

ENHET FOR UTVIKLING

Helse- og omsorgsdepartementet
Statsråden
Postboks 8011 Dep
0030 OSLO

Org.nr.: NO 840894312 MVA
Vår ref.: 643/11
Saksnr.: 08/1560
Ark.kode: F00
Saksbeh.: Tove Kolstad Skadsheim
Deres ref.: 200903950-/ATG
Dato: 14.01.2011

HØRINGSSVAR - FORSLAG TIL LOV OM KOMMUNALE HELSE- OG OMSORGSTJENESTER

Askim kommune vil med dette komme med følgende merknader til forslag til lov om kommunale helse- og omsorgstjenester:

Kommunens ansvar for helsefremmende og forebyggende arbeid

- §§ 3-3 og 3-4 framhever kommunens plikt til å identifisere og ha oversikt over innbyggernes helsetilstand. Etter vår mening omfatter dette **samtlig**e innbyggere. Vil det være mulig for en kommune å ha en slik oversikt? Vi mener det må tydeliggjøres bedre hva og hvem som skal omfattes av en slik kartlegging og oversikt. Hvilke systematiske tiltak er kommunen pliktet til å igangsette, og hvordan skal dette praktisk gjøres?

- § 3-5 framhever kommunens ansvar for øyeblikkelig hjelp. Vi mener dette punktet må tydeliggjøres ytterligere. Hvor trekkes grensene for kommunens og spesialisthelsetjenestens ansvar? Ordningen må ikke innebære at pasienten utsettes for en unødvendig ekstra instans.

Hvordan skiller nytt lovforslag seg fra dagens legevaktspraksis med hensyn til dagens kommunale ansvar for øyeblikkelig hjelp?

Samarbeid mellom kommuner og regionalt helseforetak

- Kapittel 6 i nytt lovforslag presenterer i hovedsak plikter og formelle krav til samarbeid og avtaleinngåelse. Vi mener at en forutsetning for samarbeid er likeverdighet. Til dette knytter det seg store utfordringer. Eksempler på dette kan være manglende jevnbyrdighet knyttet til legedekning i sykehus vs små kommuner. Hvor er likeverdheden mellom en spesialist på sykehuset og en helsefagarbeider ved kommunens sykehjem? For å få til denne likeverdigheten må kommunen få en tydeligere formell rolle i forhold til spesialisthelsetjenesten.

- Samhandlingsreformen er en kommunereform, det er snakk om en kommunal helse- og omsorgslov. Kommunen som premissleverandør må løftes, ikke bare gjennom ord, men praktisk handling. Det er kommunene som skal ha regien når helse-tjenestene tilrettelegges.

ASKIM KOMMUNE Servicetorg 69 81 91 00

Besøksadresse:
Rådhuset, 1. etg.
Kirkegt. 5

Postadresse:
Postboks C,
1801 Askim

Telefaks:
69 88 06 50

Bankgiro:
1100 07 00284

Bankgiro skatt:
6345 06 01243

E-post adresse: postmottak@askim.kommune.no

Finansiering:

Det er forutsatt at det skal gis kompensasjon for økte kommunale kostnader knyttet til henholdsvis kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunal betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter fra første dag. For begge disse endringene er det forutsatt videre utredning av økonomiske virkninger og hvordan kompensasjon skal tilføres kommunene.

Det er to alternative modeller for medfinansiering som er aktuelle for det somatiske området: All behandling av personer over 80 år eller all medisinsk behandling (uavhengig av alder). For begge modellene er det lagt til grunn 20 pst kommunal medfinansiering. Omfanget av kommunal medfinansiering er anslått til å utgjøre henholdsvis 1,5 mrd. kroner ved den aldersbestemte modellen og 3,6 mrd. kroner ved en modell avgrenset til det medisinske området.

De to foreslåtte kommunale medfinansieringsordningene bør drøftes for å avklare hvilken modell som bør velges, og hvordan kommunene skal kompenseres.

Det er behov for en grundig kostnadsberegning av kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenestene.

Nye oppgaver må fullfinansieres. Dette er avgjørende for å kunne gi pasienten / brukeren nødvendig trygghet og forsvarlighet i tilbudet.

Elektronisk samhandling / IKT:

I ny lov foreslås det å gi departementet myndighet til å stille krav om at dokumentasjon og kommunikasjon av helseopplysninger skal skje elektronisk. Eksisterende hjemler vil tas i bruk for å stille nasjonale krav til standardiserte og sertifiserte løsninger. Helseforetak og kommunehelsetjenesten skal videre legge til rette for effektiv elektronisk samhandling.

