

Fra: Fremtidens helsetjeneste

Sendt: 18. januar 2011 19:47

Til: hilde.skinnes@heroy.kommune.no

Emne: Ditt høringssvar, F-sak 17/11 Samhandlingsreformen. Høyring., er mottatt

Dette er en bekreftelse på at vi har mottatt ditt høringssvar på temaet Generelle høringssvar.

F-sak 17/11 Samhandlingsreformen.

Høyring.

Samrøystes vedtak i Formannskapet 18.01.11 i henhold til KL § 13:

1. Herøy Kommunestyre er samd i dei hovedmål som er trekt opp i framlegg til lov om folkehelsearbeid, lov om kommunale helse- og omsorgstenester og framlegg til nasjonal helse- og omsorgsplan (2011 - 2015)

med dei merknadar som framgår av rådmannen si saksutgreiinga.

2. Herøy kommunestyre vil sterkt understreke at det finansielle grunnlaget for vidare utvikling av kommunale helse- og omsorgstenester må leggjast gjennom auka statlege rammer til kommunesektoren. I dette inngår også at behovet for omstillingsmidlar i gjennomføringsperioden må dekkast.

Saksopplysningar:

Regjeringa har med bakgrunn i stortingsbehandling av St. meld. 47 (2008 - 2009) Samhandlingsreformen, sendt

ut framlegg til "Lov om kommunale helse- og omsorgstenester", framlegg til "Lov om folkehelsearbeid" og

framlegg til "Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011 - 2015)", til breid høyring.

Ved utarbeidinga av framlegget er det lagt vekt på utkast til høyringsuttale frå KS, pågåande høyringsarbeid i ÅRU og gjennomgang av framlegga i eigen organisasjon.

TRE OVERORDNA MÅL.

Regjeringa sitt samla framlegg har tre overordna mål:

- Auka livskvalitet og redusert press på helsetenesta gjennom satsing på helsefremjande og forebyggande arbeid,

- Dempa vekst i bruk av sjukehusstenester ved at ein større del av helsetenesta vert ytt av den kommunale helse- og omsorgstenesta - forutsett like god eller bedre kvalitet samt kostnadseffektivitet,

- Meir heilheitlege og koordinerte tenester til pasientar og brukarar gjennom forpliktande samarbeidsavtaler og avtalte behandlingsforløp.

Dei to lovframlegga vil erstatte noverande lov om kommunehelseteneste, lov om sosiale tenester og lov om fylkeskommunen sine oppgåver i folkehelsearbeidet. Vidare vert delar i noverande lovgjeving som vedkjem pasientar sine rettar, flytta over i lov om pasientrettar.

Skiljet mellom helseteneste og sosialteneste vert oppheva gjennom felles lov, og helsepersonellova vert gjort gjeldande for alt personell som yter tenester etter den nye lova.

Framlegg til Nasjonal helse- og omsorgsplan gjer greie for dei grunnleggjande utviklingstrekk i samfunnet og trekkjer opp framlegg til tiltak av lovmessig, økonomisk og organisatorisk karakter som ein ønskjer å gjennomføre for å nå dei overordna måla.

Vidare understrekar regjeringa at:

- Nasjonal helse- og omsorgsplan skal verte eit meir operativt reidskap for prioriteringar innanfor dei samla helse- og omsorgstenestene,
- Nasjonal helse- og omsorgsplan skal sikre god politisk styring gjennom å vere eit strategisk styringsdokument for helsetenesta.

VIKTIGE UTVIKLINGSTREKK OG VIRKEMIDDEL.

Utfordringsbildet frametter kan stikkordmessig beskrivast slik:

- raske framskritt i den medisinske kunnskap og teknologi gir nye muligheiter,
 - nasjonaløkonomiske forhold medfører store forventningar om kva helsetenesta skal yte,
 - betydelege utfordringar knytta til helse og ulikheit, og sosiale forhold si betydning for helse,
 - demografiske endringar med auka antall eldre,
 - ubalanse mellom forventningar, muligheiter og økonomisk bæreevne utfordrar den framtidige organisasjonsstruktur i helsevesenet,
 - for dårleg samordning mellom kommunehelsetenesta og spesialisthelsetenesta.
- Utfordringsbildet er grundig drøfta i høyringsdokumenta, og framlegg til ei rekkje tiltak er gjennomgått. Hovedtrekka i disse framlegga er:

