



BREMANGER KOMMUNE

PLO/BARNEVERN/HELSE

Helse og omsorgsdepartementet
Post boks 8011 Dep
0030 OSLO

Vår ref.
10/2173-2/K1-/RY

Dykkar ref.

Dato:
03.01.2011

BREMANGER KOMMUNE SI FRÅSEGN TIL NASJONAL HELSE-OG OMSORGSPLAN 2011-2015, NY FOLKEHELSELOV OG NY KOMMUNAL HELSE-OG OMSORGSLOV

1. NASJONAL HELSEPLAN, 2011-2015.

Kommentarar til høyringsgrunnlaget til Nasjonal helse- og omsorgsplan, "Fremtidens helsetjeneste: trygghet for alle", – med fokus på to av kap.: "Fremtidens kommunehelsetjeneste" og "Helhet og sammenheng".

I føreordet til høyringsnotatet frå helse- og omsorgsdepartementet, seier statsråd Strøm-Erichsen at Nasjonal helse- og omsorgsplan skal "*vise hvordan reformen skal gjennomføres*". Regjeringa vil at planen skal vere ein operativ reiskap for prioriteringar innafor dei samla helse- og omsorgstenestene. Den vert vidare presisert at den skal sikre god politisk styring gjennom å vere eit strategisk styringsdokument for helsetenesta.

Heilskaplege tenester og likeverdige partar:

Kapitla som kommunen vil konsentrere seg om i denne fråsegna, handlar om to område: "Fremtidens kommunehelseteneste" og "Helhet og sammenheng". Underkapitla til "Helhet og sammenheng", er sjukehusstruktur, akuttmedisin, tilgjenge, desentraliserte spesialisthelsetenester, finansiering av spesialisthelsetenesta og psykisk helse og rus.

Dei to forvaltningsnivåa skal vere likeverdige partar i utviklinga av den framtidige helsetenesta. Tradisjonelt er det spesialisthelsetenesta som har vore premissleverandør også for førstelinetenesta. Det nye planframlegget ber preg av ovannemnde tradisjonelle tenkjemåte. Kommunen er skeptiske til at spesialisthelsetenesta også i det nye nasjonale styringsverktøyet skal få altfor sterk innverknad. Eitt døme er problematiseringa av akuttmedisin. Problematisering av AMK-tenestene har fått ein stor plass i planframlegget, medan den kommunale delen (legevaksentralar og pleie- og omsorgstenestene) i ein akuttmedisinsk kjede er via liten plass. I eit pedagogisk perspektiv, jf. intensjonane med reforma, burde "Helhet og sammenheng" også omfatte kommunehelsetenesta. Det er heilt

avgjerande, både i høve til tenestekvalitet og økonomi, at også breiddekompetansen til kommunehelsetenesta vert vidareført.

Behov for ein samla sjukehus-/behandlingsinstitusjonsplan:

Kommunen vil t.d. peike på behovet for ein sjukehusplan som ein del av Nasjonal helse- og omsorgsplan. Sjukehusplanen må innehalde nasjonale minstekrav til kva helsetenester som skal vere på eit sjukehus, og kvar sjukehusa skal liggje. Det må også takast geografiske omsyn i område med spreidd busetnad og store avstandar.

Nokre kommunar er truleg for små til å kunne byggje opp eigne tenester på ulike område, men kommunen ønskjer ikkje nye interkommunale/kommunale institusjonar og forvaltningsnivå – t.d. distriktsmedisinske senter utan ein klar ansvarsdefinisjon.

Avklaring av omgrep:

Det er heilt grunnleggjande for ei ryddig og likeverdig realisering av reforma at roller og oppgåver til første- og andrelinetenesta er tydelege i ein ny strategisk og operativ styringsreiskap. Planframlegget er t.d. uklart i høve til definisjonar av sjukehusinstitusjonar og kommunale/interkommunale institusjonar som t.d. distriktsmedisinske senter. Kva skal innhaldet vere, kva oppgåver skal utførast i kommunale senter i høve til spesialisthelsetenesta, og kva krav til kompetanse skal stillast?

Statlege styresmakter må - gjennom ein nasjonal helse- og omsorgsplan - vere klare og tydelege på dei ulike behandlingseinstitusjonane sine roller, oppgåver og ansvar i heile behandlingsskjeda som skal sikre ”gode pasientforløp”.

Oppsummering av krav til innhald og tiltak i ny Nasjonal helse- og omsorgsplan.

