SULDAL KOMMUNE
Møtebok

SAKSGANG		
Saksnummer	**Utval**	**Møtedato**
008/11	Formannskapet	14.01.2011

Arkivkode	**Sakshandsamar**	**Arkivsak/j.post**
026	Siri Fahlvik Pettersen	11/48 11/340

SAMHANDLINGSREFORMA- HØYRINGSUTTALE NYE LOVUTKAST FOLKEHELSE OG LOV OM HELSE OG OMSORGSTENESTER

Forslag til vedtak:

Forslag til ny folkehelselov og forslag til ny lov om kommunale helse- og omsorgstenester tas til orientering. I tillegg sendes eigen høyringsuttale frå Suldal kommune.

Sand, 10.01.2011

Siri Fahlvik Pettersen
Rådmann

14.01.2011 FORMANNSKAPET

Gerd Helen Bø (SP) sette fram slikt forslag til ny siste setning i forslag til vedtak:
Formannskapet støttar uttalen som kjem fram under vurdering og konklusjon i saka, i tillegg til felles uttalen frå kommunane på Haugalandet.

Votering:
Innstilling til Gerd Helen Bø (SP), samrøystes vedteken.

F-008/11 VEDTAK:

Forslag til ny folkehelselov og forslag til ny lov om kommunale helse- og omsorgstenester tas til orientering. Formannskapet støttar uttalen som kjem fram under vurdering og konklusjon i saka, i tillegg til felles uttalen frå kommunane på Haugalandet.

Dokumentliste

10. T	Dok.dato	Avsendar/Mottakar	Tittel
2		Siri Fahlvik Pettersen	

Fakta
Helse- og omsorgsdepartementet har ute på høyring forslag til ny lov om kommunale helse- og omsorgstenester og forslag til ny folkehelselov. Når det gjeld helse og omsorgslova vil forslaga i høyringsnotatet erstatta kommunehelselova og sosialtenestelova. I tillegg foreslås det endringar i andre lovar. Mellom anna pasientrettighetslova og spesialisthelsetenestelova.
https://fremtidenshelsetjeneste.regjeringen.no/.

Når det gjeld forslag til ny folkehelselov skal den erstatta lov om fylkeskommunars oppgåve i folkehelsearbeidet og enkelte bestemmelsar i kommunehelsetenesteloven.

Forsterking av kommunens mynde
Forslag frå departementet:
- ***Verdigrunnlaget;*** Det er i høringsnotatet, som et av fleire verdigrunnlag, framheva *viktigheten av lokal handlefrihet, blant annet i forhold til å organisere tjenestene, men også i forhold til spørsmålet om rettighetsfesting av ytelser til innbyggerne.*
- ***Organisere tjenestene****; Høringsbrevet med forslag til ny lovtekst er også klarere på at* ***"sørge for"*** *ansvaret også innebærer rett til å organisere, tilrettelegge, og slik utøve myndighet. Det fremheves for eksempel at kommunen kan opprette tildelingskontor som for eksempel tildeler fysioterapeuttjenester, slik at pasienter som skrives ut fra sykehus etter beslutninger fra kommunen kan gi et helhetlig tilbud om tjenester i kommunen.*
- ***Pliktlov og ikke rettighetslov;*** *Lovene skal være pliktlover, og ikke rettighetslover. Det gir større fleksibilitet ved at kommunene kan bruke større grad av skjønn ved organisering av tjenestene.*
- ***Avtalesystemet****; Kommunen er pålagt å inngå avtaler og lovforslaget stiller visse minimumskrav til innholdet i avtalen.*
- ***Klage;*** *Lov om kommunale helse og omsorgstjenester er en sammenslåing at to tidligere over henholdsvis kommunehelsetjenesteloven og lov om sosial omsorg, hvor fylkesmannen var gitt ulike kompetanse som klageorgan. Det foreslås nå felles klageregler, hvoretter fylkesmannen/helsetilsynet i utgangspunktet har full overprøvingsrett, men hvor "Helsetilsynet i fylket/fylkesmannen skal ved prøving av vedtak fra kommunen legge stor vekt på hensynt til det kommunale selvstyre ved prøving av det frie skjønn, herunder ved kommunens skjønnsmessige vurdering av innretning og nivå på tjenestene utover lovens krav".*

Hovudintensjonen med forslaga til lovendringar frå statens si side er å sikra eit betre koordinert tilbod til pasientar med behov for samansette tenester over fleire nivå. Demografisk og teknologisk utvikling, lokale føresetnader og tilgong til kompetanse tilseier at arbeidsdelinga mellom nivåa vil måtte endrast over tid.