- tydelegare ansvar for folkehelsearbeidet og for forebyggjande tiltak forankra i kommunen, fylkeskommunen og stat,
 - fleire oppgåver i helsetenesta skal løysast i kommunesektoren,
 - kommunene kan velge sin eigen måte å organisere tenestene på og får eit tydelegare "sørge for"- ansvar,
 - veksten i spesialisthelsetenesta skal bremsast og veksten skal kome i kommunehelsetenesta,
 - økonomiske styringsmiddel som kommunal delfinansiering av spesialisthelsetenesta vert drøfta,
 - tydelegare kommunal styring av fastlegane,
 - tydelegare ansvar for koordinator-teneste til einskildbrukarar.
- Samla sett inneber framlegga til nye lover og til nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015) ei markert tydeleggjering av ei ny kommunerolle der ansvar og plikt er tydelegare forankra i lovgjevinga, då i form av eit "sørge for" - ansvar.

Oppbygging av sterkare kompetanse og kapasitet i kommunehelsetenesta vil for fleire områder krevje eit vesentlig større befolkningsunderlag enn noverande kommunestruktur legg opp til. Regjeringa understrekar at

interkommunale samarbeidsløysingar må iverksettast for å kunne yte tenester av god kvalitet og kapasitet. Interkommunale løysingar må etablerast innanfor dei rammer kommunelova set; samarbeidsavtaler, vertskommuneavtaler og samkommuneavtaler.

Vurdering og konklusjon:

Det vil klart gå for langt i drøfte alle detaljar i dei to lovframlegga og i framlegg til nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015). I det følgjande vert viktige element som er av betydning for kommunen si muligheit for å take det ansvaret som det vert lagt opp til, drøfta.

Forslaget til samordna helse- og omsorgslov kan verte opplevd å vere meir ei helselov enn ei helse- og omsorgslov. Det vert sagt eksplisitt at grensene mellom helsetenester og omsorgstenester vert viska ut. Ein skulle gjerne sett ei meir likeverdig vekting av helsetenestefokus og fokus på pleie og omsorg og dei sosialfaglege elementa.

Ei vridning mot sterkare helseperspektiv styrkjer individperspektivet framfor eit fokus på sosiale mekanismar som ekskluderar og marginaliserar grupper av menneske.

Framlegg Nasjonal helse- og omsorgsplan.

Framlegg til Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011 - 2015) trekkjer opp hovedelementa i den framtidige utvikling av helse- og omsorgstenester i Norge. Den gir eit godt oversiktbilete over dei kompliserte faglege, politiske og økonomiske vurderingar som må ligge til grunn ved utforminga av helse- og omsorgstenestene.

Rådmannen viser til ovanståande gjennomgang av utfordringsbildet og hovedelementa i framlegga.

Rådmannen er samd i dei overordna måla i planen. Skal ein få til ei berektaftig utvikling av helse- og omsorgssektoren må kommunesektoren både få og ta eit langt større ansvar enn no. Det må leggst eit politisk og økonomisk grunnlag for at kommunesektoren kan ta dette ansvaret, noko som ikkje synest å vere godt nok klargjort korkje i planframlegget eller i lovforslaga. Ei tydeleggjering av at det må vere samsvar mellom oppgåver, ansvar og økonomiske muligheiter må til for at kommunesektoren kan innfri forventingane.

Gjennomføring av samhandlingsreformen stiller og store krav til samhandlinga mellom aktørane i helse- og omsorgstenestene. Utvikling av IKT-verktøy som sikrar optimal elektronisk samhandling mellom tenesteytarne er vesentlig for å få ei kvalitetssikra og effektiv helse- og omsorgsteneste. Satsing på dette området må kome i forgrunnen når grunnlaget for samhandlingsreformen skal leggst.

Folkelhelseperspektivet og samordna innsats på det forebyggande området er vektlagt sterkt. Rådmannen meiner

at det i større grad enn i plan og lovframlegg må vektleggast staten sitt ansvar for det overordna folkehelsearbeidet, både når det gjeld å utvikle fagleg kunnskap, strategiar og finansielt grunnlag for satsinga, medan kommunesektoren i større grad enn no kan stå for gjennomføringa innanfor fastsette faglege rammer og handlingsplanar.

