



Det kongelige Helse- og Omsorgsdep.
Postboks 8011 Dep

0030 OSLO

Vår ref.:
11/544

Saksbeh.:
KF

Ark.:
G00

Dykkar ref.:

Dato:
14.01.2011

SAMHANDLINGSREFORMA - HELSE. HØYRINGSUTTALE FRÅ SULA KOMMUNE

Viser til dykkar høyringsbrev.

Sula formannskap vedtok i møte 11.01.2011 følgende:

F-006/11 Vedtak:

Sula formannskap vedtar høyringsuttalen slik den går fram av vedlegg til saka.

Sjølve høyringsuttalen er lagt ved.

Med helsing

Kjetil Fylling
Kommunalsjef helse og sosial

Dok. dato
14.01.2011

Tittel
Høyringsuttale Sula F006_11.DOC

Dok.ID
125534

Kopi: ÅRU

Adresse:
Postboks 280
6039 LANGEVÅG

Telefon:
Sentralbord: 70 19 91 00
Saksbeh: 70199100
Telefaks:

E-post:
postmottak@sula.kommune.no
Web:
www.sula.kommune.no

Bankgiro: 3910 32 90515
Foretaksnr.: 964 980 543
Skattekonto: 6345 06 15317

Høyringssvar frå Sula kommune til Helse- og omsorgsdepartementet (HOD).

Høyringssvaret gjeld forslaga frå HOD til ny Lov om kommunale helse- og omsorgstenester, forslag til ny Lov om folkehelse, samt grunnlag for ny Nasjonal helse- og omsorgsplan.

Overordna kommentarar

Sula kommune meiner det er rett av statlege styresmakter å fremje forslag om ei samordna og heilskapleg lovgiving som skal angi nokre av rammene for dei kommunale helse- og omsorgstenestene. I mange år har kommunane venta på ei harmonisering av ansvar og plikter som kommunane har for å yte innbyggjarane sine dei helse- og omsorgstenester som er ein velferdskommune verdig. Samordna lovgiving vil legge betre til rette for utøving av fagskjønn og gjere det muleg å gje tilstrekkeleg heilskaplege tenester til innbyggjarane.

Sula kommune hadde gjerne sett at forslag til ny helse- og omsorgslov gjekk lenger når det gjeld harmonisering. Dette gjeld til dømes regelverket for eigenbetaling i retning av at pasient/brukar er ansvarleg for utgifter knytt til bustad og livsopphald og kommunen er ansvarleg for utgifter knytt til tenesteyting.

Forslaget til samordna helse- og omsorgslov kan verte opplevd å vere meir ei helselov enn ei helse- og omsorgslov. Det vert sagt eksplisitt at grensene mellom helsetenester og omsorgstenester vert viska ut. Ein skulle gjerne sett ei meir likeverdig vekting av helsetenestefokus og fokus på pleie og omsorg og dei sosialfaglege elementa. Ei vridning mot sterkare helseperspektiv styrkjer individperspektivet framfor eit fokus på sosiale mekanismar som ekskluderar og marginaliserar grupper av menneske.

Forslaget til to nye lover indikerar tydeleg at kommunane skal få overført oppgåver frå spesialisthelsetenesta og få ei langt viktigare rolle som tenesteleverandørar innanfor helse- og omsorg enn kva tilfellet har vore til no. Med mangelfull tryggleik for finansiering av dei nye oppgåvene, kan forslaga totalt sett skape utryggleik og motvilje i kommunane både fagleg og politisk. Dette kan i sin tur redusere vilje til offensiv satsing for å gjere samhandlingsreforma til ein suksess.