- For å kunne sikre pasientane sine behov for helsetenester – og ”gode pasientforløp”, må det vere ei klar og tydeleg ansvarsdeling mellom spesialisthelsetenesta og kommunehelsetenesta. Kommunane bur seg på å overta oppgåver frå spesialisthelsetenesta. Men er avhengig av at midlar og kompetanse kjem i førekant av oppgåvene. Det er også viktig at nye oppgåver ligg nær opp til eksisterande oppgåver, slik at den breiddekompetansen som finst i kommunane kan bli ivareteken og endå betre utnytta. Spesialistoppgåver må framleis ivaretakast i spesialisthelsetenesta.
- Skal planen bli eit reelt og konkret styringsverktøy, må den avspegle intensjonane i Samhandlingsreforma om heilskaplege tenester, ha klare definisjonar på behandlingseinstitusjonar, og gi ei konkret og fullgod framstilling av dei ulike tenestene/forvaltningsnivåa sine oppgåver og ansvar. Kommunen ønskjer ikkje at det vert lagt opp til ”nye” behandlingssnivå, med uklar organisering og ansvarstilhøve. Difor må evt. ”distriktsmedisinske senter” vere kommunale/interkommunale.
- Ein nasjonal helse- og omsorgsplan må også vere konkret i høve til tidspunkt for ”innfasing” av verkemiddel/gjennomføring. Den må også vere konkret i høve til økonomiske rammer for nye oppgåver i kommunane. Gjennomføringa vil ta tid, og skal kommunane kunne planleggje og leggje til rette for nye oppgåver, må dei økonomiske rammene vere føreseielege. Jf t.d. rekruttering av fagpersonar.
- Ein sjukehusplan (evt. behandlingseinstitusjonsplan) – med ein behandlingseinstitusjonsstruktur som tek omsyn til reelle behov, geografi og avstandar - må implementerast i nasjonal helse- og omsorgsplan.

2. NY LOV OM KOMMUNALE HELSE- OG OMSORGSTENESTER.

- Kommunen ser det som viktig og rett å rydde opp i noverande lovverk og å harmonisere lovverket med dagens røyndom. Det er rett å klargjere kommunen sine

plikter ("sørgje-for-ansvar") etter ny lov om kommunale helse- og omsorgstenester, pasientane sine rettar etter pasientrettighetslova og helsepersonell sine plikter etter helsepersonellova. At den nye lova vert ei rein pliktlov/tenestelov - og pasientrettighetslova ei rein rettighetslov – er ein fordel for alle partar.

- Etter lovframlegget vert kommunane ansvarlege for tenesteytingar, men kan velje mellom enten sjølve å utføre tenestene, eller å inngå avtaler med private tenesteleverandørar eller andre kommunar. Uansett kven som faktisk utfører tenestene til innbyggjarane, har kommunen ansvaret for at dei vert planlagde, gjennomførte, evaluerte og korrigererte i tråd med lovgjevinga. Ansvaret kan likevel ikkje kommunane "avtale seg bort" frå. Dette vil føre til strengare krav til kommunane når det gjeld planleggings- og avtalekompetanse, og behov for ressursar til dette arbeidet. Kommunane har det reelle "sørgje-for-ansvaret" overfor innbyggjarane, og må difor ha både personellmessige og økonomiske ressursar til å kunne ta dette ansvaret.
- Kommunen støt departementet sitt krav om at kommunane sjølve organiserer sine tenester ut frå lokale tilhøve. Det er viktig at kommunane får det reelle ansvaret, og at det ikkje blir etterfølgt av sterkare statleg detaljstyring.
- Det kommunale ansvaret for helse- og omsorgstenester blir negativt avgrensa til alle tenester som ikkje stat eller fylkeskommune har ansvar for. Dette er eit ansvar som krev reelt likeverd mellom partane. Det må difor avklarast korleis slikt likeverd skal praktiserast. Eit aktuelt område å nemne her er felles forståing av kva som ligg i omgrepet *utskrivingsklar pasient*. Dersom det oppstår usemje om ansvarsfordelinga, må tvisten avgjerast av eit uavhengig tvisteløysingsorgan. Kommunen går imot at HOD einseitig kan fastsetje ansvarsdelinga mellom kommunehelsetenesta og spesialisthelsetenesta.
- For å sikre ei god oppgåvefordeling, bør dei største pasientforløpa mellom kommunen og helseføretaket gåast gjennom, for å kartleggje kva føresetnader som må på plass for ei vellukka overføring av pasientforløp frå spesialisthelsetenesta til kommunehelsetenesta. Dette gjeld særleg psykiatri, rus og rehabilitering.
- Kommunehelsetenesta bør organisere eit øyeblikkeleg-hjelp døgntilbod til pasientar som mellombels treng auka behandling, pleie og omsorg i heimen eller i sjukeheim. Kommunane må sjølve bestemme korleis dette tilbodet skal organiserast. Departementet har særleg bede om synspunkt på om det er behov for å lovfeste ei plikt for kommunen til å etablere eit slikt tilbod, eller om det skal vere frivillig for den einskilde kommune om eit slikt tilbod skal etablerast. Det bør gjennomførast ei gradvis innfasing og følgjeforsking-/ -evaluering ved overføring av oppgåver og plikter til kommunen.
- Dersom kommunane skal overta 10 - 30 % av innleggingane i spesialisthelsetenesta i dag, må det stillast både økonomiske og personalmessige ressursar til disposisjon for kommunane til å byggje opp tilbod før dei får oppgåvene.
- Den kommunale medfinansieringsmodellen for spesialisthelsetenester, sjølv om den no er avgrensa, må kombinerast med mekanismar for å avgrense den einskilde kommune sin finansielle risiko.
- Dei økonomiske verknadene av eit øyeblikkeleg-hjelp døgntilbod må bli kostnadsrekna med sikte på full statleg finansiering. Ansvarsdelinga mellom