Rådmannen merkar seg at interkommunalt samarbeid er framheva som eit viktig virkemiddel for å nå mange av samhandlingsreforma sine mål. Erfaringane med interkommunalt samarbeid er at det er særskild arbeidskrevjande, og gir ikkje alltid dei resultat som innsatsen skulle tilseie. Det er ei markert konflikt mellom demokratisk kommunal styring og overføring av oppgåver innanfor rammer av vertskommuneavtaler, IKS eller samkommunemodell. Disse konfliktene vil kunne medføre at regjeringa sine målsettingar om interkommunal samarbeid for å løyse sentrale helse- og omsorgstenester ikkje let seg gjennomføre.

Fastlegerordninga er i all hovudsak ein suksess både for brukarane, innbyggjarane og kommunene. Rådmannen er imidlertid samd i at det er naudsynt å integrere fastlegane i større grad i kommunal organisasjon, og at det på visse område kan vere trøgt om bedre styring av samla ressursinnsats overfor befolkinga frå fastlegane si side. Det er ønskeleg med virkemiddel som medfører bedre og meir strukturert samhandling mellom fastlegar og øvrige helse- og omsorgstenester og at dette må kome bedre til uttrykk i avtaleverket og rapporteringssystemet som skal utviklast.

Rådmannen er ikkje samd i at auka basistilskot og mindre produksjonshonorar for fastlegane er rette vegen å gå. Auka basistilskot vil tvert i mot medføre at lang/stor liste vert honorert endå meir utan at det gir betre teneste. I dag er ikkje fastlønn noko alternativ for fastlegane. Etter rådmannen si vurdering bør det utviklast eit fastlønnsystem for fastlegeordninga som kan fungere ved sidan av dagens honorarsystem og som er konkurransedyktig med helseforetaka sitt fastlønnsystem. Fastlegeordninga og kommunelegetenesta må innanfor eit fastlønnsystem sjåst under eit. I dag er listelengde ein klart begrensande faktor for vekst i fastlegeordninga. Også behovet for utdanningsstillingar, vakansar ved omsorgspermisjonar, etter- og vidareutdanning, vakansar og sjukefråver, er vanskeleg å dekke innanfor dagens fastlegeordning. Eit fastlønnsystem vil også i større grad klargjere kommunen si arbeidsgjevarrolle, og kommunen sitt "sørge for"-ansvar innanfor legetenesta.

Innanfor pleie- og omsorgstenestene legg planen opp til både auke i antall årsverk, nok sjukeheimplassar til alle som treng det og gjennomføring verdigheitsgarantien. Rådmannen vil som for andre satsingsområde, understreke behovet finansiering ved gjennomføring av slike planar. Rådmannen vil og understreke at opptrapping av antall sjukeheimplassar og etablering av akutttilbod på døgnbasis i kommunen, også vil krevje parallell opptrapping av

dei medisinske tenester i kommunene. Også rehabiliteringsinnsatsen vil måtte aukast i denne samanheng. Det finansielle behovet ved slik opptrapping må klargjerast i større grad enn til no i plandokumentet.

Planframlegget har og ein gjennomgang av framtidig sjukehusstruktur og trekkjer opp rammer for den. I planframlegget er det lagt til grunn at kommunene skal take over ein del oppgåver frå spesialisthelsetenesta, at den faglege utvikling og nye metoder medfører endring i kvar oppgåver skal og vert løyste, at kommunikasjonar endrar seg, og at ein i framtida vil ha mangel på kvalifisert arbeidskraft ma i helsetenesta. Slike overodna endringar i rammebetingelsar for sjukehusa vil måtte få følgjer for både struktur og oppgåvefordeling. Rådmannen er innforstått med at ein heiltheitleg plan for helse- og omsorgstenester slik det er gjort framlegg om, også vil stille kommunene overfor ein krevjande debatt om lokalsjukehusa sine oppgåver og tenester. Det er viktig at ein ikkje låser struktur for alltid og at ein også i denne delen av helsetenesta har ein endringsvilje for å tilpasse seg nye og endra oppgåver. Rådmannen gjer merksam på at manglande effektivisering og endring i spesialisthelsetenesta, vil kunne medføre press på den forventa veksten i kommuehelsetenesta.

