



Saksgang		
Utvalg/Styre	Møtedato	Saksnr
Formannskapet	14.01.2011	008/11

Samhandlingsreformen - høringssvar - Ny Helse og omsorgslov, Ny folkehelselov, Nasjonal helse og omsorgsplan (2011 - 2015)

Vedlegg:

Dok.dato	Tittel	Dok.ID
06.01.2011	Høringer - samhandlingsreformen - tilråding fra Lofotrådets arbeidsutvalg	21445
06.01.2011	Fremtidens helsetjeneste - trygghet for alle. Sammendrag av høringsgrunnlag for Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011 - 2015).pdf	21441
06.01.2011	Høringsdokument - KS Hovedstyret 3.12.10	21439

Saksopplysninger:

18.oktober 2010 sendte Helse og omsorgsdepartementet (HOD) ut forslag til 2 nye lover samt grunnlaget for ny nasjonal helse og omsorgsplan. Dette er et ledd i at Samhandlingsreformen skal innføres 1.1.2012. Høringsfristen er satt til 18.januar 2011. De tre høringsdokumenter er som følger:

Ny nasjonal helse- og omsorgsplan (2011 – 2015)(nettbasert <https://fremtidenshelsetjeneste.regjeringen.no/>)

Ny helse- og omsorgslov

Ny folkehelselov

Forslagene til ny helse og omsorgslov og ny folkehelselov skal erstatte Kommunehelsetjenesteloven (KHL), Sosialtjenesteloven (SL) og folkehelseloven for fylkeskommunen.

KS anbefaler at kommunene/ fylkeskommunene i sitt høringsarbeid vektlegger følgende element i forhold til det utsendte lovforslaget fra departementet:
Støtte vektleggingen av kommunal organisasjonsfrihet i høringsutkastet.
Understreke behovet for klarere avgrensning av statlig styringsrett i det endelige lovforslaget.
Forutsette at en kommunal medfinansieringsmodell kombineres med mekanismer for å begrense enkeltkommuners finansielle risiko.
At de økonomiske konsekvensene for kommunene må kartlegges bedre, og at økte kostnader forutsettes fullfinansiert.

Hovedintensjonen med samhandlingsreformen fra statens side er å sikre et bedre koordinert tilbud til pasienter med behov for sammensatte tjenester over flere nivåer. Demografisk og teknologisk utvikling, lokale forutsetninger og tilgang til kompetanse tilsier at arbeidsdelingen mellom nivåene vil måtte endres over tid.

Målene med samhandlingsreformen lagt frem av departementet er blant annet:
Økt livskvalitet og redusert press på helsevesenet gjennom satsing på helsefremmede og forebyggende arbeid
Dempet vekst i bruk av sykehustjenester ved at en større del av helsetjenestene ytes av kommunehelsetjenesten – forutsatt like god eller bedre kvalitet, samt kostnadseffektivitet
Mer helhetlige og koordinerte tjenester til pasienter og brukere gjennom forpliktende samarbeidsavtaler og avtalte behandlingsforløp

KS behandlet Samhandlingsreformen - høringsdokumenter i sak til Hovedstyret den 3.desember 2010 (vedlagt). Posisjonsnotatet har en fremstilling av noen sentrale hovedpunkter i høringsdokumentene, der tema er valgt ut på bakgrunn av hva KS særlig ønsker å vektlegge i forbindelse med høringsarbeidet.

Notatet er konsentrert rundt følgende hovedpunkter:
Hvilken myndighet er foreslått gitt til kommunene?
Hvordan er ansvarsfordeling med hensyn til oppgaveløsning og beslutningskompetanse?
Hvordan er bruken av avtaler mellom kommuner og foretak?
Hvilke nye oppgaver og plikter er foreslått for kommunene?
Hvilke plikter gis kommunen i forhold til folkehelse?
Hvordan er nye oppgaver og plikter foreslått finansiert?
Hvilke utfordringer medfører forslagene innen kompetanse, forskning og IKT?
Hvordan kan samhandlingsreformen gjennomføres?

KS sier også at Samhandlingsreformen krever en politikk som i praksis demonstrerer at det neste tiåret tilhører kommunehelsetjenesten - på samme måte som det første tiåret i dette århundre så definitivt har vært spesialisthelsetjenestens og sykehusenes tiår. Nye plikter, større ansvar og flere oppgaver til kommunene må følges av ressurser, myndighet og tillit.

Når det gjelder Nasjonal helse og omsorgsplan har KS i vedlagte dokument ikke gitt noen særskilt uttalelse om denne. Mange av områdene som blir omtalt samsvarer med innholdet i sammendraget av høringsgrunnlagte for Nasjonal Helse og omsorgsplan. Et punkt er ikke omtalt, Sykehusstruktur. Ettersom lokalsykehusdebatten engasjerer befolkningen, og da særlig i distriktene, har en valgt å omtale lokalsykehusene særskilt.

Dette er et felles høringssvar fra kommunene Moskenes, Flakstad, Vågan og Vestvågøy.

Vurderinger/høringssvar:

KS sine forslag til uttalelser om de utsendte lovforslag fra HOD, synes som veloverveide og gode. Moskenes, Flakstad, Vågan, Vestvågøy kommune vil i all hovedsak slutte seg til Hovedstyrets konklusjoner. I det følgende vil KS sine svar på de 8 punktene bli gjennomgått, og der man mener at noe må tilføyes/presiseres, gjøres det under hvert enkelt punkt. Tilslutt i utredningen vil en komme inn på Nasjonal helse og omsorgsplan.

I del 1 av posisjonsnotatet til KS er det gitt viktige vurderinger i forhold til høringsdokumentet og i del 2 av notatet gis det utfyllende vurderinger fra KS.

Ny helse og omsorgslov

Kommunenes overordnede ansvar i forhold til ny helse og omsorgslov er en tydeliggjøring av kommunens overordnede ansvar for helse og omsorgstjenester – ”Sørge for ansvar”. Dette uten at kommunene samtidig pålegges bestemte måter og organisere tjenesten på. Kommunes plikter skal i all hovedsak videreføres, men pliktene utformes mer Overordnet og Profesjonsnøytral. Det betyr at det ikke er helsetjenesten alene som blir stilt ansvarlig men også administrativ og politisk ledelse. Videre blir det for eksempel ikke stilt krav om at for eksempel hjemmebaserte tjenester eller en sykehjemsavdeling skal ledes av sykepleier.

Ad pkt 1. Hvilke myndigheter er foreslått gitt til kommunene: (se side 3)

Her presiseres det at flere forslag til i høringsdokumentene som vil underbygge og forsterke kommunens myndighet, samtidig som det er flere forslag som vil svekke kommunesektorens stilling vis a vis staten. Det siste vil undergrave balansen mellom stat og kommune.

Det på pekes at ressursproblematikken omgås og at kommunenes overordnede ansvar for fastlegeordningen må nedfelles i forskrift. Samtidig må det komme en særlig begrunnelse hvorfor en skal bruke forskrift på områder som i dag er avtaleregulert. KS påpeker at en ikke vil støtte forslaget om økt kommunal finansieringsansvar for fastlegene, da en 50/50 fordeling av basistilskudd/takster vil styrke kommunens styringsmulighet ovenfor fastlegene.

