5 – 7 er en vidareføring av tidlegare regel i Lov om helsetenester i kommunane. I forslag til ny Helse og omsorgslov bør det presiserast kva for opplysningar om helsepersonell som kommunen skal ta mot og Eventuelt vidareformidle til eit sentralt register.*

- § 5 – 4 omtaler krav om politiattest for tilsette som skal arbeide med barn Og utviklingshemma. Her bør ein også ta med personar med kognitiv svikt (eksempel demente), da denne gruppa også må sjåast på som serleg sårbar Og utsett.

Framlegg til lov om folkehelse

Nye oppgåver/plikter/aktivitetar er føreslegne i høve til kommunane.

- Det vert tilrådd at midlar for folkehelsearbeid og i forhold til helse og Omsorg vert overført via rammeoverføringane til kommunesektoren. Ei eventuell øremerking av midlar er bare aktuelt i ein innføringsperiode.
- Ei auka satsing på folkehelsearbeid bør være ein del av ein ny handlingsplan (opptrappingsplan) slik at både fylkeskommunar og kommunar har høve til å planlegge, implementere og sette i verk aktuelle tiltak gradvis.
- For å styrke folkehelsefeltet er det helt avgjerande at styrkinga vert følgd opp med økonomiske midlar.
- Fastlegen sitt ansvar og rolle i folkehelsearbeidet bør presiserast tydelegare enn realiteten er i dag. Denne klargjeringsprosjektet kan med fordel tas inn i den nye forskrifta til loven.

Forholdet mellom fylkeskommunale og kommunale oppgåver og ansvar

- Kommunane sluttar seg til framlegget til ny folkehelselov som retter seg mot alle forvaltningsnivå og sektorar/faktorar som påverkar helsa til innbyggjarane.
- Kommunane ser at krav om samordning på tvers av ulike sektorar og fagområde ikkje er følgd opp på statleg forvaltningsnivå. Ansvaret for det tverrsektorielle folkehelsearbeidet bør derfor vurderast flytta ut frå Helse og omsorgsdepartementet og over til eksempelvis Kommunal og regionaldepartementet, fordi folkehelsearbeid har store samfunnsmessige konsekvensar.
- I § 24 står det følgjande: "Nasjonalt folkehelseinstitutt skal bistå kommuner, fylkesmenn og andre statlige institusjoner, helsepersonell og befolkningen...". Her er fylkeskommunen utegløymt i sjølve lovteksten. Dette må takast inn.
- Lovteksten beskriver at fylkeskommunen skal være en pådrivar for og samordne folkehelsearbeidet, blant anna gjennom alliansebygging og partnerskap. Det er viktig at lovteksten også tydeliggjer omgrepet "partnerskap" og at bruken av dette omgrepet er i samsvar med fylkeskommunen sitt ansvar som regional utviklingsaktør.
- Folkehelsekompetansen i kommunen må verta vektlagt. Folkehelsekoordinatoren i kommunen har ei svært sentral rolle for å samordne kommunane sin innsats, men det bør ikkje være en lovpålagt funksjon.

Det ville vore ein fordel for tannhelsetenesta som tenesteytar, om det hadde vorte drege opp ei grense mellom ny folkehelselov, ny helse- og omsorgslov og gjeldande Lov om tannhelseteneste.