Rådmannen vil understreke at gjennomføringa av samhandlingsreformen sine intensjonar vil medføre store utfordringar for kommunene kvar for seg og sektoren i si heilheit. Omstilling er krevjande , også ressursmessig, og det er eit klar forventning at staten også stiller nødvendige omstillingsmidlar til rådvelde ved gjennomføringa.

Framlegg Lov om folkehelse. Lova skal bidrage til å fremje folkehelse og motvirke sosiale forskjellar, og kommunene skal ha ei sentral oppgåve i dette feltet. All lokal samsfunnsutvikling skal ha også folkehelseperspektivet i seg. Rådmannen har ikkje merknadar til denne delen av lovutkastet og ser det som viktig at folkehelseperspektivet i all lokal samsfunnsplanlegging vert gjort tydelegare. Herøy kommune har teke følgjene av dette allereide ved utarbeiding og vedtak av Plan for forebyggande arbeid for barn og unge. Også etablering av vedteken Avdeling for barn, familie og helse opnar for eit endå sterkare lokalt folkehelseperspektiv heilt i tråd med framlegg til ny lov om folkehelse, og for såvidt også framlegg til ny lov om kommunale helse- og omsorgstenester.

Det vil vere i stor utfordring for kommunene å ha oversikt over helsetilstanden i befolkinga samt over dei positive og negative faktorar som påvirka denne. Dette krev større analysekapasitet i kommunene, og er eit område der fleire kommuner/regionar bør kunne utvikle eit godt samarbeid. Regionalt på Sunnmøre vil ÅRU kunne vere eit slikt samarbeidsorgan som byggjer opp slik lokal analysekapasitet. Uavhengig av organisering er det viktig å understreke at skal ein byggje opp slik analysekapasitet som grunnlag for

den lokale samfunnsplanlegging, så må det stillast økonomiske midlar til rådvelde. Samstundes må nasjonal statistikk også utformast slik at den er lett tilgjengeleg og anvendbar i det lokale planleggingsarbeidet.

Det er ei svakheit ved lovframlegget at staten si overordna rolle i folkehelsearbeidet, jmf. kap. 5, ikkje er så sterkt understreka som for kommunene og fylkeskommunene. Det er og ein klar ubalanse mellom dei detaljerte krav som vert stilt til kommunesektoren og dei virkemiddel som er tilgjengeleg for denne.

Sentrale virkemiddel i folkehelsearbeidet er t.d.:

- sosial og økonomisk utjamning, m.a. gjennom eit velfungerande NAV og arbeidsmarked,
- ein landbrukspolitikk som stimulerer til sunt kosthald,
- ein utdanningspolitikk som femner alle.

I tillegg må altså staten si oppgåve som sentral fagleg drivkraft og tilretteleggar i folkehelsearbeidet understrekast sterkare enn lovframlegget gjer.

Slik lovframlegget er utforma no ser det ut til at ansvaret for folkehelsearbeidet i landet i for stor grad vert forankra i kommunesektoren aleine. Staten må vere premissleverandør, står for den overordna politikkutforminga, statistikkgrunnlag, forskingsinnsats, finansieringa og deler av gjennomføringa av folkehelsearbeidet, medan kommunesektoren skal ha ansvaret for den lokale utforming og gjennomføring av arbeidet på sitt nivå og i nært samspel med statleg myndigheit.

Dette synspunkt vert understreka at ar det i høyringsnotatet er understreka følgjande fire grunnprinsipp i folkehelsearbeidet:

- utjamning,
- helse i alt vi gjer (Health in all Policies),
- bærekraftig utvikling,
- føre-var-prinsippet.

Ansvarsdelinga mellom kommunene og fylkeskommunene er og noko uklar i lovframlegget, og kan danne grunnlag for overlappande arbeid uten god nok koordinering mellom kommune og fylkeskommune, slik ein til no har sett i "Partnerskapsmodellen".

Dette er element som må kome klarare fram i det endelege lovframlegget.

Framlegg Lov om kommunal helse- og omsorgsteneste.

Lovframlegget samordnar dagens kommunehelselov og sosialtenestelov til ei lov som regulerer disse tenestene i kommunene. Vidare skal helsepersonellova gjelde for alt personell som yter tenester etter ny lov om kommunal helse- og omsorgsteneste.