I den utfyllende delen av posisjonsnotatet kommer KS inn på følgende mht. pkt 1. Hvilken myndighet er gitt til kommunene? (side 7-12):

1.1 Forsterkning av kommunes myndighet:

Verdigrunnlaget (lokal handlefrihet)

Organisering av tjenestene (sørge for ansvar og rett til å organisere, tilrettelegge)

Pliktlov og ikke rettighetslov. (Pliktlover og ikke rettighetslover gir større frihet til organisering av tjenestene. Verdighetsgarantien innebærer ikke annet enn at de kommunale tjenester skal være forsvarlige)

Avtalesystemet. (Minimumskrav til innhold av avtalen. Ved uenighet mekling og ingen påleggfunksjon fra direktorat/departement)

Klage. (Klageorganet, helsetilsynet/fylkesmannen kan oppheve vedtaket, men kan ikke treffe nytt vedtak. Dette er en praktisk viktig endring. Det antas at dette forslaget vil møte stor motstand fra brukerorganisasjonene)

Veiledere, uttalelser. (Nasjonale faglige retningslinjer og veiledere juridisk sett kun er veiledende og binder ikke kommunene).

KS sin vurdering

Samlet innebærer disse forslagene en forsterkning av kommunens myndighet i forhold til helsearbeidere og innbyggere. Hvilken myndighet som kommunen gis, må vurderes i forhold til den foreslåtte ansvarsfordelingen mellom kommune og staten. Forslag til ny lov vil samlet trolig innebære en maktforskyvning til fordel for staten, og det er en fare for at forslag samlet kan medføre en svekkelse av kommunen som myndighet, som ytterligere vil undergrave balansen mellom stat og kommune ut over dagens rettstilstand.

Delkonklusjon 1:

Moskenes kommune slutter seg til KS sine vurderinger under pkt 1 og punkt 1.1. Forsterkning av kommunens myndighet (se side 7,8)

1.2 Kommunesamarbeid (se side 8,9)

Den enkelte kommune må selv vurdere valg av hvilke samarbeidsløsninger som er lovlige (mellom kommuner)

Delkonklusjon 2:

Moskenes kommune slutter seg til KS sine vurderinger punkt 1.2. Kommunesamarbeid (se side 9)

1.3 Legetjenesten i kommunene (se side 9,10,11)

I nye forslag til lov om helse- og omsorgstjenester i kommunene, og ny lov om folkehelse, er det primært drøftet og foreslått endringer knyttet til ansvar og plikter for fastlegene og kommunene. I tillegg er kommuneoverlegens formelle oppgaver og tilknytning til kommunene drøftet.

Regjeringen har ikke fulgt opp tidligere signaler om en vekst i antall allmennleger, men viser til at de vil vurdere ressursbehovet i fastlegeordningen i forbindelse med utforming av fastlegeforskriften, etter gjennomgang av legevaktsordningen og når det er klart hvilke oppgaver fastlegene skal ivareta fremover. Følgende tiltaksområder er drøftet:

Tydeliggjøre kommunens overordnede ansvar for fastlegeordningen

Utvikle kvalitetssystemer – faglig støtte og tilbakemeldinger på praksis. Departementet skal vurdere ulike tilnærminger og ordninger som vil kunne inngå i et helhetlig nasjonalt system for kvalitetsutvikling i de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

Innføring av nasjonale kvalitets- og funksjonskrav med tilhørende rapportering.

Forslag til endringer i fastlegeforskriften. Ved siden av å presisere kommunenes overordnede ansvar for fastlegetjenesten i kommunene, og forplikte fastlegene til å følge nasjonale kvalitets- og funksjonskrav, foreslår departementet at listeansvaret til fastlegene dekker alle allmennlegeoppgaver for pasienter på listen dersom ikke annet er spesifisert i regelverket, herunder individrettet forebyggende arbeid. Fastlegene vil ha et ansvar for å identifisere risikopersoner, sørge for individrettet veiledning og oppfølging, samt koordinere oppfølgingen av pasientene. I tillegg ønsker departementet å regulere nåværende avtalehjemlet tilplikting av fastlegene til å arbeide inntil 7,5 timer/uke til *andre allmennmedisinske oppgaver* i forskriften. Det foreslås ingen økning av timetallet i denne omgang. Imidlertid ønsker departementet å la det være opp til den enkelte kommune å bestemme hvilke oppgaver den ønsker å organisere utenfor fastlegenes ordinære praksis og inn under 7,5 timer/uke.

Forslag om endringer i finansieringsmodell. Departementet foreslår ikke konkret en endring av dagens finansieringsmodell, men vil allikevel innhente synspunkter på om finansieringen skal dreies fra 75 % refusjon og 25 % per capitatilskudd, til 50 % refusjon og 50 % per capitatilskudd.

Styrking av Legevakt. Departementet gir ingen konkrete forslag, men sier den vil komme tilbake til behandlingen av rapporten om styrking av legevakt.

Fastlegenes innflytelse på inntak i kommunale helse- og omsorgsinstitusjoner.

Departementet ønsker *ikke* å gi fastlegene rett til å skrive pasienter inn på sykehjem på nåværende tidspunkt.

Legefordeling til kommunehelsetjenesten. Departementet ønsker å videreføre dagens ordning med Nasjonalt råd for legefordeling.

KS sin vurdering er at skal samhandlingsreformen lykkes så må en få flere fastleger i kommunene og medisinsk kompetanse i administrativt planarbeid. Videre påpeker de at legetjenesten må integreres bedre i den kommunale helse og omsorgstjeneste samt at kommunene sikres god tilgang på allmennleger.

Det blir viktig at fastlegene i framtida styrker sin innsats til prioriterte grupper. Dette forutsetter flere fastleger. Dette oppnåes ikke alene gjennom presisering i og avtaleverk. Med bakgrunn i dette foreslås det at det utvikles følgende tiltak:

for rekruttering av flere allmennleger/fastleger og oppretting av utdanningsstillinger/fastlønnsstillinger,

som vektlegger psykisk helse, rusmedisin, eldremedisin i legenes grunnutdanning og spesialistutdanning,

som stimulerer til etablering av døgntilbud, rehabilitering, palliativ behandling, oppsøkende virksomhet overfor skrøpelige eldre

som avklarer hva en ny legerolle innebærer, hva de nye legene skal gjøre for å realisere ambisjonene bla om mer forebygging

som evner å håndheve legefordelingssystemet og å begrense veksten i nye legestillinger til sykehusene (slik man lyktes med ved innføring av fastlegeordningen).

Det foreslåes at legetjenesten styrkes og at det er fleksibilitet for å finne lokale løsninger ut fra lokale behov innenfor:
Privatpraktiserende fastleger
Fastlønte fastleger
Fastlønte hel-/deltidsstillinger for å utføre allmennlegetjenester som ikke er en del av takstsystemet
Fastlønte kommuneleger som har en koordineringsfunksjon og utfører samfunnsmedisinske oppgaver

KS notatet gir også anbefalinger innenfor følgende områder (side.11,12)
Forskriftsfesting versus avtaleregulering (hvorfor forskrift på et område som i dag er avtaleregulert)
Funksjons- og kvalitetskrav til fastlegeordningen (nødvendighet av gode kvalitetsindikatorer og styringsinformasjon – kommunalt perspektiv)
Endringer av finansieringsordningen (tvilsomt at endring til 50/50 fordeling basistilskudd/takster gir bedre styring med legene).
Kommunelegen – medisinskfaglig rådgivning (Styrke kommuneoverlegefunksjonen samfunnsmedisin, frihet til valg hos kommunen)

En anbefaler at en slutter seg til KS sine vurderinger

Delkonklusjon 3:

Moskenes kommune slutter seg til KS sine vurderinger punkt 1.3. Legetjenesten i kommunen (se side 9 -12)

Ad pkt 2. Hvordan er ansvarsfordelingen med hensyn til oppgaveløsning og beslutningskompetanse? (se side 3)

KS vil gå i mot at HOD ensidig fastsetter ansvarsfordeling mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Man kan ikke se at det er behov for å gi HOD hjemmel til å pålegge kommunene å samarbeide. I forhold til folkehelseloven vil kommunene i samarbeid med fylkeskommunene komme fram til fornuftige løsninger, gjennom avtaler og for kommunens behov for oversikt over egen befolkning,
I de utdypende vurderingene påpekes det at det er flere forslag i ny lov som vil styrke statens stilling vis a vis kommunesektoren. Dette vil gjøre ubalansen mellom stat og kommune større

Det må komme en klarere ansvarsdeling mellom hva som er statlige og kommunale oppgaver. Ettersom dette ikke etterkommes i forslagene, vil det innebære at "den stille reformen" fortsetter. Det betyr at flere oppgaver overføres kommunene uten at dette kompenseres med penger.

