

Det kongelige helse-og omsorgsdepartement

pb 8011 Dep

0030 OSLO

Vår ref.

Dykkar ref.

Dato:

11/29-5/ F00 / /BEW

05.01.2011

Høringsuttale til nasjonal helse-og omsorgsplan 2011-2015, ny lov om kommunale helse-og omsorgstenester og ny folkehelselov

Stryn kommune kjem med følgjande uttale til nasjonal helseplan, ny lov om kommunale helse- og omsorgstenester og ny folkehelselov:

NASJONAL HELSE- OG OMSORGSPLAN:

Måla med samhandlingsreforma lagt frem av departementet er mellom anna:

- Auka livskvalitet og redusert press på helsevesenet gjennom satsing på
helsefremjande og førebyggjande arbeid
- Dempa vekst i bruk av sjukehusstenester ved at ein større del av
helsetenestene ytes av kommunehelsetenesta – med føresetnad om like god
eller betre kvalitet, samt kostnadseffektivitet

- Meir heilskaplege og koordinerte tenester til pasientar og brukarar gjennom

forpliktande samarbeidsavtalar og avtala behandlingsforløp.

Kommunane er samde med departementet om at dette er ein ønska utvikling for samfunnet.

Vi vil likevel understreke at det trengs oppbygging av dei kommunale organisasjonane for å kunne få til denne utviklinga og snu fokus frå behandling til førebygging. Det vil og gå fleire år før det vil vere mogleg 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.

Det er viktig at det i små og mellomstore kommunar, som er for små til å etablere egne løysingar på alle områder, ikkje vert bygd opp nye forvaltningsnivå utan politisk kontroll og med egne administrasjonar. Det bør vere ei klår konsekvensutgreiing av kva ein oppnår ved å flytte oppgåver frå Helseføretak til nye interkommunale ordningar, i høve fordelinga vi har i dag eller i høve samanslåing med kommunar som er store nok til å ha alle ansvarsområde i

eiga kommune.

Det er avgjerande at statlege mynde avklarar og definerar kva for oppgåver som i framtida

skal ligge til spesialsithelsetenesta /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. Jfr. 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 nye tilbod og vert ikkje likeverdig premissleverandør med spesialisthelsetenesta.

Den nasjonale helse- og omsorgsplanen er for mykje prega av fokuset til

spesialisthelsetenesta. T.d. har AMK-tenestene fått stor plass i planframlegget , medan den kommunale delen (legevaktsentralar og pleie- og omsorgstenestene) i den akuttmedisinske kjeda er via liten plass. Dette samsvarar dårleg med intensjonen i reforma om heilskap og samanheng.

- 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 behandlingsinstitusjonar, og gje ei konkret og fullgod framstilling av dei ulike tenestene/forvaltningsnivåa sine oppgåver og ansvar. Kommunane ønskjer ikkje at det vert lagt opp til "nye" behandlingsnivå, med uklar organisering og ansvarstilhøve. Difor må evt. "distriktsmedisinske senter" vere kommunale/interkommunale.

- Ein nasjonal helse- og omsorgsplan må også vere konkret i høve til tidspunkt for "innfasing" av verkemiddel/gjennomføring. Den må også vere konkret i høve til økonomiske rammer for nye oppgåver i kommunane. Gjennomføringa vil ta tid, og skal kommunane kunne planleggje og leggje til rette for nye oppgåver, må dei økonomiske rammene vere føreseielege. Jf t.d. rekruttering av fagpersonar.

- Ein sjukehusplan (evt. behandlingsinstitusjonsplan) – med ein

behandlingsinstitusjonsstruktur som tek omsyn til reelle behov, geografi og avstandar, bør implementerast i nasjonal helse- og omsorgsplan.