Det er vanskeleg å uttrykke seg bestemt om ein del viktige prinsipp i høyringsutkasta, både vedrørande ansvars- og rolledeling og økonomi, fordi viktige føresetnader først vert avklara seinare gjennom forskrifter. Høyringsdokumenta skulle helst gitt kommunane meir tydelege svar på:

- Oppgåver som ein ynskjer å overføre frå **spesialisthelsetenestene til kommunane, og midlar til gjennomføring**, eventuelt storleiken på ressursoverføring frå spesialisthelseteneste til kommune.
- Nye tenester som det vert forventat at kommunane skal utvikle, enten åleine, i samhandling med andre kommunar og/eller med spesialisthelsetenestene. Finansiering må klargjerast.
- Det er ønskjeleg at språk og omgrepsapparat understøtter strategiane i Stortingsmelding 47. Kommunen meiner at omgrepet "brukar" er eit godt etablert omgrep og at det betre understøttar ein aktivitets- og meistringsstrategi enn omgrepa

”pasient” og ”tenestemottakar”. Dessutan har omgrepet ”brukar” sin parallellitet i omgrepet ”brukarmedverknad” som også er godt innarbeidd.

- Nasjonale prioriteringar som vert lagt til grunn for kommunane sine prioriteringar. Framlagt utkast til nasjonal helse- og omsorgsplan kan oppfattast som ein vekstplan utan at ein gir trygge nok signal om dei virkemidlane (bl.a. finansieringsmodell) som må til.
- Nasjonal satsing som naudsynt bidrag til rekruttering og kompetanseutvikling i kommunane.
- Det er ei forventning om at staten tek et nasjonalt tydeleg grep gjennom nasjonalt helsenett, slik at alle leverandørar av helse- og omsorgstenester tek i bruk compatible IKT-løysingar. Staten må ta ansvar for at kommunane og helseføretaka får tilgang til standardisert og lisensfri programvare. Dette gjeld bl.a. i forhold til individuell plan og utveksling av epikriser.

Tematiske kommentarar:

Organisasjon, profesjon og kompetanse

Det er gjort framlegg om at alle tilsette i den kommunale helse- og omsorgstenesta vert underlagt pliktene gitt i helsepersonellova. Dette kan være føremålstenleg med omsyn til å understøtte kravet om fagleg forsvarleg tenesteutøving og dokumentasjonsplikt hjå alt personell som er definert under denne lova. I motsetning til departementet si oppfatning meiner kommunen at dokumentasjons- og journalplikta må gjerast gjeldande i aldersheimar og barnebustadar på lik line med dei andre helse- og omsorgstenestene.

Eventuell naudsynt tilpassing av noverande reglar om teieplikt må vurderast ut frå prinsippet “need to know”.

Vidare vert det oppfatta som positivt at lovverket vert føreslått som profesjonsnøytralt, og at kommunane då får større grad av fridom i korleis dei vil organisere sine tilbod og tenester for å oppfylle sine plikter etter lova. Når det likevel i Nasjonal helse- og omsorgsplan er sett ambisjon om full sjukeheimsdekning, kan dette vere i motstrid til kommunen sin fridom til å organisere føremålstenlege tilbod.

Det vert lagt opp til at kommunane må få større styring med fastlegeordninga og innhaldet i legetenesta, og det vert signalisert eigen forskrift om dette. For kommunane er dette eit avgjerande punkt som ein av premissene for å kunne lukkast med samhandlingsreforma og kunne fylle sin nye rolle som leverandør av fagleg krevjande helsetenester.

Høringsdokumenta sitt innhald og nokre formuleringar i dokumenta vil bety ei forventning om auka interkommunalt, forpliktande samarbeid for å møte framtidige utfordringar. Dette meiner vi er føremålstenleg.

Medisinskfagleg rådgiving

§ 5-5 må formulerast slik at den opnar for at kommunen kan velje å organisere dette gjennom interkommunalt samarbeid.

Nasjonale standardar

Signala i høyringsdokumenta om innføring av ei rekkje nasjonale kvalitetsstandardar, er rett for å sikre likeverd innanfor kritiske enkelttenester som til dømes innføring av felles IKT-system for heile helseområdet.

Klageinstans og tilsynsmyndigheit

Kommunen er av den klare oppfatning at Fylkesmannen bør vere adressat for klage og ha et heilskapleg tilsynsansvar. Ein sektorisert stat, som forventar ei heilskapleg og samordna kommune, bør kunne utøve eit samordna tilsyn. Dette er ei vurdering som ikkje berre omfattar kommunane sine helse- og omsorgstenester, men også dei andre tenestekområda.