spesialisthelsetenesta og kommunane bør samtidig klargjerast. Innanfor psykiatri og rus ligg ikkje tilhøva til rette for at det kan innførast ei betalingsplikt for utskrivningsklare pasientar frå 2012.

- Dei økonomiske og administrative konsekvensane er vanskelege å føresjå, men kommunen meiner dei vil bli langt høgare enn antyda i høyringsnotatet. Dette gjelder også for legetenesta.
- Kommunane manglar i dag mulegheiter til å styre fastlegane. Dette må sikrast betre i den nye lova. Skil kommunane ha reell mulegheit for å styre fastlegane, må legane vere trygge for at det tilbodet kommunane byggjer opp er trygt og sikkert både for dei og for pasientane. I dagens samfunn, med fokus på pasientrettar og at helsepersonell vert vurderte opp mot krav om erstatningar ved feilbehandling, er det lett å sjå legen sitt behov for å vere trygg for at det tilbodet som vert gjeve er godt nok.

Avstand til spesialisthelsetenester er og ein viktig faktor i denne samanhengen. Den økonomiske risikoen for kommunane er difor stor i høve til finansiering av spesialisthelsetenesta.

- For å gjennomføre reforma, vil det vere behov for å auke talet på legar i kommunane, både for å sikre fridom til å velje fastlege i små kommunar, og for å kunne auke omfanget på dei kommunale legeoppgåvene. Det gjeld styrkt tilsynslegefunksjon, meir førebyggjande innsats og pålegg av samfunnsmedisinske oppgåver. Ettersom legane ikkje skal kunne verte pålagde meir enn 7,5 time offentleg arbeid kvar veke, vil mindre kommunar få store vanskar med å løyse alle oppgåvene åleine. Statlege styresmakter må, i samarbeid med kommunane, arbeide fram tiltak for å rekruttere legar og finansiere ekstra kostnader til føremålet.
- Behovet for arbeidskraft gjer det naudsynt med fleire tiltak. Det må utdannast tilstrekkeleg helsepersonell med relevant kompetanse. Kommunane må halde fram arbeidet med å utvikle gode og interessante arbeidsplassar i helse- og omsorgssektoren, der medarbeidarane blir verande og vert sikra kompetanseutvikling. Ein vedvarande innsats retta mot fleire i større og heile stillingar, samt reduksjon av sjukefråvær, vil gje betre utnytting av dei tilsette. Samarbeidet mellom KS og staten om kvalitetsavtalen/nasjonal rammeavtale må vidareførast, også med tanke på rekruttering av personell.
- Det er viktig å ha fokus på kompetanseutvikling og oppgåver for alle relevante yrkesgrupper, ikkje berre legane. Det er den gruppa som har fått mest fokus i St.meldinga om samhandlingsreforma. Legane er ei avgjerande yrkesgruppe for gode og trygge helsetenester, men mange andre yrkesgrupper vert viktige for eit godt resultat både når det gjeld førebygging, behandling, rehabilitering og planlegging. Av ressursomsyn må all relevant kompetanse verte nytta.
- Utdanningsinstitusjonane er i for stor grad retta inn mot arbeid i spesialisthelsetenesta, og det må i større grad leggjast vekt på å utdanne personell som er tilpassa framtidige kommunale oppgåver. Rekrutterings- og kompetansehevingstiltak for å imøtekomme reforma sine intensjonar, vil måtte krevje økonomiske ressursar frå kommunane, og vil truleg ha tariffmessige konsekvensar med høgare lønsnivå.