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 verkelegheit. Det er rett å klargjere kommunens plikter (syte for ansvar) etter ny lov om kommunale helse- og omsorgstenester, pasientane sine rettar etter pasientrettigheitslova og helsepersonell sine plikter etter helsepersonellova. At den nye lova vert ei rein pliktlov/tenestelov og pasientrettigheitslova ei rein rettigheitslov ser vi som ein fordel for alle partar.
- Kommunane blir i forslaget ansvarlige for at tenester blir ytt, men kan velje mellom anten sjølv å utføre tenestene eller å inngå avtaler med private eller andre kommunar. Uansett kven som faktisk utfører tenestene overfor befolkninga, har kommunen ansvaret for at desse vert planlagt, gjennomført, evaluert og korrigert i tråd med lovgivinga. Ansvaret kan likevel ikkje kommunane avtale seg vekk frå. Dette vil føre til større krav til kommunane når det gjeld plan- og avtalekompetanse og ressursar til dette. Kommunane har det reelle "syte for ansvaret" overfor befolkninga og må difor ha både personellmessige og økonomiske ressursar til å reelt ta dette ansvaret.
- Vi stør departementet sitt utgangspunkt 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 reell likeverd mellom partane. Det må difor avklarast korleis dette skal praktiserast. Eit aktuelt område å nemne her er felles forståing av kva som ligg i omgrepet utskrivingsklar pasient. Dersom det oppstår ueinigheit om ansvarsfordeling må tvisten avgjerast av eit uavhengig tvisteløysingsorgan. Kommunane går i mot at HOD einssidig 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 kartlegge kva føresetnadar som må på plass for ein vellukka overføring av pasientforløp frå spesialisthelsetenesta til kommunehelsetenesta. Dette gjeld særleg psykiatri, rus og rehabilitering.

- Kommunehelsetenesta bør organisere eit øyeblikkeleg hjelp døgntilbod til pasientar som midlertidig treng auka behandling, pleie og omsorg i heimen eller i sjukeheim.

Kommunane må sjølv bestemme korleis dette tilbodet skal organiserast.

Departementet har særleg bedt om uttale på kor vidt det bør lovfestast ei plikt for kommunen til å etablere eit slikt tilbod, eller kor vidt det skal være frivillig for den

einskilde kommune. Det bør gjennomførast ei gradvis innfasing og følgeforskning-/ evaluering ved overføring av oppgåver og plikter til kommunen.

- Dersom kommunane skal overta 10 – 30 % av innleggingane i spesialisthelsetenesta i dag, må det stillast både økonomiske og personalmessige ressursar til disposisjon for kommunane for å bygge opp tilbod før ein 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 verknadane av eit øyeblikkeleg hjelp døgntilbod må bli kostnadsrekna med sikte på fullfinansiering. Ansvarsdelinga mellom spesialisthelsetenesta og kommunane bør samtidig klargjørast. Innanfor psykiatri og rus ligg ikkje forholda til rette for at det kan innførast ein betalingsplikt for utskrivingsklåre pasientar frå 2012.

- Dei økonomiske og administrative konsekvensar er vanskelege å forutsjå, men kommunane meiner dei vil bli vesentleg og langt høgare enn antyda i høyringsnotatet. Dette gjelder også for legetenesta.

- Kommunane har i dag manglande moglegheiter til å styre fastlegane. Dette må sikrast betre i den nye lova. Skal kommunane ha reell moglegheit til dette må legane vere trygge for at det tilbodet kommunen byggjer opp er trygt og sikkert både for dei og for pasientane. I dagens samfunn med fokus på rettar og at helsepersonell vert vurdert 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 gitt er godt nok. Avstand frå

spesialisthelsetenester er og ein viktig faktor i denne samanheng. 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 tal legar i kommunane, både for å sikre valfridom av fastlege i små kommunar og for å kunne auke omfanget på dei kommunale legeoppgåvene. Det gjeld styrka tilsynslegefunksjon, meir førebyggjande innsats og pålegg av samfunnsmedisinske oppgåver. Ettersom legane ikkje skal kunne verte pålagt meir enn 7,5 time offentleg arbeid kvar veke, vil mindre kommunar få store vanskar med å takle alle oppgåvene åleine. Statlege styresmakter må i samarbeid med kommunane arbeide med tiltak for rekruttering og finansiere ekstra kostnader til føremålet.

- Behovet for arbeidskraft gjer det naudsynt med fleire tiltak. Det må utdannast tilstrekkeleg helsepersonell med relevant kompetanse. Kommunane må fortsette arbeidet med å utvikle gode og interessante arbeidsplassar, der medarbeidaren blir verande og vert sikra kompetanseutvikling. Ein fortsett innsats retta mot fleire i større og heile stillingar samt reduksjon av sjukefråvær, vil gje betre utnytting av dagens tilsette. Samarbeidet mellom KS og staten om kvalitetsavtala/nasjonal rammeavtale må vidareførast også med tanke på personell.

- Det er viktig å ha fokus på kompetanseutvikling og oppgåver for alle relevante yrkesgrupper, ikkje berre legetenesta som 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 vert viktige for 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 for kommunane, og vil truleg ha tariffmessige konsekvensar.

- Samhandling og kompetanseoverføring mellom spesialisthelsetenesta og

kommunane må styrkast ved hjelp av ambulant verksemd , jfr gode røynsler frå

psykiatrien.