Med det lovforslag som foreligger vil det nærmest være umulig å trekke grenser mellom kommunens og spesialisthelsetjenestens ansvar i gråsoneområder. Det er også uklart om hvem sitt ansvar det er for å opprette samarbeidsløsninger som intermedieære avdelinger, distriktsmedisinske senter mv. Gråsonene i fht. Rus, psykiatri forblir uklart.
Dette må avklares i bindende avtaler

Kommunene bør ikke slutte seg til slik forslaget er utformet at HOD ensidig skal kunne fastsette denne grensen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten

Delkonklusjon 4:

Moskenes kommune slutter seg til KS sine vurderinger punkt 2. Hvordan er ansvarsfordeling med hensyn til oppgaveløsning og beslutningskompetanse? (se side 13,14)

Ad pkt 3. Hvordan bruken av avtaler mellom kommuner og foretak? (se side 3,4)

Det er forslått at det skal være en lovpålagt forpliktelse å inngå samarbeidsavtaler mellom helseforetak og kommunene. Intensjonen er at avtalene skal sikre likeverd mellom partene og legge til rette for samhandling og koordinering av helsetjenestene til befolkningen.

Det skal være et minimumskrav til innhold i avtalene, samtidig som det også åpnes for at partene kan avtale vidtgående oppgaveoverføringer fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten.

Avtalene skal sikre at helsetilbudet gis på beste effektive omsorgsnivå, og bidra til å rydde i gråsoner. Likevel nevnes det at det alltid vil være noen gråsoner ettersom ingen pasientforløp er helt like. Lovpålagte avtaler vil redusere følgende av gråsonene. Ved å avtalefeste minimumsvilkår og ved gode samarbeidsavtaler mellom helseforetak og kommune der en blir enig om oppgavefordeling og finansiering, får man en felles forståelse av oppgaveløsning mellom kommune og foretak. Dette vil igjen redusere virkningene av eventuelle gråsoner.

Det konkluderes med at det bør etableres et nasjonalt tvisteløsningsorgan. Viser til modellen som er brukt innen barnevernet. Det bør oppnevne likt antall representanter fra stat og kommune. Leder av organet bør oppnevnes av kommunesektoren. Organet må kunne treffe beslutninger mellom foretak og kommune om hvordan inngåtte avtaler skal tolkes, eksempel tvister om utskrivningsklare pasienter mv.

Det kan opprettes lokal tvisteløsningsorgan, men ser likevel behov for sentral tvisteorgan.

Det er ikke utredet tilstrekkelig i høringsnotatet hvor rettslig bindende avtaler mellom kommuner og foretak skal være. Dette må KS og HOD utrede nærmere i nedsatt arbeidsgruppe.

Generelt bærer høringsnotatet preg av at man på den ene side ønsker at avtaler skal være bindende, men på den andre siden ønsker man dette allikevel ikke, i forhold til oppgaveløsning og ansvar.

Delkonklusjon 5:

Moskenes kommune slutter seg til KS sine vurderinger punkt 3. Hvordan bruken av avtaler mellom kommuner og foretak? (se side 14,15)

Ad pkt.4 Hvilke nye oppgaver og plikter er foreslått for kommunene (se side 4)

For å sikre en god oppgavefordeling mellom 1 og 2 linja bør de største pasientforløpene gjennomgås. Dette gjelder særlig innefor psykiatri, rus og rehabilitering.

Kommunehelsetjenesten bør organisere et øyeblikkelig hjelp døgntilbud til pasienter som midlertidig trenger økt behandling, pleie og omsorg i hjemmet eller i sykehjem. Kommunene må selv bestemme hvordan dette tilbudet skal organiseres.

Departementet har særlig bedt om uttalelse på hvorvidt det bør lovfestes en plikt for kommunen til å etablere et slikt tilbud, eller hvorvidt det skal være frivillig for den enkelte kommune om slikt tilbud skal etableres.

Det bør gjennomføres en gradvis innfasing og følgeforskning-/ evaluering ved overføring av oppgaver og plikter til kommunen.

Et øyeblikkelig hjelptilbud vil etter all sannsynlighet medføre redusert bruk av spesialisthelsetjenesten i tråd med samhandlingsreformen intensjon. Et lovforslag om å pålegge en slik forpliktelse vil imidlertid også binde kommunens handlefrihet, og kunne være problematisk å gjennomføre for mindre kommuner.

Overføring av aktivitet/oppgaver fra spesialisthelsetjenesten handler om deler av pasientforløp som er aktuelle for kommunale helse- og omsorgstjenester. Før slike oppgaver/deler av pasientforløp overføres, må det defineres hvilke spesifikke oppgaver dette er og hvilken kompetanse som må være på plass i kommunene. Ut fra at vi har en rekke små kommuner må det bety at ulike oppgaver overføres fra spesialisthelsetjenesten avhengig av hva som er mulig å skaffe av kompetanse her. Eventuelt kan samarbeid mellom kommunene motvirke dette.

Det er særdeles viktig at oppgaver ikke overføres kommunene før kompetansen er på plass. Om oppgaver skal overføres kommunene bør denne plikten lovfestes og ikke være en frivillig oppgave for kommunene.

For å styrke tilbudet til de pasienter som i dag faller mellom 2 stoler; eldre, kronisk syke, kreftpasienter, psykiatri og rus bør det, under forutsetning av fullfinansiering, pålegges i lov at kommunen må opprette øyeblikkelig hjelpstilbud. Det å lovfeste en slik plikt vil kunne styrke kommunens posisjon, det vil innebære en reell oppgaveoverføring fra spesialisthelsetjenesten til kommunen, og Stortinget vil da også måtte fullfinansiere oppgaven. Overordnet er det tre grupper av pasienter hvor kommunene kan påta seg større oppgaver ut fra kvalitet og effektivitetshensyn:

Kronisk syke og eldre som får en akutt sykdom og forverring (som blærekatarr, influensa etc. i tillegg til hoveddiagnosen) og dermed trenger observasjon og tett oppfølging i en tidsavgrenset periode. Et forsterket døgntilbud (øyeblikkelig hjelp) i kommunen kan være et alternativt til innleggelse i sykehus. Dette kan også gjelde et forsterket tilbud ved tidligere utskriving fra sykehus.

Kronisk syke og eldre hjemmeboende som gradvis mister funksjonsevne (frail patients) kan ha nytte av systematisk oppfølging og rehabilitering, dvs. forebygge behov for innleggelser i sykehus og behov for økt kommunalt tilbud. Ved utskriving fra sykehus til hjemmet kan systematiske forebyggende hjemmebesøk/program bidra til å opprettholde funksjonsevnen og redusere behov for sykehjem.

Pasienter med alvorlig sykdom som skal ha lindrende behandling.

Samhandlingsreformen medfører økt kommunalt ansvar. Det gir igjen potensial for ny arbeidsdeling. Det skisseres at kommunene på sikt kan overta 10 % av polikliniske kontroller (oppfølgingen/behandlingen) som i dag tilbys på sykehus, samt overta 10 % av dagens døgntilbud på sykehus. Dette kan for eksempel gjøres ved at det opprettes spesialisthelsetjenestetilbud i kommunene (ambulante tjenester), samt somatiske observasjonssenger, intermedieære senger, akuttilbud, og rehabiliteringstjenester lokalt.

