



Helse- og omsorgsdepartementet
pb 8011 Dep

0030 OSLO

Vår ref.
10/2272-2/K2-H00//KKR

Dykkar ref.
Elisabeth Salvesen

Dato:
29.12.2010

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".

Kommunane er samde med Stortinget i intensjonen og målsettinga med samhandlingsreforma. Vi vil likevel påpeike at det er behov for ei oppbygging av dei kommunale organisasjonane for å kunne få til denne utviklinga og snu utvikling frå behandling til førebygging. Det vil og gå fleire år før det vil vere mogeleg å sjå økonomiske resultat av dette arbeidet.

Nye plikter, større ansvar og fleire oppgåver til kommunane må føre til auke av ressursar, myndigheit og tillit.

- Samhandlingsreforma må avklare tydeligare enn i dag kva oppgåver som skal ligge til kommunane og kva oppgåver som skal ligge til spesialisthelsetenesta
- Reforma må følgjast opp med nødvendige ressursar til kommunane
- Det må og leggjast til rette for at kommunane kan klare å byggje opp den kompetansen dei har behov for.

Det er avgjerande at statlege mynde avklarar og definerar kva for oppgåver som i framtida skal ligge til lokalsjukehusa og dermed kva som vert eit kommunalt ansvar. Dette kan ikkje vere opp til kvart helseføretak/ helseregion å definere. Staten må også ta overordna styring med å definere sjukehusstrukturen i landet for å unngå

destruktive prosessar som hindrar utvikling av gode framtidige tilbod i tråd med intensjonane i samhandlingsreforma. Som eit eksempel kan nemnast den pågåande sentraliseringa som skjer utan politisk styring og utan at det ligg føre ein klart definert statleg strategi. Utan ei slik avklaring vert kommunane lett handlingslamme i oppgåva med å bygge opp tilboda, og vert ikkje likeverdige premissleverandør med spesialisthelsetenesta.

Heilskaplege tenester og likeverdige partar:

Kapitla som Nordfjordrådet 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 tenkemåte. Kommunane 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 (legevaktsentralar 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. Når staten legg opp til sentralisering av spesialisthelsetenesta, kan ein ikkje samtidig sentralisere ambulansenesta i kommunane. Distrikta treng ein desentralisert ambulanseberedskap med kvalifisert personell for å ivareta tryggleiken til innbyggjarane i distrikta.

Behov for ein samla sjukehusplan.

Nordfjordkommunane 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 lokalsjukehus, og kvar sjukehusa skal ligge. Det må også takast geografiske omsyn i områder med spreidd busetnad og store avstandar.

Andre behandlingsinstitusjonar.

Nokre kommunar er truleg for små til å kunne byggje opp eigne tenester på ulike område. Kommunane ønskjer ikkje at det vert lagt opp til "nye" behandlingsnivå og forvaltningsnivå, med uklar organisering og ansvarstilhøve. Difor må evt. "distriktsmedisinske senter" vere kommunale/interkommunale og styrt av dei kommunale behova.

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 behandlingstilstandane sine roller, oppgåver og ansvar i heile behandlingsskjeden 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 er budde på å overta oppgåver frå spesialisthelsetenesta, men midlar og kompetanse må følgje med. 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 behandlingstilstandar, og gi ei konkret og fullgod framstilling av dei ulike tenestene/forvaltningsnivåa sine oppgåver og ansvar. Kommunane ønskjer ikkje at det vert lagt opp til ”nye” behandlingstilstand, 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 ”innføring” 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 – med ein struktur som tek omsyn til reelle behov, geografi og avstandar – må implementerast i nasjonal helse- og omsorgsplan. Sjukehusplanen må innehalde nasjonale minstekrav til kva helsetenester som skal vere på eit lokalsjukehus. Dette må vere tenester som bidreg til velfungerande og kostnadseffektive einingar, som opprettheld breiddekompetansen og sikrar tryggleiken til befolkninga.
- Lokalsjukehusa må vidareutvikle desentraliserte spesialisthelsetenester med hovudvekt på dei store sjukdomsgruppene. Lokalsjukehusa må difor innehalde tilpassa akuttfunksjonar og fødeavdeling, med naudsynte støttefunksjonar i forhold til demografi og geografi. Lokalsjukehusa må også ha andre funksjonar for å utnytte støttefunksjonane fullt ut. Høgspesialiserte funksjonar må kunne leggjast til lokalsjukehusa. Vi viser her til Nordfjord sjukehus som er ein viktig bidragsytar i dette, og som er nemnt spesielt i sluttrapporten frå arbeidsgruppa, som er nedsett av Helse - og omsorgsdepartementet, 27. oktober 2006. ”Lokalsjukehusenes akuttfunksjoner i en samlet behandlingsskjede”. Arbeidsgruppa peiker nettopp på at kunnskap og erfaring innan tilpassa akuttfunksjonar, og at dette driftskonseptet bør innhenta og

