

Fra: Fremtidens helsetjeneste
Sendt: 17. januar 2011 08:55
Til: leif.halonen@kautokeino.kommune.no
Emne: Ditt høringssvar, Sak S 02/11 Høring – Forslag til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og Høring – Forslag til ny folkehelselov, er mottatt

Det er en bekreftelse på at vi har mottatt ditt høringssvar på temaet Generelle høringssvar.

Sak S 02/11 Høring - Forslag til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og Høring - Forslag til ny folkehelselov

Forslag til vedtak:

Kort om Ávjuvárre urfolksregion:

Ávjuvárre Urfolksregion består av kommunene Karasjok, Kautokeino og Porsanger. Samarbeidet skal bl.a. bidra til en positiv samfunnsutvikling i regionen, basert på en anerkjennelse av urfolks- og minoriteters rettigheter. Regionen skal drive samarbeidsutvikling og prosjekter knyttet til relevante tema/oppgaver i regionen.

Virksomheten har som formål å identifisere og utvikle løsninger for en positiv samfunnsutvikling til beste for alle innbyggerne i urfolksregionen. Arbeidet bygger på en anerkjennelse av norsk, samisk og kvensk språk og kultur, og urfolks og minoriteters rett til å delta i utviklingen av egne områder og samfunn.

Høring - Forslag til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester

Del 2: Generelle tilbakemelding - høringsdokumentet.

Nytt forslag til lovtekst og dermed forståelsen baserer seg på ny helsereform - samhandlingsreformen.

HOD oppsummerer i kapittel 4, 3 avsnitt samhandlingsreformens mål:

I. Å angi rammene for en ny kommunerolle - kommunens oppgaver skal tydeliggjøres.

II. Økt innsats på folkehelse og forebygging.

III. Bedre legetjeneste i kommunene.

IV. Understøtte en klarere pasientrolle/helhetlig pasientforløp.

V. Legge til rette for samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunens helse- og omsorgstjeneste.

VI. Legge til rette for at spesialisthelsetjenesten kan utvikles slik at den i større grad kan bruke sin spesialiserte kompetanse.

Å angi rammene for en ny kommunerolle - kommunens oppgaver skal tydeliggjøres.

Når rammer skal utformes er det særlig viktig at besluttende myndighet vedtar endringer eller nye bestemmelser uti fra riktig grunnlag. Grunnlaget til alle tjenester dannes etter det behovet som er gjeldende samt behovet som antas gjeldende i tiden fremover. Det er ingen tvil om at omfattende omlegginger av helse- og omsorgstjenester i kommunene vil være utfordrende sett i lys av nyttilførte oppgaver samt den store demografiske endringen de aller fleste kommuner står ovenfor. Mange kommuner vil øke fra 12 % av innbyggerne over 67 (ikke arbeidsaktiv alder) til 25 % i løpet av neste 20 års periode. Dette er klare rammebetingelser som besluttende myndigheter må vurdere. Det vil være avgjørende at man stimulerer til interkommunale samarbeid uti fra rammer som er bærekraftige. Det må vises varsomhet i forholdet mellom nyttilførte oppgaver, tids perspektiv og implementering.

Åvjavárri Urfolksregion er geografisk plassert midt i det kjernesamiske området – Åvjavárri. Forholdet mellom nye lovtekster og den samiske pasienten er ikke nevnt med et eneste ord i høringsdokumentet. Det forventes at Åvjavárri Urfolksregion gis en særlig rolle i dette og at ny fremtidig kommunerolle tar inn urfolksperspektivet på en skikkelig måte. Når kommunens oppgaver skal tydeliggjøres og pasienten skal få sine tjenester uavhengig av diagnose, bosted, personlig økonomi, kjønn, etnisk bakgrunn og den enkelte livssituasjon forventes at dette følges opp og at Åvjavárri Urfolksregion sammen med besluttede myndigheter tillegges denne oppgaven. Det bes om at det opprettes eget avsnitt om urfolk og at tilhørende lovtekster regulerer dette. Det foreslås at styrende myndigheter tar urfolksperspektivet på alvor når rammer for ny kommunerolle og oppgaver skal tydeliggjøres. Det forventes at urfolksregionen i midt Finnmark tas med, og at det utvikles et kraftsenter for helsetjenester i sammen med Midt Finnmark Helsehus og Åvjavárri Urfolksregion.

