



Helse og omsorgsdepartementet

Deres ref.

Vår ref.

1526/2011/G20/8EBR

Dato

17.01.2011

Høring - forslag til ny folkehelselov, ny kommunal helse og omsorgslov og ny nasjonal helse og omsorgsplan fra Åfjord kommune.

Åfjord kommune er eier i Fosen Distriktsmedisinske senter IKS og slutter seg til sluttsuttalelse selskapet har gitt. I tillegg slutter vi oss til høringsuttalelsen fra KS- Sør-Trøndelag.

Ut over dette vil vi kun presisere punkter som er særdeles viktig for oss som kommune.

Åfjord kommune har vært en aktiv deltaker i etableringen og nå aktiv eier i Fosen distriktsmedisinske senter. Vi har i tillegg vært delaktig i samarbeidsutvalg etablert gjennom KS og St. Olavs Hospital, både på administrativt og klinisk nivå. Dette sammen med daglig drift av kommunale helse og omsorgstjenester har gitt oss mye erfaring på samhandling, både lokalt, interkommunalt og mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen.

Det som bli svært viktig er at finansiering og rammebetingelser blir så tydelige og forutsigbare at kommunene blir satt i stand til å planlegge å etablere gode tjenester for å møte de utfordringer som ligger i samhandlingsreformen og de nye lovforslagene.

Åfjord kommune vil på bakgrunn av dette spesielt kommentere/vektlegge:

Folkehelse:

Vi støtter forslaget om å legge ansvaret for folkehelsearbeidet til kommunene som helhet, og ikke til helsetjenesten alene. Pålagt plassering inn i kommunalt planverk vil gi kommunene nødvendige redskaper til å lage et godt grunnlag for alle områder i kommunal aktivitet.

Der det velges interkommunale løsninger for deler av folkehelsearbeidet bl. annet Miljørettet helsevern og samfunnsmedisin må det fortsatt være mulig å delegere vedtaksmyndighet uansett hvilke samarbeidsform medvirkende kommuner må ha.

Folkehelse, forebyggende helsearbeid og tidlig intervensjon skal kunne bidra til mindre press på helsetjenesten. Skal vi lykkes i denne satsingen må det komme øremerkede midler og følgeforskning frem til 2020. Dette vil gi mulighet for å fremskynde ”venstreforskyvning” og få frem synlige effekter av folkehelsearbeid.

Økonomiske virkemidler:

Når det gjelder medfinansiering mener vi at modellene som foreslås må være oversiktlig og forutsigbar. En modell som kombinerer flere elementer vil gi større virkning, og således gi kommune handlingsrom til å etablere gode og hensiktsmessige tiltak, enten alene eller sammen med andre kommuner. Åfjord kommune har god erfaring med ”spleise-modellen” vi har i Fosen distriktsmedisinske senter, men den forutsetter forpliktende gode og langsiktig avtale.

Når det gjelder ferdigbehandlede pasienter og finansiering av disse, kan vi forstå at tidsaspektet innskjerpes, men å innføre betaling fra første dag allerede fra 01.01.2012 er urimelig. Her må en ny forskrift, forpliktende avtaler utarbeides. Og ikke minst så må avtaler og rutiner implementeres i spesialisthelsetjenesten. Noe vi har erfaring på tar tid.

Vi kan også se for oss at det blir en samordnet finansiering av behandling av hjemmeboende og de som får behandling på sykehjem.

Kvalitet, kompetanse og rekruttering av helsepersonell:

Dette er en stor utfordring for distriktskommunene. Det blir viktig å videreføre kompetanseløftet 2015. Gjerne med midler direkte til kommunene. I dag er det knyttet mye til Omsorgsplan 2015 og pleie og omsorg. Kommunene vil trenge kompetanse innen andre områder også, tenker på forebyggende helsearbeid, miljøterapeutisk arbeid, rus og psykiatri. Dersom ordningen med bevilgning gjennom fylkesmannen skal fortsette må målgruppen kompetanseløftet kan gi støtte til utvides. Det oppleves også som små bevilgninger det vi får gjennom denne satsingen, kommunens kostnader er omfattende.

Fastlegeordningen/ legetjenesten i kommunene:

Distriktskommunene vil fortsatt ha utfordring i å etablere stabile, robuste fagmiljø for legetjenesten, noe som er en forutsetning for at kommunene skal lykkes med Samhandlingsreformens intensjoner. Interkommunal legevakt har gitt en effekt, men det må også her sees på interkommunalt samarbeid. Det er viktig at andre system som pasientreiser, HELFO administrerer lett kan tilpasse interkommunale fastlegekontor.

Avtaler, helhetlige pasientforløp:

I sør- Trøndelag har vi erfaring med samarbeidsavtaler mellom Spesialisthelsetjenesten og kommunene. Det som blir viktig framover er likeverdigheten, og en vil anbefale at avtaler blir lagt på to nivå, overordnet nivå og på klinisk nivå. Avtaler på klinisk nivå må bygge på enighet om pasientforløp. Avtaler mellom to parter som har lang tradisjon på en ”storebror” og mange ”småsøsken” vil bli vanskelig hvis vi ikke i tillegg har andre tiltak som kliniske samarbeidsutvalg, felles lederopplæring, desentraliserte og ambulerende spesialisthelsetjenester, felles planer for rekruttering og kompetanse.

Med hilsen

Eli Johanne Braseth
Sektorsjef helse og sosial