Kommunehelsetjenesten bør organisere et hastetilbud til pasienter som midlertidig trenger økt behandling, pleie og omsorg i hjemmet eller i sykehjem. Tilbudet må være like enkelt tilgjengelig som innleggelse for øyeblikkelig hjelp i sykehus og kunne rekvireres av legevakt eller fastlege. Bedre koordinering rundt disse pasientene er det området i helsetjenesten som har størst potensial til forbedring. Det er godt dokumentert at dette hindrer innleggelse på sykehus og er et bedre tilbud til pasientene. Det er sannsynlig at et slikt tilbud faktisk vil medføre redusert bruk av spesialisthelsetjenesten i tråd med samhandlingsreformen intensjon.

Delkonklusjon 6:

Moskenes kommune slutter seg til KS sine vurderinger punkt 4. Hvilke nye oppgaver og plikter er foreslått for kommunene (se side 15,16). Kommunen anbefaler, under forutsetning av fullfinansiering, at det lovfestes at det må etableres døgntilbud øyeblikkelig hjelpstilbud i kommunehelsetjenesten.

Ad pkt.7 Hvilke utfordringer medfører lovforslagene innen kompetanse, forskning og IKT? (side 5,6)

Kompetanse/Forskning:

Etterspørselen og behovet for arbeidskraft nødvendiggjør flere tiltak. Samhandlingsreformen krever at det må utdannes tilstrekkelig med helsepersonell med relevant kompetanse. I dag er utdanningsinstitusjonene innrettet mot arbeid i spesialisthelsetjenesten og disse må i fremtiden i større grad vektlegge fremtidige kommunale oppgaver.

Det har vært og foregår lite forskning og undervisning i kommunehelsetjenesten og at det arbeides for å etablere et formalisert samarbeid mellom forskningsinstitusjoner og kommuner. Kommunene bør ha tilsvarende oppgaver som spesialisthelsetjenesten: Pasientbehandling, Utdanning av helsepersonell, Forskning, Pasientopplæring.

Forslagene til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, ny folkehelselov og ny nasjonal helse- og omsorgsplan, reiser to sentrale problemstillinger som i varierende grad besvares i høringsdokumentene:

- 1) Hvordan skal kommunene styrke kompetansen og beholde de som allerede er sysselsatt i sektoren?
- 2) Hvordan skal det sikres at kommunene har tilstrekkelig tilgang på kvalifisert personell?

I forslaget til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester er de fremtidige kommunale oppgavene delvis utydelig spesifisert, og dette gjør det utfordrende å vurdere kompetansebehovene som vil oppstå.

Et kommunalt ansvar for forskning og undervisning kan løses gjennom regionale samarbeidsløsninger (herunder regionale forskningsutvalg). Finansiering kan skje gjennom økte rammer til kommunene og gjennom regionale forskningsråd. Forskning med relevans for kommunehelsetjenesten må økes betydelig. Kommunene bør få ansvar for at det foregår forskning og undervisning, på tilsvarende måte som i spesialisthelsetjenesten.

IKT og dokumentasjon:

En forutsetning for at man skal nå mange av målene i Samhandlingsreformen, er at man tar i bruk informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT) i hele helse- og omsorgssektoren. Elektronisk kommunikasjon skal i følge St.mld. 47 være den "ordinære måten å kommunisere på". Økt bruk av IKT er ikke noe mål i seg selv, men er et virkemiddel for å heve kvaliteten på tjenestene ved for eksempel å gi raskere og enklere tilgang til informasjon ved pasientbehandling (f.eks. Kjernejournal).

Alle kommuner må bruke elektronisk pasientjournal (EPJ) samt å koble seg til Norsk Helsennett (NHN). Det er viktig at alle kommuner kommer seg opp på et teknologisk minimumsnivå for at en skal hente ut pos ut potensialet som ligger i elektronisk samhandling. Det vil sikre at alle innbyggerne er sikret det samme tilbudet som f.eks. Nasjonal kjernejournal. Et forskriftsfestet krav til elektronisk dokumentasjon og kommunikasjon av helseopplysninger, er den beste måten å sikre at et slik teknologisk minimumsnivå blir nådd for hele sektoren.

Delkonklusjon 7:

Moskenes kommune slutter seg til KS sine vurderinger punkt 7. Hvilke utfordringer medfører lovforslagene innen kompetanse, forskning og IKT? (se side 21,22,23)

Ad pkt.8 Hvordan kan samhandlingsreformen gjennomføres? (side 6)

Samhandlingsreformen, med ny folkehelselov og lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, kan iverksettes fra 1.1.2012, med de forandringer og presiseringer som er referert til i punkt 1-7 overfor. Reformen må implementeres gradvis og etter en plan. Det må også fastsettes "milepæler" hvor resultatene av samhandlingsreformen på gitte tidspunkter etter nærmere kriterier skal vurderes.

De nye oppgavene og det utvidede ansvaret for kommunene vil være mer ressurskrevende enn hva mange kommuner har mulighet til å stille til rådighet. Selv om enkelte av oppgavene tilsynelatende kan løses gjennom administrativt samarbeid, tilsier summen av oppgaver og oppgavenes karakter viktigheten av at samarbeidet blir styrt av et folkevalgt organ.

Delkonklusjon 8:

Moskenes kommune slutter seg til KS sine vurderinger punkt 8. Hvordan kan samhandlingsreformen gjennomføres? (se side 6)

Ny Folkehelselov

Ad pkt.5 Hvilke plikter gis kommunene i forhold til folkehelse? (side 4)

Med forslaget til ny folkehelselov etableres et nytt fundament for å styrke folkehelsearbeidet i politikk og samfunnsutvikling og i planarbeid ut fra regionale og lokale utfordringer og behov. Det foreslås blant annet krav til å ha god oversikt over helseutfordringene i den enkelte kommune og at disse utfordringene skal danne grunnlag for strategier, mål og tiltak forankret i plansystemet etter plan og bygningsloven. Videre legges det gjennom lovforslaget et grunnlag for bedre samordning mellom kommuner, fylkeskommuner og statlige myndigheter.

Mens helse- og omsorgsloven gir bestemmelser om de forebyggende og kurative oppgavene til helse- og omsorgstjenesten i kommunene, retter folkehelseloven seg mot folkehelseoppgavene kommunen har.

Folkehelselovens formål er å fremme folkehelse og bidra til å motvirke sosiale helseforskjeller, loven skal sikre samarbeid mellom kommuner, fylkeskommuner og statlige helsemyndigheter.

Hovedtrekk i lovforslaget er at:

Ansvaret for folkehelsearbeid legges til kommunen som sådan. I dag ligger ansvaret i kommunen ved sin helsetjeneste. Forslaget innebærer at kommunen skal bruke alle sine sektorer for å fremme folkehelse, ikke bare helsesektoren.

Kommunen skal fastsette mål og strategier for folkehelsearbeidet egnet for å møte kommunens egne helseutfordringer. Mål og strategier skal forankres i planprosessene etter plan- og bygningsloven.

Kommunens ansvar for å ha oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer blir konkretisert slik at de får et tydelig bilde av hva som er de lokale helseutfordringer i den enkelte kommune. Statlige helsemyndigheter og fylkeskommunene skal gjøre opplysninger tilgjengelig og understøtte kommunene.

En drøfting av kommunens helseutfordringer skal blant annet danne grunnlag for lokal planstrategi. På samme måte skal en drøfting av fylkets helseutfordringer inngå i regional planstrategi.

Kommunene skal iverksette nødvendige tiltak for å møte lokale utfordringer.