Måla er mellom anna:
- Økt livskvalitet og redusert press på helsevesenet gjennom satsing på helsefremmande og førebyggjande arbeid.
- Dempa vekst i bruk av sjukehustenester ved at ein større del av helsetenestene ytast av kommunehelsetenesta – forutsett like god eller betre kvalitet samt kostnadseffektivitet.
- Meir heilskapelege og koordinerte tenestar til pasientar og brukarar gjennom forpliktande samarbeidsavtalar og avtalte behandlingsforløp.

Fristen for høyringsuttale er 18.januar 2011.
Høyringsforslaget er mellom anna ein oppfølging av St.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreforma.

Kommunane på Haugalandet har vore i fellesmøte den 6. januar 2011 for å samordna felles høyringsuttale. Denne høyringsuttalen er Suldal kommune med på.

I tillegg kjem rådmannen med forslag til eigen uttale då det er viktige sider ved lovutkastet me bør meina noko om eksplisitt, og som kjem i tillegg til høyringsuttalen frå kommunane i Helse Fonna distriktet.

KS har kome med klåre tilrådingar når det gjeld kva kommunane skal vera merksam på, både når det gjeld kommunanes organisasjonsfridom, klårare avgrensing av statleg styringsrett og dei økonomiske konsekvensane. Det skal vera ei nasjonal konferanse den 10. januar i regi av KS. I etterkant av denne vil KS har klar sin uttale frå kommunane.
Det har vore laga nokre punkt som kommunane har kunna støtta seg til i høyringsrunden. Desse punkta vert lagt med som vedlegg i saka.

Konsekvensar og vurdering av nokre problemstillingar:

KS har laga ei spørsmålsliste som det vert viktig kommunane har ei formeining om når det gjeld lovutkasta. Dette er berre eit utdrag av spørsmåla, som det er viktig å respondera på.

1. Kva mynde er føreslått gitt til kommunane?
2. Korleis er ansvarsfordelinga med omsyn til oppgåveløysing og beslutningskompetanse?
3. Korleis er bruken av avtaler mellom kommunar og føretak?
4. Kva nye oppgåver og plikter er foreslått for kommunane?
5. Kva plikter gis kommunen i forhold til folkehelse?
6. Korleis er nye oppgåver og plikter føreslått finansiert?

Generelt meinar KS og det same bør vel Suldal kommune meina; at nye plikter, større ansvar og fleire oppgåver til kommunane må følgjes av ressursar, mynde og tillit.

1. Kva mynde er foreslått gitt til kommunane?
Det er fleire forslag i høyringsnotatet som vil underbyggje og forsterka kommunens mynde, og HOD (Helse og omsorgsdepartementet) framhever viktigheten av lokal handlefridom som eit av verdigrunnlaga bak lova. Det er fleire forslag i høyringsnotatet som vil svekke kommunesektorens stilling vis a vis staten, og som ytterlegare undergrev balansen mellom stat og kommune. Høyringsnotata omgår ressursproblematikken.

KS anbefalar at konsekvensane for kommunane må kartleggast betre, og at auka kostnader må full finansierast. Suldal til liks med andre kommunar strevar med å tolka kva slags oppgåver me vil få. Dette må gjørast meir tydeleg. Samstundes som dette med finansieringa kjem tydelegare fram før ordninga vert sett i verk . Vert ikkje dette meir tydeleg kan ikkje finansieringsordninga gjelde frå den 01.01.12.

2. Korleis er ansvarsfordelinga når det gjeld til oppgåveløysing og beslutningskompetanse?

KS: Det er behov for en tydeligare ansvarsfordeling mellom spesialisthelsetenesta og kommunehelsetenesta. Ansvarsfordelinga bør vere tydelegare i forarbeidet til lova, og om muleg også klarere i sjølve lovteksten. Kor det oppstår usemje om ansvarsfordelinga, bør usemja avgjerast av eit uavhengig tvisteløysingsorgan, jf nedanfor under punkt 3. KS vil gå i mot at HOD einsidig kan fastsetja ansvarsfordelinga mellom kommunehelsetenesta og spesialisthelsetenesta. KS kan ikkje sjå at det er behov for å gi HOD heimel til å pålegge kommunane å samarbeide.

Kommunane vil i forhold til folkehelse sjølv være i stand til å etablere fornuftige løysingar ii samarbeid med fylkeskommunane. Dette samarbeidet kan skje igjennom inngåing av avtalar, og basert på kommunans behov for oversikt over eigen befolkning.

Det er behov for ein tydligare ansvarsfordeling mellom spesialisthelsetenesta og kommunehelsetenesta. Det må vera tydlege avtalar der partane opplever likeverd. Dette opplevast ikkje heilt slik i dag. Helseføretaka har makta.