Kommunene får eit overordna "sørge for"- ansvar, samstundes som pasientane sine rettar er tydelegare forankra i lov om pasientrettigheter.

Kommunene er fri til å organisere tenestene ut frå lokale forhold. I lovframlegget er dei tenester kommunen skal yte beskrive.

Det vert vidare lovfesta at kommunen skal ha fastlegeordning og kommunelegar.

Forpliktande samarbeidsavtale mellom kommuner og regionale helseforetaka er regulert i eige Kap. 6.

Retten til individuell plan, koordinator og koordinerande eining er nedfelt i Kap. 7.

Lovgjevinga kring bruk av tvang og makt er nedfelt i Kap. 9 og 10.

I Kap.11 vert det opna for at departementet kan bestemme at kommunene skal få eit medfinansieringsansvar for pasientbehandling i spesialisthelstenesta.

Vidare vert det foreslått at kommunene skal dekke utgifter for pasientar som er ferdigbehandla i spesialisthelsetenesta, og som ventar på eit kommunalt tilbod. Brukarmedverknad er nedfelt i Kap. 12.

Rådmannen vurderer samanslåing av kommunehelselova og sosialtenestelova til ei lov som eit framsteg, som opnar for ytterligare samordning mellom dei kommunale helse- og omsorgstenestene.

Rådmannen er samd i framlegget om at kommune skal dekke utgifter for pasientar som er ferdigbehandla i spesialisthelsetenesta, men føreset at det vert fastsett detaljerte kriterier for kva ein ferdigbehandla pasient er, og at ein i avtaleverket innfører tvisteløysingar som er gjennomførbare.

Rådmannen meiner at framlegget om at dept. kan gi forskrift om kommunen sitt medfinansieringsansvar i spesialisthelsetenesta, bør forkastast. Kommunalt medfinansieringsansvar for spesialisthelstenesta er ei for tung, vanskeleg og byråkratiserande ordning for dei fleste norske kommuner. Interkommunale ordningar på dette området er også vanskeleg å sjå korleis skal vere utforma. Dersom ein innfører medfinansieringsansvar for td eldre over 80 år vil dette ma kunne føre til mistenkeleggjering av at det ligg kommunaløkonomiske grunnar bak det faktum at ein pasient ikkje vert innlagt sjukehus. Dette er diskusjonar kommunal helseteneste ikkje vil tole då ein i alle samanhengar er avhengig av tillit mellom befolking og helsetenesta. Det må aldri oppstå tvil om at all helseteneste i kommunesektoren vert ytt på fagleg grunnlag. Eit godt alternativ er at regjeringa tek dei positive erfaringane frå psykitatrisatsinga siste 14 åra, og utviklar eit nytt satsingsområde som vert kalla "Opptappingsplan for kommunal helse- og omsorgsteneste". Denne opptappingsplanen kan forankrast i det nye lovforslaget. I denne satsinga kan staten styre bruken av auka innsatsmidlar i kommunene til dei områder som er viktig og rett; som td. fastlegeordninga, auka antall og oppgraderte sjukeheimplassar, kommunalt akutttilbod med døgnplassar osv. Innanfor ein slik opptappingsplan vil kommunene kunne utvikle sitt faglege og administrative apparat på ein

konstruktiv måte. Dette skulle vere eit godt alternativ til den "negativt" byråkratiske ordninga eit reint medfinansieringssystem inneber. Finansieringa av ein slik opptrappingsplan kan gjennomførast ved endra fordeling av statlege tilskotsmidlar til kommunene og helseforetaka ved at veksten i spesialisthelsetenesta vert avgrensa og veksten i kommunesektoren auka. Ein slik endra balanse som styrer ein større del av veksten til kommunesektoren, vil vere ei rett og konstruktiv metode på noverande tidspunkt.

Fosnavåg, 07.01.2011

Rune Sjurgard
Roger Kvalsvik

Sakshandsamar:Bjørn Martin Aasen

18. januar 2011 20:47

Svaret kan leses her
Du er registrert som:
Brukertype: Privatperson
Navn: Herøy kommune
Brukernavn: hilde.skinnes@heroy.kommune.no
E-post: hilde.skinnes@heroy.kommune.no
Adresse: Pb 274