

INTERKOMMUNAL LEGEVAKT



BARDU



SALANGEN



LAVANGEN



MÅLSELV

Til : Helse og omsorgsdepartementet

18.01.2011

HØRINGSUTTALELSE FRA KOMMUNESAMARBEIDET FOR KOMMUNENE MÅLSELV, BARDU, SALANGEN OG LAVANGEN

Kommunesamarbeidet har utgangspunkt i interkommunal legevakt for kommunene Målselv, Bardu, Salangen og Lavangen. Samarbeidet ble etablert i 2007 og er regulert i henhold til kommuneloven §27. Styringsgruppen består av Rådmenn fra de samarbeidende kommuner.

I 2009 ble det etablert et prosjekt som skulle se på videreutvikling av den interkommunale legevakten. Prosjektet ble ytterligere utvidet til også å omfatte samarbeid om andre deler av kommunenes helse og omsorgstjenester, sett i lys av samhandlingsreformen.

Bakgrunn:

Helse og omsorgsdepartementet sendte den 18. oktober på høring forslag til ny kommunal helse- og omsorgslov, samt forslag til ny folkehelselov. Høringsfristen er 18. januar 2010.

Planen er at de nye lovene skal vedtas i Stortinget våren 2011 for i iverksettes fra 01.01.2012.

Forslag til Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester legger til rette for at kommunene skal ta et større ansvar for pasienter som til nå har vært spesialisthelsetjenestens hovedansvar.

Regjeringens intensjon er at forslagene til ny lov skal medføre økt aktivitet i kommunene:

- Kommunen skal øke innsatsen i forhold til forebygging, tidlig intervensjon og tiltak mot unødvendig innleggelse av pasienter i sykehus, herunder også systemarbeid i forhold til oppfølging av disse plikter.
- Kommunen skal ha økt innsats på samarbeid og samordning med andre kommuner, fylkeskommuner og helseforetak, herunder plikt til å inngå avtaler med helseforetak.
- Kommunen skal etablere en egen pasient-koordinator til mennesker med behov for langvarige og sammensatte tjenester.
- Kommunen kan få et ansvar for å opprette et tilbud om øyeblikkelig hjelp. Oppgaven vil kun gjelde for pasientgrupper som kommunen selv har mulighet til å utrede, behandle eller yte omsorg for i stedet for innleggelse på sykehus.
- Kommunens ansvar for å følge opp allmennlegetjenesten, herunder i forhold til kvalitet, presiseres.

- Kommunen skal vurdere samarbeidsløsninger med helseforetak og andre kommuner, slik som lokal medisinske sentra.
- Alle tjenester og organisering skal vurderes i forhold til en foreslått forsvarlighetsstandard.
- Kommunene kan til en viss grad påvirke behovet for behandling av psykiske lidelser og rusmiddelavhengighet i spesialisthelsetjenesten.
- Kommunen skal legge større vekt på rehabilitering.

Forslag til Lov om folkehelse legger også et større ansvar på kommunene i forhold til følgende områder:

- Ansvar for folkehelsearbeid legges til kommunen som sådan. I dag ligger ansvaret i kommunens helsetjeneste. Forslaget innebærer at kommunen skal bruke alle sine sektorer for å fremme folkehelse, ikke bare helsesektoren.
- Kommunen skal fastsette mål og strategier for folkehelsearbeidet egnet for å møte kommunens egne helseutfordringer. Mål og strategier skal forankres i planprosessene etter plan- og bygningsloven.
- Kommunen skal iverksette nødvendige tiltak for å møte lokale utfordringer.
- Kommunens ansvar for å ha oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer blir konkretisert slik at de får et tydelig bilde av hva som er de lokale helseutfordringer i den enkelte kommune. Statlige helsemyndigheter og fylkeskommunene skal gjøre opplysninger tilgjengelig og understøtte kommunene.
- En drøfting av kommunens helseutfordringer skal blant annet danne grunnlag for lokal planstrategi. På samme måte skal en drøfting av fylkets helseutfordringer inngå i regional planstrategi.
- De store folkesykdommene krever fornyet og samlet innsats i alle berørte sektorer.