Økt innsats på folkehelse og forebygging.

Det er liten tvil om at forebyggende arbeid er et område som ved riktig ressursbruk kan bidra til å dempe utviklingen av ulike livsstils sykdommer som kols, hjerte og kar, overvekt med mer. Satsning på samfunnsmedisin og helsestasjonsarbeid vil sammen med frisk livs og mestringstilbud være flotte tiltak for gevinst over tid. For at kommunene skal gis mulighet til etablering av nye forebyggende tjenester må det gis økonomiske overføringer i forkant av kravene, gjerne gjennom øremerkete kriterieutvalgte områder med krav om rapportering. Rapporteringssystemet mellom Kommune og Stat (Kostra) vil etter opptrappingen fange opp kommunens arbeid på utvalgte områder med tilpassete nye rammeoverføringer. I brev av 19.5.2010 fra helsedirektoratet til landets kommuner imøteser direktoratet en dialog med kommunene for å redegjøre hvilke områder det anbefales å styrke i tiden fremover. I brevet fremkommer også hvilke tiltak helsedirektoratet og Fylkesmannen har for å understøtte kommunenes arbeid. Utvalgte satsningsområder bør derfor tillegges de områder som er identifisert gjennom kartlegging og oversikt over helsetilstand og viktige påvirkningsfaktorer i de ulike kommuner.

Bedre legetjeneste i kommunene.

Legetjenesten i kommunene er primært bygget for å betjene pasientlister. Listelengdene varierer fra en kommune til en annen. De samfunnsmedisinske oppgaver utføres vanligvis av kommuneoverlegen (kommunelege 1). For å kunne sentralstyre legetjenesten og dermed styrke allmennt medisinske oppgaver er det viktig at økonomiske virkemidler brukes.

Kommunene har ulike måter å avlønne legene på:

- * Fast lønn – hvorav hele lønnen til legene utbetales av kommune, og kommunen får ref. pr. capita.
- * Fast lønn og deler av ref. tilfaller legen – den andre delen tilfaller kommunen.
- * Legen honoreres med hele refusjons delen – kommune betaler mao ikke annen lønn.

Ved en utvidelse m h t allmennt medisinske oppgaver er det sannsynlig at flere kommuner må re forhandle sine avtaler med legene. Det vil derfor bli mindre honorar pr. legeårsværk fra ref. pr. capita og følgelig høyere krav om fastlønn fra den enkelte lege.

Som nevnt er det viktig at styrende myndigheter legger opp til utvalgte

satsningsområder med finansieringsmodeller før eksempelvis allmenmedisinske oppgaver øker i utstrakt forstand.

Legetjenesten i mange små og mellomstore kommuner preges også av stor vikarbruk. Høyt innslag av vikarer vil da også vanskeliggjøre kontinuiteten av allmenn og samfunnsmedisinske oppgaver.

Understøtte en klarere pasientrolle/helhetlig pasientforløp.

Et helhetlig pasientforløp med et lovfestet kontaktpunkt er viktige områder for og lykkes med ny helsereform med

tilliggende lovtekster. Det er igjen grunn til å minne departementet på urbefolkningens klare rett til å motta kontaktpunktstjenester på det språk og med kulturforståelsen som behøves.

Samarbeidskommunene i midt

Finnmark og i Åvjavårri deltar gjerne som referansegruppe m h t å utvikle kartlegginger og riktig verktøy til

urfolksgruppen.

Allerede pr i dag har små og mellomstore kommuner fått merarbeid ifm koordinator roller. Dette er oppgaver som

kommer i tillegg til andre oppgaver den enkelte ansatte har, slik det ofte er i små kommuner. Også her er det behov for en økning i personell ressursene.

Legge til rette for samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunens helse- og omsorgstjeneste.

En sterkere kommuneinnsats fordrer først og fremst forutsigbar og god økonomi.

Situasjonen i de fleste kommuner

er at helse- og omsorgstjenester gis innenfor rammen av et minimums forsvarlighetsnivå.

Mange små og mellomstore kommuner har også begrenset erfaring m h t

avtaleoppbygging som skal hjemle

ansvarsforhold og oppgaver. Her er det viktig at det er kommunene som

premissleverandør og helseforetaket

leverandør. Dette fordi det er kommunene som sitter med særskilt kunnskap om

behov og kompetanse om

kommunal organisering.