Det faktum at det brede folkehelsearbeidet ikke har vært tydelig forankret i kommunens administrative og politiske ledelse kan nok ha vært medvirkende til at dagens kommunehelsetjenestelov ikke har fungert slik som forutsatt.

Fordi det i dagens bestemmelser er en uryddighet i forhold til hvor ansvaret for det brede folkehelsearbeidet i kommunene ligger, mener departementet det er behov for å klargjøre dette.

En er enig i at en må tillegge kommunene flere eller sterkere virkemidler, for å øke kommunens ansvar for å ivareta folkehelse. For å sikre politisk forankring av de prinsipielle og overordnede sidene av folkehelsearbeidet er en enig i at det tas inn en ny bestemmelse i § 6 første ledd om at kommunen i forbindelse med kommunal planstrategi skal ta stilling til helseutfordringene i kommunen. Helseutfordringene må basere seg på en oversikt over helsetilstanden i kommunen, jf. § 5 i lovforslaget og beskrives i kommunal planstrategi. På bakgrunn av beskrivelsen av helseutfordringene skal kommunen fastsette mål og strategier for folkehelsearbeidet.

For å sikre at folkehelsearbeidet fremmes innen alle sektorer må mål og strategier for folkehelsearbeidet behandles politisk som ledd i de alminnelige planprosesser i kommunen. Folkehelsearbeidet må da forankres i planprosessene etter plan- og bygningsloven. Blant annet innebærer at folkehelseiltak beskrives i kommuneplanens handlingsdel, jf. Plan- og bygningsloven § 11-1. Handlingsdelen angir hvordan kommuneplanen skal følges opp de fire påfølgende år og revideres årlig.

Vi støtter også utsagnet om at kommunene er de viktigste aktørene i folkehelsearbeidet - som planmyndighet og samfunnsutvikler og som tjenesteyter innen barnehage, skole, pleie og omsorg, og ikke minst kommunale helsetjenester som helsestasjons- og skolehelsetjeneste, miljørettet helsevern, smittevern mv. I så måte blir det som foreslått, særdeles viktig at Fylkeskommunene og Folkehelseinstituttet får en lovpålagt oppgave og understøtte kommunene med tilgjengelig data i en form som er meningsfull for kommunene i arbeidet med å fremme folkehelse. Her kan nevnes:

Oversikt over befolkningsutvikling.

Helsetilstand i befolkningen

Påvirkningsfaktorer er nødvendig for å synliggjøre

Utfordringene

Sammenlikning mellom kommuner, regioner og befolkningsgrupper.

En slik oversikt er en forutsetning for å måle utvikling over tid, fastsette mål for utvikling av målrettede tiltak og for å måle effekt av tiltak. Et kunnskapsbasert og effektivt folkehelsearbeid forutsetter gode systemer for å fremskaffe slike oversikter og evne og kapasitet til å vurdere og å analysere disse. Gjennom å gjøre et sett med nøkkeldata tilgjengelig for kommunen vil den ha bedre mulighet til å prioritere og å måle effekt av sine tiltak. Helseovervåking /statistikk et stort og uoversiktlig område – og vil kreve store ressurser både på fylkeskommunalt og kommunalt nivå. Det ligger ikke inne noen ressurser til dette arbeidet, samt at det er behov for kompetanse i kommunesektoren for å følge opp.

Behovet for felles opplegg og standardisering er stort – og det bør avklares hva som skal gjøres og av hvem nasjonalt, regionalt og lokalt. Fylkeskommunene skal følge lovforslaget bistå kommunen i å foreta kommunale analyser og tolkninger av data, jf. mulige forklaring av årsakssammenhenger, styrker og svakheter i dataene. Imidlertid foreligger det allerede mye helsestatistikk, og det bør sees blant annet til effektiviseringsnettverkene og arbeidet som allerede pågår i KOSTRA for å unngå dobbeltrapportering.

Miljørettet helsevern bestemmelsene i kommunehelsetjenesteloven foreslås tatt inn i forslag til ny folkehelselov som en videreføring av gjeldende rett. Dette er vi enige i

Arbeidet innen miljørettet helsevern foregår langs to linjer:

Miljørettet folkehelsearbeid som handler om å ha oversikt over helsetilstanden og faktorer som påvirker denne

På bakgrunn av denne oversikten, foreslå tiltak og medvirke for å sikre at helsemessige hensyn ivaretas i andre sektorer og i kommunale plan- og beslutningsprosesser.

Vi er også enige i det at kommunen fortsatt skal ivareta oppgavene innenfor miljørettet helsevern, herunder godkjennings- og tilsynsmyndighet ovenfor kommunale virksomheter.

Som følge av at det er krevende å ivareta disse to rollende samtidig, tilsutter vi oss til at det stilles krav til at kommunene om å dokumentere at de har en god styring med denne tjenesten.

Regional tilsynsmyndighet;

Statens helsetilsyn har i dag ansvar for overordnet tilsyn med folkehelsearbeidet. I ny folkehelselov kan det stadfestes at Helsetilsynet fortsatt skal ha det overordnet tilsyn med folkehelsearbeidet i landet og for å påse at kommunenes folkehelseoppgaver drives på en faglig forsvarlig måte og i samsvar med lov og forskrift. Med andre ord at Helsetilsynet har det regionale tilsynsansvaret.

KS (se side 18) anbefaler ettersom de nye bestemmelsene (i PLB § 7.1/§10.1) gir fylkeskommuner/kommuner pålegg om område (her: folkehelse) som skal være med i planstrategien, det betyr at man fraviker prinsippet om at kommunen og fylkeskommunen selv skal avgjøre hva som er viktig. Med en så omfattende definisjon som legges til grunn for folkehelsearbeid anses denne delen av forslaget som en inngripen i viktige lokaldemokratiske prinsipper. Ut fra dette er det rimelig at Fylkesmannen er tilsynsmyndighet fordi dette sikrer et helhetssyn med tanke på lokaldemokratisk forankring i Plan og bygningsloven.

Nordland fylkeskommune får fremlagt følgende forslag: Lovforslaget argumenterer for å utløse den lokal- og regionalpolitiske kraften i folkehelsearbeidet. Da må det være rom for å tilpasse oppgaven lokale og regionale forutsetninger. Siden det også er vanskelig å operasjonalisere feltet på en måte som gjør det egnet for å bli ført tilsyn med, bør denne funksjonen utgå. Kongens godkjenning av regional planstrategi, og internkontroll, er tilstrekkelig. Hvis tilsynsfunksjonen opprettholdes, bør verken fylkesmann eller helsetilsyn i fylket være tilsynsmyndighet. Det er uheldig om førstnevnte skal føre tilsyn da de deltar i partnerskapene. Opprettholdes tilsynsfunksjonen må standardene på det som forventes tydeliggjøres, slik at tilsynsmyndighet og fylkeskommunene forstår forventningene.

Det er store forventninger til at kommuner og fylkeskommuner skal bidra til å utjevne sosiale helseforskjeller. Det er vanskelig, og det foreligger få retningslinjer for hvordan det kan gjøres i praksis. At kommuner/fylkeskommuner gis slikt ansvar er grunnlag for å problematisere at loven ikke har økonomiske og administrative konsekvenser. Krav om ny praksis i folkehelsearbeidet må tolkes som en ny oppgave og dermed godtgjøres, all den tid det får store administrative og kompetansemessige konsekvenser.

Ettersom kommunene vil bli pålagt økte krav til systematikk og at det stilles krav om en stilling som koordinatorfunksjon i kommunene (Kostnader ved en koordinatorfunksjon er beregnet til 1 mill. kroner (inkl. driftsmidler) for kommuner over 10.000 innbyggere, og under kommuner under 10.000 innbyggere interkommunalt samarbeid og/eller ved deltidsstillinger), må dette fullfinansieres via statsbudsjettet til kommunene.