Det vil vera behov for styrking av legetenesta i kommunane og betre integrering i den kommunale helse og omsorgs tenesta, samt ein auke av tilgang på medisinsk kompetanse i det administrative planarbeidet. Suldal vil ha store fordelar av at alle legane i er kommunalt tilsett. Med kommunen som arbeidsgjevar vert det lettare å leggja premissane for ein styrka fastlegeordning slik reforma legg opp til.

Reforma legg også opp til eit betre tilbod til rehabilitering. Suldal og Sauda har avtalt eit samarbeidsmøte 10. 01.11 for å finna ut kva me kan satsa på i våre kommunar. Samkommunemodell eller vertskommune modell vil vera hensiktsmessig i små kommunar. Om Sauda til dømes tek seg av rus/observasjons plassar og at Suldal tek seg av palliativ pleie og rehabiliterings team. (berre for å nemna nokre område) Då vert vår utfordring både geografi og volum. Vil me nytta observasjonsplassar i Sauda i staden for på sjukeheimen (som i dag) ? Vil Sauda og Suldal ha nok pasientgrunnlag for eit robust nok samarbeid både når det gjeld økonomi og kompetanse.

3. Korleis er bruken av avtaler mellom kommunar og føretak?
Her sluttar Suldal seg til felles høyringsuttale frå Haugalandet.

4. Kva nye oppgåver og plikter er foreslått for kommunane?
For å sikra ein god oppgåvefordeling bør dei største pasientforløpa mellom kommunen og helseføretaket gjennomgås, for å kartleggja kva føresetnader som må på plass for ein vellykka overføring av pasientforløp fra spesialisthelsetenesta til kommunehelsetenesta. Dette gjelder særlig psykiatri, rus og rehabilitering.

Kommunehelsetenesta bør organisera eit øyeblikkelig hjelp døgntilbod til pasientar som midlertidig treng meir 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 om det bør lovfestast ein plikt for kommunen til å etablera eit slikt tilbod, eller om det skal vera frivillig for den einskilde kommune om denne type tilbod skal etablerast.

I Suldal har me praktisert det slik at legar kan leggja pasientar rett inn på sjukeheimen for øyeblikkeleg hjelp. Slik sett har kommunen ei praksis i dag der me er dekka om det kjem lovkrav. Men, ved ein auka praksis på dette vil me ikkje kunne greie å ha nok langtids plassar. For Suldal sin del treng me ikkje bygga nytt. Me kan omdisponera dei plassane me har. Me har bygg (BT) tilgjengeleg. Ein kan flytta langtidsbrukarar frå sjukeheimen til bu og omsorgssentra og dermed laga ein avdeling for akutt og vanlege kortidsplassar. Konsekvensane av dette vert eit auka behov for heimetenesta.
Departementet legger til grunn at det vil oppstå et behov for omfattande interkommunalt samarbeid for å oppnå tilstrekkelig innbyggjergrunnlag, tilstrekkeleg kompetanse og nødvendig økonomisk styrke. Det skulle vera grunnlag for at Sauda og Suldal nyttar den same "avdelinga" for denne type sengeplassar. Dette må utgreiast nærare i samarbeid med Sauda.

5. Kva plikter gis kommunen/fylkeskommunen i forhold til folkehelse?
Krav til samarbeid, helseovervaking og statistikk i lovforslaget vil ha betydelig økonomiske og administrative kostnader som det ikkje er tatt høgde for i høyringsnotatet. Dei økte krava som

stillast på folkehelseområdet medfører meirkostnader for kommunane/fylkeskommunane både ressurs- og kompetansemessig.
Det er prinsipielt problematisk at det innførast bestemmelsar i ny folkehelselov som undergrev grunnsprisippet i plan- og bygningsloven (PBL) om at kommunane sjølv definerer innhaldet i kva samfunnsmessige omsyn som det er behov for å utgreia i planstrategiane. Med ein så omfattande definisjon som leggjast til grunn for folkehelsearbeid sjåast denne delen av forslaget som ein inngripen i viktige lokaldemokratiske prinsipp,

Når det gjeld folkehelse har Suldal sendt søknad til fylkeskommunen om tilskot til folkehelsekoordinator. Stillinga er planlagt finansiert med kr 200 000 i eigenandel. (vedtatt i kommunestyret i desember 2010) Det er overført midlar og oppgåver til fylkeskommunen og fylkesmannen frå staten for å følgje opp og utvikle folkehelsearbeidet. I møte med begge ovanfornemde instansar i desember fekk vi ein bekymringsmelding om at det ikkje er sikra nok finansiering til utvikling av folkehelseabeidet i takt med nye oppgåver. (Om alle kommunane i Rogaland vil delta – vil det ikkje vera nok pengar) Dette er eit godt døme på at kommunane får og tar ansvar for nye oppgåver utan at dette følgt opp med nok midlar. Om det visar seg at dette vert tilfelle og at det midt under lansering av ny lov ikkje er midlar frå staten si side å følgja opp eksisterande prosjekt som allereie er i gang vert dette berre ei stadfesting av det kommunane er redd for. Nye oppgåver vert ikkje fullfinansiert.