I den grad sykehusstrukturen med tilliggende oppgaver fremdeles er gjenstand

for drøfting må dette være avgjort

før forpliktende avtaler inngås.

Kompetanseutveksling og kompetanseoppbygging kan først starte når

behovskartlegging med oppgaveoversikt er

utført. Det må være en selvfølge at også utdanningsinstitusjonene kobles opp i

dette arbeidet.

Endringen i loven krever økt kompetanse om lovverket, om hverandres tjenester

(sosialtjenesten og

kommunehelsetjenesten), mest sannsynlig en omorganisering av helse og

sosialtjenesten i flere kommuner og

dertil flere administrative ressurser. Dette må fullfinansieres, da det per i

dag ikke er midler på de kommunale

budsjettene til å ta et så stort løft på kort tid. Videre er det ønskelig at det

gis kompetansehevningsspakker fra statlig

hold, f eks fylkesmannen.

Legge til rette for at spesialisthelsetjenesten kan utvikles slik at den i større grad kan bruke sin spesialiserte kompetanse.

Intet å melde.

Del 3: Kommentarer og merknader til den enkelte bestemmelse.

Kapittel 3. - Kommunens ansvar for helse- og omsorgstjenester

Generelt til kapittelet uten henvisning til en særlig §.

Det er sannsynlig at det gjennom implementeringsperioden og senere drift opprettes interkommunale

samarbeidsmodeller. Driftsmodellene vil variere mellom vertskommune og samdriftsmodeller. Slik lovteksten foreslås kan det være viktig med en presisering m h t tildeling av ulike tjenester. Tildeling og utførelse av tjenester skjer gjerne gjennom forskifter eller enkeltvedtak som pålegges etter særlig § 3 - 2.

Departementet må ta stilling til om vedtak (enkelvedtak - tildeling av tjenester) kan gjøres av interkommunale selskap og ulike samarbeidsmodeller. HOD ber særskilt høringsinstansene om å kommentere behovet for å lovfeste at kommunene skal sørge for tilbud om døgnopphold for pleie og omsorgstjenester til pasienter med behov for øyeblikkelig helsehjelp. Kommunene i Finnmark har stort sett gjort dette gjennom mange år via sykestueplasser. Erfaringstall viser at samarbeidskommunene ukentlig sender øyeblikkelig hjelp pasienter til behandling ved sykehus pga for få sykestueplasser. Dette er en del av tjenesten hvor det både er samfunnsøkonomisk og bedre for pasienten, å utvide konseptet sykestueplasser. Finansieringen må gjenspeile at det gir reduserte utgifter for helseforetaket og økte utgifter for kommunene. I Finnmark er en vesentlig del av dette, transportutgifter, noe som i dag dekkes av helseforetaket.

Kapittel 4 - Krav til forsvarlighet, pasientsikkerhet og kvalitet.

§4-1 b) Den enkelte bruker gis et verdig tjenestetilbud:

I høringsnotatet framkommer det at med et verdig tjenestetilbud menes at tjenesten skal være forsvarlig.

Forsvarlighetsbegrepet er en skjønnsmessig vurdering, mens begrepet verdighet er en subjektiv opplevelse.

Begrepet bør defineres i lovverket, evt endres til: Den enkelte bruker gis en forsvarlig tjeneste.

Kapittel 7 - Individuell plan, koordinator og koordinerende enhet.

Som nevnt i del 2, må ny lovtekst regulere og bestemme urbefolkningens krav til å motta bestemmelsens innhold på det språk og med den kulturforståelsen som er nødvendig.

§7-3 koordinerende enhet:

Dette er en inngripen i kommunens organisering av tjenesten, noe dep. har sagt loven ikke skal legge føringer på.

Kapittel 8 - Undervisning, praktisk opplæring og utdanning.

§8-2 Videre- og etterutdanning:

Kommunen får et ansvar for å sørge for at den ansatte får påkrevd videre- og etterutdanning, og personell plikter å

ta del i dette. Dette vil være svært kostnadskrevende.