utgreiast nærare. Erfaringar på dette området er nemnt vedk. sjukehuset i Mosjøen og på Nordfjordeid.

2. NY LOV OM KOMMUNALE HELSE- OG OMSORGSTENESTER.

- Kommunane 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 sjølv 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 korrigerte 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.
- Nordfjordrådet stør departementet sitt krav om at kommunane sjølv 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. Kommunane går imot at HOD einsidig 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.
- Det må arbeidast for at ordningane rundt pasientstraumen mellom sjukehusa og kommunane ikkje blir så administrativt komplisert, at unødige personalressursar går bort.
- 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. Det bør gjennomførast ei gradvis innfasing og følgjeforskning -/ evaluering ved overføring av oppgåver og plikter til kommunen. Denne plikta bør vere lovfesta.

- 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.
- Dei økonomiske og administrative konsekvensane er vanskelege å føresjå, men kommunane 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. Skal 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 finansierte 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.
- Samhandling og kompetanseoverføring mellom spesialisthelsetenesta og kommunane må styrkjast ved hjelp av ambulant verksemd, jfr gode røynsler frå psykiatrien. Her vil vi også peike på behovet for ambulerande geriatrike 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.

- I eit land med spreidd busetnad, lange reiseavstandar og med fjordar og fjell som delar opp fylke, er det viktig å vidareføre grunnleggjande verdiar som at overordna mål for helse- og omsorgstenestene ligg fast. Innbyggjarane skal sikrast lik tilgang til gode og likeverdige helse- og omsorgstenester, uavhengig av diagnose eller behov, alder, kjønn, personlig økonomi og busetnad.

3. NY FOLKEHELSELOV.

Det er positivt at folkehelse vert vektlagt i lovs form for både kommune og fylkeskommune, men kommunane stiller spørsmål ved den underliggjande premissen om at den føreslegne 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.

Kommunane 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 når det gjeld ressursar - og kompetanse.

Det er positivt at det ikkje vert stilt krav om legekompertanse 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 einskilde 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.

Kommunane er samde i intensjonane Stortinget 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.

Den kommunale høyringsprosessen.

Høyringsfristen er for kort til å kunne få til grundige administrative og politiske arbeids- og vedtaksprosessar i kommunane (jf. omfattande høyringsdokument).

KS si fråsegn vert difor eit viktig og meir utfyllande tilleggskdokument

Argumenta i fråsegnene til Nasjonal helse- og omsorgsplan frå Norsk forening for allmennmedisin og Allmennlegeforeningen er også sentrale.

I sine kommentarar og vurderingar til alle dei 6 kap. i planframlegget, peikar dei t.d. på fråværet av førstelineperspektiv - og eit reelt likeverd i framstillingane om samhandlinga mellom første- og andrelinetenesta.

Vedlegg i saka.

For nordfjordkommunane vert det viktig å trekkje fram sentrale punkt i høve til "Fremtidens kommunehelsetjeneste" og "Helhet og sammenheng" (sjukehusstruktur, akuttmedisin etc.) i framlegg til Nasjonal helse- og omsorgsplan. Saka om lokalsjukehus og sjukehusstruktur er ei viktig sak for Nordfjord, og det er viktig å vise til Nordfjordsrådet sine argument og synspunkt i dei fråsegnene som tidlegare er sende til statsråd Anne Grete Strøm-Erichsen i sjukehussaka.

Desse fråsegnene og breva vert å sjå på som vedlegg til denne høyringsfråsegnene, særleg i høve til overordna synspunkt når det gjeld ny Nasjonal helseplan.

I kommentarane til lovframlegga vert fleire aktuelle og konkrete tema kommenterte.

Når det gjeld innspel om finansiering av helsetenesta, vil kommunane måtte støtte seg til KS sine vurderingar.

Selje 18. januar 2011

Gunn Helgsen
- leiar Nordfjordsrådet -