



Bykle kommune

Rådmannsstaben

Helse- og omsorgsdepartementet

Vår ref:
2009/1377-10

Sakshandsamar:
Tallak Hoslemo, ☎ 37938500

Arkivkode:
026

Dato:
17.01.2011

Høyring ny kommunal helse- og omsorgslov og ny folkehelselov.

Nedanfor følger uttale frå Bykle kommune i samband med høyring på ny kommunal helse- og omsorgslov og ny folkehelselov. Vedtale i formannskapet 14.01.11.

Bakgrunn

Kommunene Bykle, Valle, Bygland og Evje og Hornnes har til sammen 6879 innbyggere (per 01.01.10). Det er ca 150 km fra Hovden som ligger i Bykle kommune nord i Setesdal til Evje og Hornnes sør i dalen. Kommunene samarbeider gjennom Setesdal Regionråd om infrastruktur, interkommunalt samarbeid og næringsutvikling. Det foregår per i dag et utstrakt interkommunalt samarbeid, formelt gjennom vertskommuneavtaler og IKS. Innen helsefeltet er det igangsatt et interkommunalt helseprosjekt, som skal utvikle og beskrive kommunenes tjenester til innbyggerne. Betydelig samarbeid på tvers av kommunegrensene vil være helt nødvendig for å sikre kompetanse, redusere sårbarheten og samtidig ivareta pasienters rett til behandling basert på BEON -prinsippet (Beste effektive omsorgsnivå), også i fremtiden.

Ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester

Forslag til Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester legger til rette for at kommunene skal ta et større ansvar for pasienter som til nå har vært spesialisthelsetjenestens hovedansvar.

Økonomiske og administrative konsekvenser av lovforslaget

En venstreforskyvning av oppgaver fra spesialisthelsetjenesten mot økt innsats i kommunehelsetjenesten vil måtte medføre økt ressursinnsats, både i form av administrative ressurser og i form av finansiering. At de store oppgavene som helsevesenet står overfor med fremtidens demografiske utfordringsbilde skal kunne gjennomføres uten at det får særlige økonomiske og administrative konsekvenser for kommunene, er vi sterkt uenig i. Vi støtter samhandlingsreformens intensjoner, men ser det som avgjørende for å lykkes at merkostnader som følge av nye oppgaver for kommunen blir fullfinansiert fra statens side. Endringene må ha en gradvis innføring, slik at kommunen får tilpasset sin organisasjon og drift til de nye oppgavene.

For små kommuner med færre enn 5000 innbyggere, så legges det i lovforslaget opp til at en må inngå samarbeid med andre kommuner og med helseforetaket, for å sikre et kvalitativt godt tilbud til innbyggerne. Kommunene i Setesdalsregionen har i dag et etablert regionalt samarbeid. Med et befolkningsgrunnlag på 6800 mennesker, så vil kommunene i tillegg til å styrke det etablerte regionale samarbeidet, også måtte søke samarbeid med andre regioner/kommuner. Dette krever en betydelig innsats, både i forhold til hvem en skal samarbeide med og hvilke oppgaver en skal samarbeide om. Dette må gjøres grundig, for å sikre at tjenestetilbudet både blir faglig forsvarlig og ikke minst forutsigbart for brukerne. Når det gjelder Samhandlingsreformens intensjon om at folk skal få hjelp der de bor, så vil det for innbyggerne i vår region for enkelte tjenestetilbud kunne medføre at den kommunale hjelpen vil måtte ytes geografisk langt unna der en er bosatt. Å utvikle kvalitativt gode tjenester i dette organisatoriske og geografiske rommet, vil være ressurskrevende for en liten kommune og det tar tid. Det er også krevende å finne de gode administrative samarbeidsformene, som gjør det juridisk mulig å samarbeide på tvers av kommunegrensene. Å sikre tilstrekkelig og adekvat kompetanse til å utføre de nye oppgavene stiller også store krav til distriktskommunene, både i forhold til rekruttering og oppbygging av sterke fagmiljø i samarbeid med andre kommuner.