Vil understreke at krav om ny praksis i folkehelsearbeidet vil medføre økte administrative, kompetansemessige og økonomiske utfordringer for kommunene, og kommunene må tilføres økonomiske ressurser i forhold til dette.

Delkonklusjon 9:

Moskenes kommune slutter seg til KS sine vurderinger punkt 5. Hvilke plikter gis kommunene i forhold til folkehelse? (se side 17,18). Samt de momenter som fremkommer ovenfor (avsnitt ny folkehelselov). Kommunen vil understreke at ny praksis i folkehelsearbeidet vil medføre økte administrative, kompetansemessige og økonomiske utfordringer for kommunene, og kommunene må tilføres økonomiske ressurser i forhold til dette. Moskenes kommune anbefaler at Fylkesmannen er tilsynsmyndighet fordi dette sikrer et helhetssyn med tanke på lokaldemokratisk forankring i Plan og bygningsloven.

Økonomi

Ad pkt 6. Hvordan er nye oppgaver og plikter foreslått finansiert? (se side 5)

Det er forutsatt at det skal gis kompensasjon for økte kommunale kostnader knyttet til henholdsvis kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunal betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter fra første dag. Reformen er tenkt finansiert etter følgende hovedlinjer:

Overføring av midler fra spesialisthelsetjenesten knyttet til utskrivningsklare pasienter
Avgrenset kommunal medfinansiering på 20%;
Alder; Alle typer behandlinger for målgruppen 80+?
Diagnose; Alle typer henvisninger og innleggelser formedisinske pasienter?
Krav til RHF om å bidra til å etablere lokale tilbud i kommunene; spleiselag
En større del av en eventuell vekst i helsebudsjettene framover skal komme i kommunene
Prosjektmidler til å forberede reformen (Forslag 580 mill kr for 2011)

Kommunene vil i 2012 få overført midler fra regionale helseforetak i forbindelse med kommunal medfinansiering og ansvar for utskrivningsklare pasienter. Det legges også opp til en modell hvor de regionale helseforetakene og kommunene samarbeider om prosjekter for å bygge opp lokale tilbud og erstatter dagens behandling i sykehus. Midlene er ment for at kommunene skal bygge tilbud (i stedet for sykehusopphold) og at en skal få kompetansen på plass. De menneskelige ressursene er vår viktigste ressurs.

Utskrivningsklare pasienter:

Som sikker alle vet vil kommunene få betalingsansvar for utskrivningsklare pasienter fra dag 1. Til å finansiere dette vil pengene følge med. Trekkes fra sykehusene enten via kostnadsnøkkelen eller som øremerket etter antall utskrivningsklare pasienter. Overføringen av midler for utskrivningsklare pasienter vil avhenge av hvilke pasientgrupper som omfattes av ordningen og betalingssatsen. Så langt er dette anslått til mellom 500 og 800 mill. kroner for somatiske pasienter. Skal en regne at døgnprisen per pasient er kr 3000,- eller 5000,-? Psykisk helsevern og rus skal utredes særskilt.

Medfinansiering:

Ordningen innebærer at kommunene betaler en del av kostnadene når innbyggerne ligger på sykehus. Kommunal medfinansiering skal stimulere kommunene til å satse mer på forebygging og behandling i nærmiljøet. Det generelle medfinansieringsansvar som var første modell er lagt bort og foreslås ikke fra HOD.

Helse- og omsorgsdepartementet vurderer som nå er avgrenset til kommunal medfinansieringsandel på 20 % for somatiske pasienter og det er skissert to modeller for medfinansiering som er aktuell:

Alternativ 1:

En avgrenset modell etter alder som inkluderer alle opphold/behandlinger for eldre over 80 år (også operasjoner). Denne modellen er anslått til 1,5 mrd kroner.(trekkes fra HF'ene)

Alternativ 2:

En avgrenset modell etter diagnoser som inkluderer alle medisinske opphold/behandlinger for alle aldersgrupper (altså ikke operasjoner). Denne modellen er anslått til 3,6 mrd kroner (trekkes fra HF'ene)

Når en skal vurder hvilken modell en skal anbefale må en ta hensyn til hvor treffsikker blir en i fht. definerte pasientgrupper, hvilken økonomisk risiko løper kommunen, hvilken av modellene kan kommunen ha best kostnadskontroll med og hvilken modell ivaretar pasientrettighetene best.

Noe mener at aldersmodellen (alternativ 1) er å foretrekke. Pasientgruppen har allerede typiske tilbud i kommunen (sykehjem, omsorgsboliger, hjemmebaserte tjenester m.m.). En antar at ved å velge denne modellen så vil kommunalt tilbud trolig vil påvirke (re-)innleggelsesratene, gi kommunen lav økonomisk risiko og mindre dupliserende effekt (at det opprettes behandlingstilbud både i sosialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten). Den aldersbestemte modellen vil kunne gi sterkere insentiver til fallforebygging for eldre over 80 år, ved at kommunene må medfinansiere kirurgiske inngrep for eldre.

På den annen siden kan denne modellen kalles aldersdiskriminerende. Det hevedes også at modellen vil hindre at eldre får sykehusbehandling og at dette er et stort paradoks når en vet at disse pasientene ofte har sammensatte lidelser som i høyeste grad trenger sykehusbehandling. Det må ikke bli sånn at eldre ikke skal inn på sykehus – eldre treger kanskje spesialisthelsetjenesten mest. HOD mener at den aldersbestemte modellen (alternativ 1) gir lavest finansiell risiko for kommunene.

Alle medisinske innleggelser kan kalles diskriminerende i forhold til kirurgi og medisin. Men en kan jo hevde at det er funksjonen som skal vektlegges og ikke alderen. Det vil også være slik at mange av de tilbud kommunene målretter for eldre blant annet for å redusere egne medfinansieringsutgifter, også vil være gode tilbud for personer under 80 år. Det vil ikke være mulig eller ønskelig å nekte personer kommunale tjenestetilbud begrunnet med at de er under 80 år.

Modellen avgrenset til det medisinske områder (alternativ 2) gir bredere insentiver til styrket kommunal innsats på rehabiliteringsområdet – uavhengig av pasientenes alder. Avgrensning til det medisinske området vil trolig være mindre kontroversielt, og tilbudene kommunene bygger ut for å redusere sine utgifter vil trolig i liten grad bli benyttet av personer som kommunene ikke har medfinansieringsansvar for.

Når en ser på kommuneøkonomien og at svært mange kommuner allerede er ROBECK kommuner, er det slik at ved å tilføre pengene til kommunene som frie inntekter medfører det at først må budsjettet komme i balanse og så får vi bruke resten, om det blir noe, til samhandlingsreformen. Derfor er det mange som mener at en burde hatt øremerkede midler til samhandlingsreformen tjenestetilbud/tiltak fra 2012 og en del år fram i tid.

Delkonklusjon 10:

På en rekke områder legges det opp til endringer som skal gi brukerne et bedre tilbud, men som samtidig er forutsatt ikke skal medføre økonomiske virkninger av betydning for kommunene. Dette gjelder blant annet:

Krav til at koordinerende enheter i kommunene får et systemansvar for arbeidet med individuell plan.

Rett til et verdig tjenestetilbud (verdighetsgarantien)

Krav til lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak

Det er behov for en grundig kostnadsberegning av kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenestene. KS har meldt saken opp som en felles kostnadsberegningssak i konsultasjonsordningen. KS mener at det er behov for en videre utredning også av andre forhold: som fastsettelse av et maksimalt beløp kommunene skal betale pr. innleggelse og hvordan kommunene skal kompenseres for det økte finansieringsansvaret.