Kompetansehevningsbudsjetter helseforetakene har er i dag langt høyere enn tilsvarende i kommunesektoren. Her

må det også tas høyde for at utdanningsinstitusjonene ligger langt fra hjemlplassen, noe som gjør utdanningene

mer kostnadskrevende. Dette må tas hensyn til ift tilstrekkelig med midler til utdanningsinstitusjonene, f eks ved å

starte desentraliserte utdanningsløp i samarbeid med den enkelte kommune.

Kommunene må også få tildelt friske

midler for å imøtekomme dette kravet.

Høring - Forslag til ny folkehelselov

Med bakgrunn i ny nasjonal helse og omsorgsplan som er en oppfølging av St melding 47

Samhandlingsreformen, er det lagt fram forslag om både endret og nytt lovverk. Lov om folkehelse lovfester

folkehelsearbeidet.

Saksutredning

Loven legger bl a føringer ift at:

- Kommunens folkehelsearbeid skal forankres i alle sektorene, ikke bare helsesektoren, via tverretattlig planarbeid.
- Mål og planer for folkehelsearbeidet skal forankres i planprosessen etter plan- og bygningsloven med innsats fra alle sektorer.
- Kommunen skal ha ansvar for å ha oversikt over innbyggernes helsetilstand ved hjelp av statistiske fakta opplysninger som statlige helsemyndigheter skal gjøre tilgjengelig for den enkelte kommune.
- Ut fra opplysninger om innbyggernes helsetilstand, skal den enkelte kommune utarbeide strategier og iverksette tiltak for å snu negativ utvikling, i tillegg til å ha fokus på tidlig intervensjon og forebygging.
- Loven skal legge grunnlag for å utjevne sosiale forskjeller.

Innstilling

For å lykkes med folkehelsearbeidet er forebygging og tidlig intervensjon faktorer som må imøtekommes. I dokumentet framkommer det at kommunenes kostnader ved dette arbeidet kan håndteres innenfor allerede gjeldende budsjetttrammer. Departementet har da ikke tatt hensyn til den nye rollen kommunene vil få i forbindelse med ny nasjonal helse og omsorgsplan og nytt/ endret lovverk, der kommunene skal satse på både helsefremmende og forebyggende tiltak samtidig som en skal opprette nye tjenester som tidligere har lagt inn under spesialisthelsetjenesten. Det henvises også til at disse utgiftene vil dekkes ved reduserte framtidige utgifter. Avjovårri Urfolksregion er ikke uenig i dette, men i en presset kommuneøkonomi, vil dagens helseutfordringer, og da de utfordringene som allerede har gitt redusert helse, bli dekt først. Situasjonen for helsesektoren i de fleste norske kommuner i dag, er at tilbudene som gis er innenfor rammen av et minimums forsvarlighetsnivå. Erfaringene tilsier at det da ikke er midler igjen til å prioritere det forebyggende helsearbeidet og en kan vanskelig se at dette endrer seg ved en lovfestning. I tillegg etterspørres i utgangspunktet ikke forebyggende helsetjenester, i allefall ikke av dem som har behov for dette. For å lykkes med folkehelsearbeidet anbefales det en omstilings-/ opptrappings periode, der friske midler gis f eks via prosjektmidler i en periode slik at kommunene ikke må bære de økonomiske belastningene ift både de som allerede har helseplager og forebygge at nye kommer i samme situasjon. Forebyggende folkehelsearbeid er kostnadseffektivt i et samfunnsøkonomisk perspektiv. Det er derimot ikke gitt at denne kostnadseffektiviteten vil gi samme innsparing på det enkelte kommunebudsjettet, sett i lys av utgiftene kommunen har med arbeidet. Ved at kommunene bevilger midler til et godt forebyggende folkehelsearbeid, vil de økonomiske belastningene for f eks helseforetakene, reduseres betraktelig. Videre er det ikke nødvendigvis den sektoren som bærer utgiftene som gir god folkehelse, som også høster innsparingene av dette. Eksempelvis har trivsel og kulturtilbud innvirkning på helsen, utbygging av gang og sykkelstier like så, og vil gi utslag i helsebudsjettet på en positiv måte. Et forpliktende "tverrdepartementlig" samarbeid er derfor like viktig som et kommunalt tverretattlig samarbeid for at dette arbeidet skal lykkes. Departementet gir i dokumentet Fylkeskommunen ansvar for å bistå kommunene med oversikt og analyse av kommunens innbyggers helsetilstand. Til dette arbeidet skal det benyttes helse