Kommunen har tidligere avgitt høringsuttalelse der en motsetter seg etablering av samkommunemodellen. Samarbeid i en vertskommunemodell, som gjør at ansatte får ny arbeidsgiver og endrede arbeidsforhold, er krevende og kan i små kommuner få konsekvenser (i hvert fall på kort sikt) som gir ringvirkninger som det er utfordrende å håndtere, både politisk og administrativt. For å lykkes med denne type reformer er det nødvendig med gode lokale prosesser, og forankring både politisk, i fagmiljøene og hos innbyggerne i kommunen. Den samme motstanden som en ser i debatten rundt lokalsykehusenes rolle, vil en kunne få når kommunene skal kommunisere behovet for interkommunalt samarbeid for å sikre en bærekraftig helsetjeneste i fremtiden. Det er derfor viktig at en bruker nødvendig tid på denne prosessen, og at en får en gradvis innføring av nye oppgaver, som kvalitativt fremstår som gode for innbyggerne. Statlig pålegg om samarbeid mellom kommuner (§ 27) går kommunene imot.

Det er svært viktig at de tjenesteområdene som reguleres og de nye pliktene som tillegges kommunene ikke påfører kommunene oppgaver som fører til store økonomiske utgifter og problemer med å skaffe kompetent arbeidskraft. Oppgavene som kommunene vil få ansvar for må være tilpasset de enkelte kommuners mulighet til å ivareta oppgaven. Den enkelte kommunes muligheter og begrensinger må defineres i lokale avtaler mellom kommuner og helseforetak. Før inngåelse av lokale avtaler må det foreligge en økonomisk kartlegging av konsekvensene, slik at kommunene er i stand til å ivareta de oppgavene som de likeverdige partene blir enig om å overføre fra sykehusene.

Med bakgrunn i erfaringer fra NAV - reformen, er kommunen opptatt av at likeverdigheten mellom aktørene sikres i praksis. Det er i utgangspunktet stor organisatorisk maktforskjell mellom det regionale og lokale helseforetaket, og en liten kommune på under 5000 innbygger. Reell likeverdighet er en forutsetning for at reformen skal lykkes.

Medfinansieringsansvar

Det er vanskelig å uttale seg om hvilke konsekvenser det kommunale medfinansieringsansvaret vil få, så lenge forskriftene som skal regulere dette ikke er utarbeidet. Slik vi ser det vil ikke overføringer av midlene til kommunene, slik det er skissert, tilsvare de økte kostnadene i kommunene. De økonomiske insentivene må være sterke nok til at kommunen reelt sett klarer å bygge ut et eget helsetilbud, evt. i et interkommunalt samarbeid. Vi stiller spørsmål til om 20 % medfinansiering gir et slikt reelt økonomisk insentiv, særlig vil dette gjelde de mest pleietrengende pasientgruppene.

Kommunene i Setesdalsregionen samarbeider med SSHF i OSS (Overordnet strategisk samarbeidsutvalg) og støtter SSHF sin høringsuttalelse om at det tette samarbeidet mellom helseforetaket og kommunene på Agder gjør at sykehuset ikke har korridorpasienter og heller ikke ferdigbehandlede pasienter som venter på kommunalt omsorgstilbud. Det må sikres at kommunene på Agder og SSHF ikke straffes økonomisk gjennom finansieringsordningen, for at de har lyktes med å samarbeide tett om utskrivningsklare pasienter.