Å ta i bruk / implementere nye IKT løsninger er en forutsetning for en mer effektiv samhandling. Reformen må bidra til bedre elektronisk samhandling i helsesektoren generelt og mellom helseforetakene og kommunene spesielt. Det må bety bedre IT-løsninger og plattformer som gjør det mulig å kommunisere bedre elektronisk mellom helseforetakene, fastlegene, den kommunale helse- og omsorgssektoren og pasient/ bruker.

Kompetanse:

Kommunene er gitt et betydelig ansvar for å realisere reformens målsettinger. Den nye kommunerollen med økt ansvar og nye oppgaver får store konsekvenser med behov for styrket kompetanse og godt lederskap. Dette gjelder helsefaglig kompetansebygging knyttet til nye oppgaver i kommunehelsetjenesten, analysekompetanse og ledelseskompentanse. Dette kompetansebehovet må i tillegg til endring i utdanningenes innhold og styrking av kapasitet, understøttes av etter- og videreutdanning.

Dette stiller kommunene overfor nye kompetanseutfordringer: Hvordan skal antallet kommunalt fagpersonell økes og hvordan skal kommunene styrke kompetansen blant de som allerede jobber i sektoren?

Det er viktig at de myndighetsmessige rammebetingelsene understøtter at det utdannede helse- og sosialpersonell i større grad enn til nå blir kanalisert til den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Med unntak av det allerede iverksatte tiltaket "Omsorgsplan 2015" ser det ikke ut som om regjeringen tar tak i kapasitetsutfordringene som kommunesektoren står ovenfor på dette feltet. Utdanningsinstitusjonene er i for stor grad rettet inn mot arbeid i spesialisthelsetjenesten. Det må legges vekt på å utdanne helse- og sosialpersonell som er tilpasset de fremtidige kommunale oppgavene.

En stortingsmelding om utdanningene for velferdstjenestene (Helse, NAV, barnevern) skal legges fram høsten 2011. Innen helse vil meldingen legge premisser for tilpasning av helsefagutdanningenes innhold og organisering i lys av Samhandlingsreformen og endringer i arbeidslivets behov. Meldingen skal ta for seg utdanningene på fag- og yrkesopplæring, fagskole og universitets- og høgskolenivå. Etter- og videreutdanning som er nødvendig for å legge grunnlag for samhandlingsreformen må finansieres av staten og gis prioritet.

Utdanningskapasiteten og utdanningsinnhold må tilpasses ut fra behovene for kompetanse i kommunene og helseforetak. Forskningsinnsatsen og kunnskapsutviklingen må øke betraktelig. Utvikling av samhandlingskompetanse er viktig på begge forvaltningsnivåene.

Målet med Kompetanseløftet 2015 er å bidra til tilstrekkelig, kompetent og stabil bemanning i omsorgstjenesten., Skal kommunene lykkes med dette er det nødvendig med tilstrekkelige statlige økonomiske tilskuddsordninger for å stimulere ansatte til å ta utdanning på ulike nivå.

Fastlegenes rolle:

Bedre og mer integrerte legetjenester i kommunene er et sentralt område i samhandlingsreformen og en forutsetning for økt kommunalt ansvar og større oppgaver. For å sikre at legeressursene anvendes til de prioriterte områdene er det nødvendig å knytte fastlegene tettere styringsmessig til kommunen. Det er også nødvendig at det blir stilt

funksjons- og kvalitetskrav til fastlegen knyttet til innbyggerne på deres liste.

Regjeringen forutsetter at veksten i legetjenester i hovedsak skal skje i kommunene. Dette skal gi rom for økt innsats til prioriterte grupper på fastlegenes liste i tillegg til en styrking av allmennmedisinske offentlige oppgaver. Regjeringen vil legge til rette for sterkere kommunal styring av fastlegene. Det foreslås å forskriftsfeste nasjonale kvalitets- og funksjonskrav med tilhørende rapportering. Fastlegenes listeansvar presiseres og utvides, blant annet til proaktiv oppfølging av pasienter som ikke selv oppsøker legen. Regjeringen beskriver også fordeler og ulemper ved å gi kommunene større finansieringsansvar.

En forsterket og godt integrert legetjeneste i kommunenes helse- og omsorgstjeneste vil være en forutsetning for at kommunene skal kunne ta flere oppgaver og et større ansvar i helsetjenesten. Det vil bli viktig i det videre arbeid å vurdere hvilke virkemidler som må være på plass for at kommunene skal kunne ivareta sitt økte ansvar.

Avslutningsvis:

Tre hovedområder er vesentlige for en vellykket reform:

- likeverdighet
- kompetanse
- finansiering

Disse områdene betinger at implementering må skje skrittvis, basert på kunnskap og erfaringer. Det blir avgjørende å sikre at kommunene kan bygge opp sine tjenester før tilbud ved sykehusene bygges ned.

Det tas forbehold om politisk behandling av våre merknader, og et politisk vedtak vil ettersendes.

Med hilsen


Synnøve Rambek
Konst. rådmann