statikk. Det er i den forbindelse behov for standardiserte metoder som i tillegg til særtrekk ved den enkelte kommune, gir et rett bilde som gir grunnlaget for det videre arbeidet. Det gjøres oppmerksom på at det allerede i dag finnes kartleggingsverktøy som kommunene benytter (f eks KOSTRA/IPLOS) som det kan bygges videre på. Kartleggingen fordrer utstyr, kompetanse og ikke minst personellkapasitet. Dette utløser kostnader kommunene i dag ikke har, og det etterlyses finansiering av tiltaket. Kompetanse må tilføres kommunene innen området og det foreslås at Fylkeskommunen eller andre også får ansvar for dette.

Som nevnt i lovteksten er det et uttalt mål å redusere sosiale ulikheter. Loven er ikke spesifikk for enkelte målgrupper, og det kan derfor være vanskelig å imøtekomme dette lovkravet. Å redusere gapet mellom grupper som har sosiale, helsemessige og økonomiske utfordringer og andre friske grupper er utfordrende da loven også tilsier at den friske delen av befolkningen skal bli friskere. Risikoen for at de sosiale ulikhetene øker i stedet for å bli mindre, er da til stede.

Når en skal arbeide målrettet i forhold til folkehelse er faktorene kompetanse og forskning innen folkehelsearbeidet av vesentlig betydning. Pr i dag er det stort sett helseforetakene i samarbeid med høgskoler og universitet som har ansvar for dette. Denne trenden må snus og kommunene må i samarbeid med forskningsinstitusjoner opprette et forpliktende samarbeid om folkehelse der folkehelsen er, i kommunene. Det anbefales at forskningsmidler tilfaller kommunene i større grad, slik at bli praksisnær forskning ivaretas. Evt kan stipendiatstillinger opprettes i den enkelte kommune/ samarbeidskommuner. Her må friske midler ytes. Lov om folkehelse krever økt kompetanse innen flere felt. Bli trenger en tverrfaglig kompetanse der de ulike lovverkene i de ulike etatene skal flettes sammen og sees på i et helhetlig folkehelseperspektiv. Det anbefales at ansvaret for denne kompetansehevingen legges til statlig nivå og at kommunene får tilbud om tverrfaglige "opplæringspakker". Opplæring i forhold til kartleggingsverktøy og analyse av disse bør også ytes samlet for å oppnå felles forståelse.

Samarbeidskommunene i Midt Finnmark og Ávjovárri Urfolksregion er nedslagsfeltet for den samiske folkegruppe. Dette medfører tilleggsutfordringer i forhold til folkehelsearbeidet som vil avdekkes via forskning og kompetanseheving. Den samiske befolkningen er ikke nevnt i St melding 47. Samarbeidskommunene ønsker å ha særlig fokus på den samiske befolknings helse, da vi opplever at bli kulturforskjellene gjør dette nødvendig. Det anbefales at det settes av midler via Sametinget og senter for Samisk helseforskning i tillegg til samisk nasjonalt undervisningssykehjem, for at disse i samarbeid med kommuner med samisk nedslagsfelt, kan ivareta denne delen av folkehelsen.

Ny lov om folkehelsearbeid sier ikke noe om hva det forventes at enkeltmennesket selv gjør for å ivareta sin egen helse, men sier mye om hva det offentlige plikter å gjøre for å tilrettelegge og ivareta innbyggernes helse. Kommunene etterlyser et tettere samarbeid med frivillige og interesseorganisasjoner som kan være en pådriver for dette viktige arbeidet.

Vedtak enstemmig:

Som forslag til vedtak

Med hilsen
Ávjavárri Urfolksregion

Etter fullmakt fra

Kjell H. Sæther
Klemet Erland Hætta
Karasjok kommune
kommune

Mona Skanke
Porsanger kommune

Kautokeino

Leif Halonen
sekretariatsleder
17. januar 2011 09:55

Svaret kan leses her
Du er registrert som:
Brukertype: Privatperson
Navn: Ávjavárri Urfolksregion
Brukernavn: Avjovarri Urfolksregion
E-post: leif.halonen@kautokeino.kommune.no
Adresse: Bredbuktnesveien 6, 9520 KAUTOKEINO