- Kommunen har følgende generelle synspunkter:
 - Definisjonen av hva en ”utskrivningsklar” pasient er må tydeliggjøres.
 - Det må utarbeides nasjonale kriterier for innleggelse og utskrivelse av sykehus. Nasjonale kriterier vil hindre at det lages ulike kriterier fra sted til sted i landet. Dette vil også sikre en likebehandling av pasienter uavhengig av bosted og sykehusilknytning.
 - Aldersbasert modell for somatiske pasienter over 80 år er ikke en ønsket modell. Det skal alltid være en konkret vurdering av den enkelte pasients lidelse og behov som skal være avgjørende for helsehjelpen som gis. Kommunen er sterkt kritisk til å bruke alder som grunnlag for vurdering av behov for sykehusinnleggelse, og vi mener at sikring av innleggelse av eldre med akutt funksjonssvikt er viktig for å få stilt korrekt diagnose.

Øyeblikkelig hjelp

Et døgkontinuerlig øyeblikkelig – hjelp tilbud vil være avhengig av fysiske fasiliteter, kompetanse og økonomi. For små kommuner med begrensede ressurser, så vil en lovmessig plikt sette kommunen i en umulig situasjon. Pålegg om etablering av et tilbud, som ikke vil tilfredsstillende krav til forsvarlig kvalitet, vil kunne sette brukeres liv og helse i fare.

Ressurskrevende brukere

Ressurskrevende brukere i kommunene har krevd større og større ressurser av kommunens budsjetter. Deler av denne økningen har blitt kompensert gjennom statlige tilskudd. Ordningen i seg selv oppleves som svært tidkrevende og byråkratisk. Det bør utarbeides kriterier for hvem som skal gå inn under ordningen, og denne bør så fullfinansieres fra statens side. Aldersgrensene som gjelder for ordningen bør fjernes.

Fastlegeordningen

- Økt kommunalt finansieringsansvar for fastlegeordningen støttes ikke, da en ikke klarer å se hensikten med en slik endring. Endring i hvem som betaler hva i fastlegeordningen har ingen innvirkning på den påvirkning kommuner har på selve legetjenesten.
- Takstsystemet for fastlegene bør endres, og det bør oppmuntres til økt samhandling med kommunens helse- og sosialtjenester i planlegging, enkeltsaker og veiledning som ikke er kurativ virksomhet.
- Innføring av nasjonale kvalitets- og funksjonskrav støttes. Det forutsettes at dette ikke medfører unødig byråkratisering og at rapporteringer har tydelig helsegevinst som formål.

Satsing på IKT og velferdsteknologi

For distriktskommunene så ligger det store muligheter i bruk av ny teknologi i samhandling med både pasienter/pårørende og aktuelle samarbeidspartnere. Meldingsutveksling og bruk av velferdsteknologi vil være en forutsetning for å lykkes med det interkommunale samarbeidet som lovforslaget legger opp til. Velferdsteknologiske løsninger vil i fremtiden ha stor betydning for innbyggernes egenmestring og livskvalitet. Kommunen etterlyser en betydelig sterkere nasjonal satsing på dette feltet.

Flytting av meldeordning etter spesialisthelsetjenestelovens § 3-3, fra Helsetilsynet til Kunnskapssenteret

Kommunen støtter SSHF sin uttalelse på dette punktet, og tiltrer at pasientsikkerhetsansvaret er et linjeansvar og derfor ikke bør flyttes til Kunnskapssenteret. Det er den enkelte foretaksleders ansvar å sørge for pasientsikkerheten, og meldeordningen er en viktig forutsetning for at foretaket skal lære av feil og drive lokalt forbedringsarbeid.