Lov om folkehelse

Høyringsdokumentet nemner med rette at kommunane sitt folkehelsearbeid vil omfatte tiltak som tangerar alle sektorar i kommunen (heilskapsprinsippet). Lovforslaget føreslår også at den heilskaplege folkehelsesatsinga i kommunane skal gå fram av kommunane sine planstrategiar. Intensjonen med dette er rett, men forslaget kan oppfattast å vere i strid med gjeldande rett (kommunelov og Plan- og bygningslovgiving) i tillegg til å verte oppfatta som statleg overstyring i forhold til organisering og styring.

Lovutkastet peikar også på fylkeskommunen sitt ansvar for å støtte opp under kommunane sine konkrete tiltak og særleg hjelpe kommunane med naudsynt kunnskapsgrunnlag om helserisiko og helsetilstand for befolkninga i kommunane og regionen. Dette er ei presisering som kommunen er glad for.

Endelig lovutkast bør gjere tydeleg at Lov om folkehelse føreset at anna relevant lovgiving blir gjennomgått og justert ut frå behovet for samordna og heilskapleg innsats. Dette kan omfatte barnevernlov, oppvekstlovgiving etc.

Dersom kommunane skal sette i verk tiltak for å:

- medverke til sosial utjamning av dokumenterte helseforskjellar
- auke breidda i tiltaka i folkehelsearbeidet til alle tenestekområde
- sørge for tidleg intervensjon
- sikre resultat som sikrar ei berekraftig utvikling

må kommunane, i motsetning til formuleringar mange stadar i utkast til plan, oppleve ressursmessige stimuli for å dekke meirsatsinga. Det er rett at kommunane også i dag har mykje det same ansvaret, men ny folkehelselov signaliserar ei tydelegare satsing og forventar klare resultat, og kommunane sit med det overordna ansvaret. Dette tilseier auka ressursar for å kunne sikre mulege samfunnsmessige gevinstar.

Eit moment er også at det vil vere kommunane som må stille med ressursane for tiltaka, medan det er i stor grad spesialisthelsetenestene (reduerte tal på innleggingar) og Staten (NAV) som dreg økonomisk gevinst av effekten av vellukka kommunale tiltak.

Helseovervakinga må samkøyrast på alle nivå, slik at data kan samanliknast mellom kommunar, fylker og ev. andre statistisk definerte einingar. Her har det nasjonale nivået eit primæransvar for å ta ei koordinerande leiarrolle. Det må snarast etablerast nasjonale standardar og/eller målsettingar, slik at statistikk kan nyttast på tvers av organisatoriske einingar og samanliknast over tid.

Det er viktig og rett at folkehelselova forpliktar fleire fagområde/sektorar i folkehelsearbeidet på kommunalt og fylkeskommunalt nivå. Det same kravet må gjelde forpliktande samhandling mellom alle departementa.

Vi ser det som svært positivt at lova vil leggje helseundersøkingar til grunn for planarbeidet og la dette inngå i kommunal og fylkeskommunal planstrategi.

Avtaleinstituttet

Sula kommune oppfattar det slik at grensedragningane mellom spesialisthelsetenestene sitt ansvar og ansvaret for den kommunale helse- og omsorgstenesta etter den nye lova, skal gå fram av dei avtalane som vert inngått mellom partane. Samstundes skal HOD (som utøvar statleg eigarskap av sjukehusa) ved forskrift kunne bestemme kva som er spesialisthelsetenesta sitt ansvar, og dermed avklare grensespørsmåla mellom nivåa. Dette medverkar til uvisse i kommunane og gir framleis eit skeivt maktforhold.

Kommunen forventar at ein nøytral eller partssamansett likeverdig instans på lokalt nivå kan tre inn for å treffe avgjerd der det er tvist mellom partane i forståinga av kva som er felles ansvar og kva som er kvar instans sitt ansvar, både for tenesteyting og finansiering.

Finansiering

Sula kommune føreset at nye oppgåver, nytt ansvar og kommunane si nye rolle vert fullfinansiert frå staten si side, og at overføring av oppgåver og funksjonar frå spesialisthelsetenesta til kommunane har som konsekvens at ressursane både med omsyn til økonomi og kompetanse følgjer med.