6. Korleis er nye oppgåver og plikter foreslått finansiert?
I høyringsforslaget definerast ein ny kommunerolle der vert lagt opp til auka aktivitet frå kommunane på ulike felt. KS legg til grunn at nye oppgåver fullfinansierast uavhengig av kva finansieringsmodellar det leggjast opp til.
I tillegg må ein være merksam på at dei nye forslaga legg opp til meir administrativt arbeid knytt til auka samhandling, nye måtar å organisera tenestene på, planleggjing og utvikling av de nye og andre tilbod. Dette vil verta krevjande både når det gjeld auka krav til kompetanse og det vil truleg medføra auke i kostnader.

Medfinansieringsmidlar vil ikkje være tilstrekkeleg til å finansiera alternative rehabiliteringstilbod i kommunane. Dersom spesialisthelsetenesta skal gjera mindre og kommunane meir på rehabiliteringsfeltet må innsparingar på spesialisthelsetenesta og meirkostnadar for kommunane utreknast med sikte på å flytta ressurser frå spesialisthelsetenestea til kommunane.
Dei økonomiske konsekvensane ved eit øyeblikkelig hjelp døgntilbod må utreknast med sikte på fullfinansiering. Ansvarsdelinga mellom spesialisthelsetenesta og kommunane bør samstundes klargjerast. Innafor psykiatri og rus ligg ikkje forholda til rette for at det kan innførast ein betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter fra 2012. Dei økonomiske og administrative konsekvensane er vanskeleg å overskua, men KS meinar dei vil verta betydelege og langt høgare enn antyda i høyringsnotatet.

Departementet legg opp til to finansieringsmodellar. Medfinansiering for kommunane for all behandling av personar over 80 år eller all medisinsk behandling (uavhengig alder). For begge modellane er det lagt til grunn 20 % kommunal medfinansiering. Den som er minst risikofylt for kommunane er den aldersbaserte modellen.

Det som vert veldig interessant å sjå er korleis Suldal kjem ut reint økonomisk. Suldal har hatt som praksis lenge å ikkje leggja inn i på sjukehus om sjukeheimen kan nyttast. Vi har i tillegg tatt i mot utskrivingsklare pasientar tidleg. Vert vårt nivå for innskriving og utskrivingsklare pasientar pr .2010 lagt til grunn for økonomiske berekningar, vil me ikkje få att økonomisk for den praksisen me lenge har hatt. Dette er det viktig å følgja med på når utrekningane kjem tydelegare fram.

Vurdering og konklusjon
I tillegg til høyringsforslaget til KS er det nokon punkt som ein frå vår kommune vil leggje spesiell vekt på.

Det gjeld følgjande:
Små utkantkommunar med lange avstandar og lite befolkningsgrunnlag. Sjølv med utstrakt interkommunalt samarbeid / kommunesammenslåing vil små utkantkommunar ha store utfordringar knytta til lange avstandar og dårlig kommunikasjon. Rasjonaliseringsfordelar knytta til tettare kommunesamarbeid vil la seg realisera, men i mindre målestokk enn i større og meir sentralt beliggande kommunar. Nye finansieringsordningar må ivareta dette perspektivet.
Likeverd i samhandlinga mellom små kommunar og helseføretak må prioriterast. Ein må sjå på konkrete tiltak og verkemiddel som kan ivareta dette slik at ein kan få reell likeverd. Særleg for mindre kommunar er dette ein utfordring, då samhandlingskompetansen og verkemidlene ofte er svakare. Det er også viktig å få på plass ein meklingsinstans når tvistar mellom kommunar og helseføretak oppstår. Spesielt vil det trygge mindre kommunars stilling i ein tvist.
Dei nye lovene vil ha stor betyding for utviklinga av helse- og omsorgstenesta i Suldal som i alle landets kommunar. Sjølv om forslaga bygger på eksisterande lovgiving vil det innebere nye krav innan mange felt. I tillegg til kvalitetskrav, krav til samordning og samhandling, vil spesielt krav til nytenkning og innovasjon innen folkehelseområdet være framtredande.

Formannskapet i Suldal tek forslaga til nye lover til orientering og føreslåtte høyringsuttale sendast Helse- og omsorgsdepartementet innan høyringsfristen 18.januar 2011.