- Kommunane skal ha forsvarlege journal og informasjonssystem. Det er for oss viktig

å presisere Staten sitt ansvar for å utarbeide standardar for elektronisk samhandling.

og krav i forhold til leverandørar av elektroniske løysingar må presiserast nærare for

å sikre heilskaplege og sikre løysingar som er velfungerande . Dette vil også føre til

behov for å auke kommunal ressursbruk i høve elektronisk fagutvikling slik at

eksisterande og framtidige løysingar fungerer optimalt.

- 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.

- Koordinerande eining vert føreslått å verte 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 mange utfordringar knytt til involvering av mange ulike yrkesgrupper, ulike tenestetypar og kva som er funksjonell organisering i den einskilde kommune.

- Dei økonomiske konsekvensane for kommunane må kartleggast betre, og nye oppgåver må fullfinansierast.
- Dei nye oppgåvene og det utvida ansvaret for kommunane vil vere meir ressurskrevjande enn kva mange kommunar har moglegheit til å stille til rådevelde. Sjølv om enkelte av oppgåvene tilsynelatande kan løysast gjennom administrativt samarbeid, fører summen av oppgåver og oppgåvene sin karakter til viktigheita av at samarbeidet blir styrt av eit folkevalt organ.

NY FOLKEHELSELOV:

Mål:

Å styrke folkehelsearbeidet i politikk- og samfunnsutvikling og i planarbeid ut frå regionale og lokale utfordringar og behov.

Det blir sett krav til å ha god oversikt over helseutfordringane i den enkelte kommune og at desse utfordringane skal danne grunnlag for strategiar, mål og tiltak forankra i plansystemet etter plan- og bygningslova. Dette skal vere grunnlag for betre samordning mellom kommunar, fylkeskommunar og statlige myndigheiter.

Hovudtrekk i lovframlegget er at:

- Kommunen skal bruke alle sine sektorar for å fremme folkehelse, ikkje berre

helsesektoren.

- Kommunen skal fastsette mål og strategiar for folkehelsearbeidet eigna for å møte

kommunen sine egne helseutfordringar.

- Mål og strategiar skal forankrast i planprosessane etter plan- og bygningslova.
- Kommunen sitt ansvar for å ha oversikt over helsetilstand og faktorar som påverkar

helse blir konkretisert slik at kommunen får eit tydeleg bilde av kva som er dei lokale

helseutfordringane i den enkelte kommune.

- Statlige helsemyndigheiter og fylkeskommunane skal gjere aktuelle opplysningar og statistikk tilgjengelege og understøtte kommunane.
- Ei drøfting av kommunen sine helseutfordringar skal mellom anna danne grunnlag for

lokal planstrategi.

- Kommunane skal iverksetje naudsynte tiltak for å møte lokale utfordringar

Det er positivt med ei utvikling der folkehelse vert vektlagt i lovs form for både kommune og

fylkeskommune, men kommunane stiller spørsmål ved den underliggande premissen om at

den føreslegne nye folkehelselova vil frambringe betre folkehelse, utan at dette skal ha

vesentlege økonomiske eller administrative konsekvensar for kommunane / fylkeskommunane.

Krav til samarbeid, helseovervaking og statistikk i lovframlegget vil ha vesentlege økonomiske og administrative kostnader det ikkje er tatt høgde for i høyringsnotatet.

Kommunane har ved hjelp av tilskotsmidlar frå stat og fylkeskommune kome i gang med

utvikling av folkehelsearbeidet i godt kompaniskap med friviljug sektor. Den tverrfaglege

innsatsen og involvering av mange ulike yrkesgrupper er avgjerande, men det er

ressurskrevjande.

Dei økte krava som blir stilt på folkehelseområdet medfører meirkostnader for kommunane / fylkeskommunane både ressurs- og kompetansemessig.

Det er positivt at det ikkje vert stilt krav om legekompentanse for arbeid med miljøretta helsevern, men krav om 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 skriver i kap. 20.2 at lovframlegget i hovudsak er ei vidareføring av kommunen sitt ansvar, men med auka krav til systematikk, kunnskapsbaserte tiltak, prioritering og integrering av folkehelsehensyn inn i kommunen sine øvrige aktivitetar og at dette ikkje vil medføre auka kostnader for kommunen.

Kommunane er einige i intensjonane som departementet her presenterer, men kan ikkje sjå at dette 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.

Denne uttalen er vedeteken av Stryn kommune v/ Helse- og sosialutvalet i møte 11.01.10.

17. januar 2011 14:22