Det ligger et utfordrende økonomisk fremtidsbilde i forslaget til medfinansieringsordning, at kommunene eksempelvis vil få ekstra utgifter til medisiner, utstyr og hjelpemidler i takt med at beboere på sykehjem vil ha større og mer avansert behov for pleie. I dag dekker helseforetakene utgiftene hvis pasientene skal tilbake til eget hjem, mens sykehjemmene må dekke disse kostnadene hvis pasienten skal dit. Dette er ikke kostnader som er tatt med i de økonomiske beregningene rundt medfinansieringsordningen.

Ettersom flere endringsforsalg henvises i høringsdokumentene til mer utredning, er det vanskelig å få oversikt over de økonomiske og administrative konsekvenser. Samhandlingsreformen gir en rekke forventninger og høringsdokumentene viser til kostnadsdrivende elementer så som:

- Etablering av funksjons- og kvalitetskrav
- Mer kommunal styring av fastlegene, nye ressurser innenfor fastlegeordningen
- Overføring av aktivitet fra spesialisthelsetjenesten
- Etablering av tilbud i kommunene, styrking av legevakt
- Satsing på rehabilitering
- osv.

Alt dette medfører at kommunene må øke sin kompetanse og legge mer ressurser inn i sine tjenester. Ikke minst vil nødvendig styrking og utvikling av kompetansen i kommunene, inkludert økning av legestillinger/- hjemler, innebære behov for økte ressurser.

Delkonklusjon 10.1:

Moskenes kommune slutter seg ovenstående vurderinger og til KS sine konklusjoner i punkt 6. Hvordan er nye oppgaver og plikter foreslått finansiert? (se side 19,20). Kommunen mener i tillegg at reformen må finansieres med øremerkede midler fra 2012 og en del år fram i tid, før den legges i rammen for frie inntekter.

Medfinansieringsmodellene som er foreslått bør ikke innføres før en grundig gjennomgang av kostnadsberegningene. (maksimalbeløp per innleggelse, ekstra utgifter for medisiner, utstyr og hjelpemidler m.m.). Midler som skal overføres kommunene i forbindelse med samhandlingsreformen må tilfalle kommunene som øremerkede midler. Samhandlingsreformen er en oppgaveoverføring. Oppgaveoverføring = ressursoverføring. Ressursoverføring = pengeoverføring og kompetanseoverføring (vurderingskompetansen må styrkes betraktelig). Medfinansieringen er tydelig, men alle andre finansieringer er utydelige/vage i høringsdokumentet og skal følge de årlige budsjettprosesser. Det er vanskelig å ha langsiktig planarbeid når kommunene legger 4 årlige økonomiplaner mens staten budsjetter fra år til år.

Delkonklusjon 10.2:

Moskenes kommune slutter seg til KS sine kommentarer/vurderinger (side 20 i KS – dokumentet) innen områdene: Rehabilitering, Døgntilbud, Utvidet betalingsansvar for utskrivningsklare pasienter.

Nasjonal helse og omsorgsplan:

Sykehusstruktur

I sammendraget av høringsgrunnlaget for Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011 – 2015) står det følgende om Lokalsykehusene (s.21)

"Gjennom samhandlingsreformen vil kommunene få et større ansvar for å yte helsetjenester til befolkningen. Spesialisthelsetjenesten skal utvikles i en enda tydeligere spesialisert retning. Dette reiser problemstillinger knyttet til arbeidsdelingen mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, men også til arbeidsdelingen mellom sykehus.

Regjeringen vil videreføre arbeidet med en bedre arbeidsdeling mellom sykehus. Dette kan bety at enkelte sykehus skal gjøre andre oppgaver enn i dag, blant annet sett i sammenheng med samhandlingsreformen. I dette arbeidet legges det til grunn at dagens desentraliserte sykehusstilbud skal opprettholdes. Dette vil blant annet sikre nærhet til akuttfunksjoner og fødetilbud, selv om slike tilbud ikke gis ved alle sykehus.

Ingen lokalsykehus skal legges ned. Lokalsykehusene skal spille en viktig rolle for å møte de store utfordringene vi står overfor med en større andel eldre innbyggere og flere pasienter med kroniske sykdommer og livsstilssykdommer. Dette vil kunne kreve endringer i tjenestetilbudet i det enkelte sykehus. Selv om demografiske og geografiske forhold skaper ulikheter i hvilke oppgaver et lokalsykehus skal ha, må dette ikke føre til ulike krav til kvalitet i tjenestene. Det skal stilles samme kvalitetskrav til store som til små sykehus.”

I høringsdokumentet om Ny helse og omsorgslov er det et eget kapittel om samhandling mellom kommune og spesialisthelsetjenesten (kap12). Her påpekes det at pasienten skal få sin tjeneste nærmest mulig hjem. I så måte får kommunehelsetjenesten og lokalsykehuset en viktig fremtidig rolle.

Regjeringen sier at ingen lokalsykehus skal legges ned, samtidig som de regionale helseforetakene tømmer mange lokalsykehus for innhold.

Mange trakk et lettelsens sukk da den rødgrønne regjeringen fulgte opp Soria Moria I med å ta inn følgende formulering i Soria Moria -erklæring II om at lokalsykehusene ikke skulle legges ned:

Regjeringen vil opprettholde et desentralisert sykehusstilbud, som blant annet sikrer nærhet til akuttfunksjoner og fødetilbud. Ingen lokalsykehus skal legges ned. Regjeringen vil videreføre arbeidet med en bedre arbeidsdeling mellom sykehus, som fremmer styrket kvalitet i pasientbehandlingen.

På bakgrunn av at garantien mot nedlegging ble gjentatt i regjeringserklæringen fremstår det som uforståelig at lokalsykehusenes rolle i den nye helsereformen, Samhandlingsreformen nærmest er fraværende i Stortingsmelding nr. 47 (2008-2009).

Lokalsykehusene og primærhelsetjenesten er gjensidig avhengig av hverandre. Legges lokalsykehusene ned, får primærhelsetjenesten i distriktene problemer. Det er allerede vanskelig å rekruttere primærleger til utkantstrøk. Denne situasjonen vil ytterligere kunne forverres om et større faglig fellesskap svekkes. Tryggheten ved å ha et sykehus i nærheten må ikke undervurderes. I tillegg vil større avstand til sykehuset gi et atskillig større vaktpress i distriktene som igjen vil bety en svekket beredskap. Flere pasienter må ledsages av lege til sykehus, og det vil kunne føre til at lokalsamfunnet blir tomt for leger dersom man ikke har en bakvaktordning. Lokalsykehuset er ryggraden til fastlegenes virke.

I befolkningens bevissthet har det vært en forholdsvis entydig oppfatning av hva som minimum må finnes i et lokalsykehus:

Kirurgisk avdeling med akuttberedskap

Indremedisinsk avdeling med akuttberedskap

Tilbud innen psykiatri

Nødvendige støttefunksjoner innen anestesi, røntgen- og laboratorietjenester.

Fødetilbud

Legeforeningen krever at det må komme nasjonale minstekrav som skal stilles til lokalsykehus. De mener også at noen sykehus må legges ned mens andre lokalsykehus må rustes opp. Dette bør kommunene si seg enig i og kreve en minstekravsnorm.