Sammendrag

- Kommunen støtter samhandlingsreformens intensjoner, men ser det som avgjørende for å lykkes at merkostnader som følge av nye oppgaver for kommunen blir fullfinansiert fra statens side. Endringene må ha en gradvis innføring, slik at kommunen får tilpasset sin organisasjon og drift til endringene og de nye oppgavene.
- Kommunen stiller seg spørrende til om de økonomiske insentivene, slik de er beskrevet til nå, er tilstrekkelige til å oppnå intensjonene i Samhandlingsreformen. Finansieringsmodeller må utredes, slik at pasienten får best mulig hjelp basert på BEON-prinsippet, samtidig som risikobildet for små kommuner må tydeliggjøres.
- Kommunen stiller seg negativ til en aldersbasert modell for medfinansiering, og ser ikke at en lovpålagt plikt til et døgn-basert øyeblikkelig hjelp tilbud er til beste for innbyggerne.
- Definisjonen av hva en "utskrivningsklar" pasient er må tydeliggjøres.
- Det må utarbeides nasjonale kriterier for innleggelse og utskrivelse av sykehus.
- Med bakgrunn i erfaringer fra NAV - reformen, er kommunen opptatt av at likeverdighet mellom aktørene sikres i praksis. Det er i utgangspunktet stor organisatorisk maktforskjell mellom det regionale og lokale helseforetaket, og en kommune på under 5000 innbygger.
- Det bør utarbeides kriterier for hvem som skal gå inn under ordningen for ressurskrevende brukere, og denne bør så fullfinansieres fra statens side. Aldersgrensene som gjelder for ordningen bør fjernes.
- Økt kommunalt finansieringsansvar for fastlegeordningen støttes ikke.
- Takstsystemet for fastlegene bør endres, og det bør oppmuntres til økt samhandling med kommunens helse- og sosialtjenester i planlegging, enkeltsaker og veiledning som ikke er kurativ virksomhet.
- Innføring av nasjonale kvalitets- og funksjonskrav støttes. Det forutsettes at dette ikke medfører unødig byråkratisering og at rapporteringer har tydelig helsegevinst som formål.
- Kommunen etterlyser en betydelig sterkere nasjonal satsing innen IKT og velferdsteknologi.
- Kommunen er negativ til at meldeordning etter spesialisthelsetjenestelovens § 3-3, flyttes fra Helsetilsynet til Kunnskapssenteret.

Ny lov om folkehelse

En ny folkehelselov gir et viktig signal om nødvendigheten av et forsterket fokus på helsefremmende og forebyggende arbeid. Ansvar som ligger i lovpålagte krav innebærer imidlertid betydelige økonomiske konsekvenser for kommunene. Økt samarbeid og en styrking i den lokale helseovervåkingen krever ressurser, både personellmessige og økonomiske.

Sammendrag

- Kommunene slutter seg til forslaget til ny folkehelselov som retter seg mot alle forvaltningsnivåer og sektorer/faktorer som påvirker innbyggernes helse.
- Det anbefales at midler for folkehelsearbeid og i forhold til helse og omsorg overføres via rammeoverføringene til kommunesektoren. En eventuell øremerking av midler er kun aktuelt i en innføringsperiode.
- En økt satsing på folkehelsearbeid bør være en del av en ny handlingsplan (opptrappingsplan) slik at både fylkeskommuner og kommuner har mulighet for å planlegge, implementere og iverksette aktuelle tiltak gradvis.
- For å styrke folkehelsefeltet er det helt avgjørende at styrkingen følges opp med økonomiske midler.
- Fastlegens ansvar og rolle i folkehelsearbeidet bør presiseres tydeligere enn realiteten er i dag. Denne klargjøringen kan med fordel tas inn i den nye forskriften til loven.
- Kommunene ser at krav om samordning på tvers av ulike sektorer og fagområder ikke gjenspeiles på statlig forvaltningsnivå. Ansvaret for det tverrsektorielle folkehelsearbeidet bør derfor vurderes flyttet ut fra Helse- og omsorgsdepartementet over til eksempelvis Kommunal og regionaldepartementet, fordi folkehelsearbeid har store samfunnsmessige konsekvenser.
- Folkehelsekompetansen i kommunen må vektlegges. Folkehelsekoordinatoren i kommunen har en svært sentral rolle for å samordne kommunenes innsats, men det bør ikke være en lovpålagt funksjon.

Med helsing



Tallak Hoslemo
Rådmann