Når HOD i høyringsdokumentet til ny folkehelselov seier at dei presiseringar som vert gjort ikkje vil utløyse behov for nye ressursar, er dette ikkje i tråd med vår oppfatning. Sula kommune oppfattar signala som ei opptrapping av aktiviteten, og meiner at utan ekstra ressurstilførsel vil det truleg ikkje bli vesentleg auka satsing på folkehelsearbeidet (helsefremming og førebygging).

Den auka aktiviteten i kommunane som går fram av forslag til Nasjonal helse- og omsorgsplan, har heller ikkje ein tydelig finansieringsgaranti.

Det vert lagt opp til å drøfte seg fram til kva del av eit heilskapleg behandlingsløp/pasientforløp som skal dekkast av kommunane. Ein bør i staden vurdere kva del av (for)løpet som skal dekkast og finansierast av spesialisthelsetenesta. Kommunane si bekymring for manglande avklart finansiering, er særleg styrka gjennom framlagt grunnlag for Nasjonal helse- og omsorgsplan. Spesialisthelsetenesta og kommunane bør i fellesskap utvikle og kvalitetssikre overgangane i heilskaplege behandlingsløp/pasientforløp.

Ordning for medfinansiering må vere diagnosebasert og ikkje aldersbasert. Oppgjersmodellen må ta utgangspunkt i talet på liggedøgn og ikkje tal på innleggingar, og det er ein føresetnad at døgnatsen vert sett så høg at kommunane også har eit økonomisk incentiv til å bygge opp alternative tilbod. Medfinansieringsordninga må i denne omgang ikkje gjelde psykisk helse og rus fordi det er kort tid sidan den førre reforma der staten tok finansieringsansvaret for reforma. Kommunane er framleis i ein oppbyggingsfase når det gjelder tilbodet til disse gruppene.

Samarbeid mellom kommunar og regionale helseføretak, Krav til avtalen sitt innhald

§ 6-2, punkt 3 om at avtalen skal omfatte tiltak mot unødvendige innleggingar av pasientar i sjukehus må strykast. Punktet vert dekt i pkt. 1 om at avtalen skal avklare ei felles forståing om oppgåvefordelinga mellom forvaltningsnivåa. Kva som er ei naudsynt innlegging skal til ei kvar tid avgjerast av den innleggjande instansen. At innlegginga i etterkant kan vise seg å ha vore unødvendig er prinsipielt ei anna sak.

§ 6-2 punkt 4 om tiltak for utskrivingsklare pasientar. Kommunane opplever at sjukehusa melder personar som utskrivingsklare, men at dei likevel ikkje kan utskrivast sjølv om det kommunale tiltaket er klart. Vidare opplever kommunane at varsel om utskrivingsklare med større omsorgsbehov ikkje blir meldt tidlig nok til at kommunen rekk å etablere et tilbod. Det må være eit krav i avtalen om at det skal etablerast ei lokal tvisteløysning når det gjeld usemje om enkeltsaker under ordninga for utskrivingsklare pasientar.

Hovudtrekk

Høyringsdokumenta, viser god innsikt i morgondagen sine utfordringar, men gir ikkje kommunane konkrete verkty og verkemidlar for å møte desse utfordringane i praksis.

Vidare arbeid krev stor grad av konkretisering mellom anna av følgjande verkemidlar/område før sakskomplekset vert lagt Stortinget fram våren 2011:

- Kommunane si rolle med et veksande spekter av fagleg komplekse tenester.
- Ein finansieringsmodell som sikrar handlingsrom og kvalitet
- Sikre tverrfagleg og god rekruttering av kompetent personell, og samhandling med utdannings- og forskingsmiljø. Det er et stort behov for meir konkret praksisnær forskning for å sikre at dei endringar som må skje dei næraste åra vert basert på trygg kunnskap.
- Sikre kommunikasjon og god informasjon mellom nivå og driftseiningar for å sikre kvalitet og heilskap i tenestetilbodet.
- Sikre likeverd mellom spesialisthelsetenesta og kommunane.

Til slutt ønskjer Sula kommune at endelig utarbeidd lovverk og nasjonale planer innanfor helse og omsorg, vil sette større fokus på helsefremming i all statleg planlegging som den viktigaste strategien for å møte dei framtidige utfordringane.

Sula
11.01.2011