- Samhandling og kompetanseoverføring mellom spesialisthelsetenesta og kommunane må styrkjast ved hjelp av ambulante verksemd , jfr gode røynslar frå psykiatrien. Her vil vi også peike på behovet for ambulerande geriatriske team.
- Kommunane skal ha forsvarlege journal- og informasjonssystem. Det er viktig å presisere staten sitt ansvar for å utarbeide standardar for elektronisk samhandling. Krav, i høve til leverandørar av elektroniske løysingar, må presiserast nærare for å sikre heilskaplege, velfungerande løysingar. Dette vil også føre til behov for å auke kommunal ressursbruk i høve elektronisk fagutvikling, slik at eksisterande og framtidige løysingar vert optimale.
- Det er rett ansvarsdeling at kommunane har hovudansvar for å utarbeide individuell plan og oppnemne koordinator, ettersom det er i kommunane tenesteytinga i hovudsak vil skje.
- Det vert gjort framlegg om at koordinerande eining vert lovfesta og ikkje lenger forskriftsfesta. Systemansvaret for individuell plan/koordinering vert lagt til desse einingane. Dette er ein tenleg måte å sikre koordineringsarbeidet kring den einskilde brukar på, men det byr på store utfordringar knytte til å involvere mange ulike yrkesgrupper, samordne ulike tenestetypar - og etablere ei funksjonell organisering i den einskilde kommune
- Dei økonomiske konsekvensane for kommunane må kartleggjast betre, og nye oppgåver må fullfinansierast.
- Dei nye oppgåvene og det utvida ansvaret kommunane får, vil krevje meir ressursar enn det mange kommunar har mulegheit til å stille til rådvelde. Enkelte oppgåver kan truleg løysast gjennom administrativt samarbeid. Men summen av oppgåver, og oppgåvene sin karakter, tilseier at samarbeidet bør styrast av eit folkevalt organ.

3. NY FOLKEHELSELOV.

Det er positivt at folkehelse vert vektlagt i lovs form for både kommune og fylkeskommune, men kommunen stiller spørsmål ved den underliggjande premisen om at den foreslegne nye folkehelselova vil frambringe betre folkehelse, utan at dette skal ha betydelege økonomiske eller administrative konsekvensar for kommunane /fylkeskommunane.

Krav til samarbeid, helseovervaking og statistikk, slik dei er skisserte i lovforslaget, vil ha betydelege økonomiske og administrative kostnader som det ikkje er teke høgde for i høyringsnotatet.

Nokre kommunar har, ved hjelp av tilskotsmidlar frå stat og fylkeskommune, kome i gang med utvikling av folkehelsearbeidet i samarbeid med frivillig sektor. Den tverrfaglege innsatsen og involveringa av mange ulike yrkesgrupper er avgjerande, men det er ressurskrevjande.

Dei auka krava som blir stilte på folkehelseområdet, medfører meirkostnader for kommunane / fylkeskommunane både ressurs- og kompetansemessing.

Det er positivt at det ikkje vert stilt krav om legekompentanse for arbeid med miljøretta helsevern, men at det framleis skal vere tilgang på medisinsk-fagleg rådgjevar. Lokale tilhøve og tilgang på ulik og relevant fagkompetanse, avgjer kva som kan fungere i den einkilde kommune.

Departementet skriv i kap. 20.2 at lovframlegget i hovudsak er ei vidareføring av kommunen sitt ansvar, men med auka krav til systematikk, kunnskapsbaserte tiltak, prioriteringar og integrering av folkehelseomsyn inn i kommunen sine øvrige aktivitetar, og at dette ikkje vil medføre auka kostnader for kommunen.

Kommunen er samd i intensjonane departementet her presenterer, men kan ikkje sjå at dei planane kan gjennomførast utan auke i ressursar og kompetanse. Det er og viktig at fylkeskommune og stat er ein reell medspelar som leverer dei data og grunnlagsmateriale som kommunane treng for å gjere dette arbeidet godt nok.