Vedtak i den Norske legeforening

Etter grundig behandling i organisasjonene fattet landsstyret i Legeforeningen i mai 2006 et viktig prinsippvedtak om lokalsykehusenes fremtidige rolle:

"Den store gruppen eldre pasienter som trenger lokalsykehusfunksjoner blir i dag innlagt ved indremedisinske avdelinger. Legeforeningen har derfor forståelse for at man politisk kan mene at lokalsykehusene derfor bare trenger akuttberedskap i indremedisin. Imidlertid kan en akutt funksjonssvikt hos en eldre pasient bety en meget komplisert diagnostisk utfordring, ofte i samspill mellom akuttkirurgi og akuttindremedisin. Utredning, diagnostikk og valg av behandling er avgjørende for utfallet av en sykdom eller skadetilstand, og vel så viktig for det endelige resultatet som kvaliteten i selve det tekniske behandlingsopplegget. Eldre pasienter har ofte sammensatte lidelser og behov for samspill mellom den indremedisinske og kirurgiske fagkompetanse. Skal lokalsykehus ha akuttfunksjon må det som et minimum inneholde vaktkompetanse innen indremedisin, generell kirurgi og anestesi samt tilgang til klinisk-kjemiske og radiologiske støttetjenester." (Legeforeningen 2006)

Delkonklusjon 11:

En vil understreke at lokalsykehusene er ryggraden for fastlegene og en viktig trygghet for folket i distriktet. Lofotkommunene er bekymret for at på tross av at Soria Moria I og II sier at ingen lokalsykehus skal legges ned, er 6 lokalsykehus nedlagt, flere er truet og de regionale helseforetakene tømmer mange lokalsykehus for innhold.

Helseforetaksmodellen bør evalueres – repolitiseres

Kommunene er ening med Den Norske Legeforeningen og krever at det må komme nasjonale minstekrav til lokalsykehus.

For øvrig slutter vi oss til føringene som ligger i høringsforslaget

Psykisk helse og rus:

I sammendraget av høringsgrunnlaget er psykisk helse og rus omtalt på side 27.

"Psykiske problemer er en viktig årsak til uførhet, sykdom og tidlig død. En stor andel personer i yrkesaktiv alder står utenfor arbeidslivet på grunn av psykisk sykdom. Angst og depresjon vil være en av de store utfordringene framover."

I forslag til ny helse og omsorgslov står det beskrevet at området Psykisk helsevern og rus skal utredes særskilt. Ettersom dette er en av den størst voksende gruppen i Norsk helsevesen og at disse pasientene ikke har stykkprisfinansiering på samme måte som somatiske pasienter, er det beklagelig at det ikke kommer tydelig finansieringsmodeller og tydelige oppgavefordelinger mellom Helseforetakene og kommunen nå.

En kan påstå at dagens finansieringsmodell ikke gir samme økonomiske insitamenter for behandling i spesialisthelsetjenesten når disse pasientgruppene faller utenfor stykkprisfinansieringsordningen. Dette kan være en av grunnene til at ventelistene til behandling for disse pasientene er lange og opp til et år for ruspasienter. Ofte er det uavklarte rollefordelinger mellom kommune og foretak og pasientene skyves mellom nivåene. Samtidig er ofte kompetansen for lav i kommunehelsetjenesten og resultatet kan bli at pasientene unødig blir tvangsinnlagt i spesialisthelsetjenesten.

Opptappingsplanen for psykiatri og rus har bidratt med en betydelig økt satsing innenfor fagfeltet både i kommunene og sykehusene. Etablering av Distrikt psykiatriske senter (DPS) har vært en suksess og en framtidig styrkning av disse sentrene blir viktig både i forhold til organisering, finansiering og kompetanse.

I dag er DPS'ene svært ulikt organisert omkring i landet både i forhold til antall senger, ambulante tverrfaglige team, brukerstyret senger og poliklinikktilbud. Noen DPS'er har sengeplasser intrigeret i somatiske senger mens andre har egne institusjoner/avdelinger for slikt tilbud. Noen har tilbud om døgkontinuerlig psykiatrikompetanse alle ukedager (også i helgene), mens andre tilbyr dette kun på dagtid mandag – fredag.

Kompetansen innen fagfeltet er ofte manglende i kommunene. De fleste små og mellomstore kommuner har en ikke egne psykologer og psykiatere, ikke tilstrekkelig miljøterapeutiske behandlingstilbud, ikke ambulante team m.m. Skal flere av oppgavene som i dag utføres i

foretakene overføres til kommunene må kommunehelsetjenesten rustes opp og da særlig i forhold til kompetanse.

Delkonklusjon 12:

De Distrikt Psykiatriske Sentra må styrkes og drives i fellesskap mellom kommunene og foretakene.

Ingen DPS skal integreres i somatiske senger i sykehus

DPS må være etablert i egne avdelinger i/eller utenfor sykehuset, og den må etableres i samarbeid med kommunen.

Brukerstyrte senger må vurderes etablert i DPS'ene

Pasientforløpene innefor psykiatri og rus må gjennomgås for å styrke pasientmedvirkning (kvaliteten) og samhandlingen mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Kommune og foretak må etablere tverrfaglige ambulante team i sykehusregion. Ambulante oppsøkende team må gi døgntilgjengelig behandlingstilbud alle dager i uka (Sykehus og kommune sammen).

Poliklinikkvirksomhet i kommunene må etableres i samarbeid med fastlegene. Vurdere om slikt tilbud etableres i samarbeid med tilbudet som i dag er etablert i DPS'ene. Vurdere om spesialisthelsetjenesten kan drive poliklinikk ute i kommunene

Kompetansen i kommunene må styrkes

Opptappingsplanen både innefor psykiatri og rus må fortsette.

Økonomiske intensiver må innføres for både sykehus og kommune. Ordningen med stykkprisfinansiering må vurderes også for denne gruppen.

Ettersom dette er en av de sterkest voksende pasientgrupper trengs det skikkelig økonomiske og ressursmessige løst for både kommune og foretak.

Konklusjon

Samhandlingsreformens hovedmål som er satsing på helsefremmende og forebyggende arbeid. En større del av helse- og omsorgstjenestene skal ytes av kommunene og brukerne/pasientene skal møte mer helhetlige og koordinerte tjenester. Hensikten er at en via de tiltak som er skissert, nytt lovverk og gode samarbeidsavtaler mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten skal sikre en bærekraftig utvikling av helsesektoren.

I så måte er Samhandlingsreformen intensjoner gode og til beste for pasientene. Det at det opprettes lovkrav om at pasienter med sammensatte lidelser skal ha rett til kontaktperson og IP (individuell plan) vil kunne gjøre hverdagen enklere for den kronisk syke pasienten. At en sikrer helhetlige og sammenhengende pasientforløp til beste for den enkelte bruker er det nødvendig med gode og systematiske samhandlingsverktøy og samhandlingsrutiner både mellom tjenestenivåene og innad i de ulike tjenestene. For å sikre et helhetlig og sammenhengende tjenestetilbud er forpliktende samarbeidsavtaler mellom partene et sentralt verktøy.

Det er fortsatt mange uavklarte spørsmål. Forannevnte saksutredning påpeker dette og foreslår/gir tilbakemeldinger på områder som en anbefaler Helse og omsorgsdepartementet må tydeliggjøre før de nye lovene (KHL og FHL) og nasjonal helse og omsorgsplan ferdigstilles. Tilslutt er det ikke minst forventninger om at de nye oppgavene som tilfaller kommunene fullfinansieres og at kompetansen er på plass i kommunene før oppgavene kommer.

Rådmannens innstilling:

1. Moskenes kommune tar saksutredningen til etterretning og slutter seg til delkonklusjonene 1 – 12.
2. Moskenes kommune vil understreke at nye oppgaver som skal overføres fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten ikke må gjennomføres før de kompetansemessige og økonomiske ressursene er på plass i kommunene.

Tone Sofie Aglen
Rådmann

14.01.2011 FORMANNSKAPET

Innstillingen enstemmig vedtatt.

FS-008/11 Vedtak:

1. Moskenes kommune tar saksutredningen til etterretning og slutter seg til delkonklusjonene 1 – 12.
2. Moskenes kommune vil understreke at nye oppgaver som skal overføres fra spesialhelsetjenesten til kommunehelsetjenesten ikke må gjennomføres før de kompetansemessige og økonomiske resursene er på plass i kommunene.