Høringsforslaget er en oppfølging av St.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreform

Vurdering:

Høringsuttalelse til Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester

HARMONISERING AV HELSE OG SOSIALLOVGIVNINGEN

Kommunesamarbeidet støtter departementets forslag om:

- En harmonisering av dagens helse og sosiallovgivning gjennom en ny helse og omsorgstjenestelov. En samordning av lovverket vil fremme samhandling mellom del - tjenestene både på overordnet og operativt nivå. Det vil lette saksbehandlingen, samt klageadgangen for pasientene. Det antas at det vil virke spesielt gunstig for samordning av tjenestetilbudet til pasienter med omfattende behov for tjenester.
- Å omgjøre helsepersonelloven til å omfatte alle som yter tjenester etter den nye helse og omsorgstjenesteloven.
- at forvaltningslovens regler om enkeltvedtak (kapittel IV og V) bare skal gjelde ved tildeling av hjelp som gjelder tjenester i hjemmet og plass i Institusjon for et tidsrom på over to uker. Forslaget vil være mer i tråd med dagens praksis. Slik lovverket er i dag kan formalkravene oppleves som et hinder for å iverksette

umiddelbare tiltak ved behov.(for eksempel ta inn pasient akutt på korttidsplass på sykehjem.)

FREMTIDENS KOMMUNEROLLE

Prinsippet i samhandlingreformen er at pasienten skal få hjelp der pasienten bor. Den forventede behovsveksten i en samlet helse- og omsorgstjeneste skal i størst mulig grad finne sin løsning i kommunen.

Kommunesamarbeidet slutter seg til dette og ønsker at kommunenes innbyggere skal få sine behov for helsetjenester dekket i egen kommune eller i et interkommunalt tjenestetilbud i den grad det er faglig forsvarlig. Forutsetningen er at det følger tilstrekkelig ressurser med innføring av reformen. Det vil være nødvendig å oppruste den kommunale helsetjeneste både mht utsyr, lokaliteter og nødvendig kompetanse, noe som vil innebære en merkostnad for kommunen i fremtiden. Det er i dag store variasjoner mellom kommuner og hvilke oppgaver som allerede løses på lokalt nivå. Spesielt gjelder dette forskjell mellom by og landkommuner. Den nye helse og omsorgstjenestelovgivningen må ha en tydeligere avklaring av ansvarsforholdet mellom kommunehelsetjenestens ansvar og spesialisthelsetjenestens ansvar.

KOMMUNENS OVERORDNEDE ANSVAR FOR Å ”SØRGE FOR” HELSE- OG OMSORGSTJENESTER

Kommunesamarbeidet slutter seg til departementets vurdering om at kommunene skal ha et ”sørge for ” ansvar for helse og omsorgstjenester. Noe som vil gi kommunene frihet i forhold til å organisere, tilrettelegge og utøve myndighet.

Nåværende lovgivning er både en pliktlov og en rettighetslov. Det oppleves som ryddigere at det i det nye lovforslaget ikke er sammenblanding av kommunenes plikter og individets rettigheter i en og samme lov og at den enkeltes rettigheter fremgår av pasientrettighetsloven.

Det legges vekt på at tjenestene skal være forsvarlig. Forsvarlighetsbegrepet er gjenstand for tolkning. Det er ønskelig at det utdypes nærmere hva som ligger i krav om forsvarlighet. Dette blir spesielt viktig med hensyn til at opplistingen av de enkelte profesjonsgrupper tas bort.

INDIVIDUELL PLAN OG KOORDINATORFUNKSJON

Det nye lovforslaget viderefører en plikt til å utarbeide individuell plan for personer som har behov for langvarige og koordinerte tjenester. Det er positivt at det nå også vil omfatte omsorgstjenestene.

I henhold til intensjonen i samhandlingsreformen skal de fleste pasienter med omfattende og sammensatte behov for tjenester leve og bo i kommunene og få sin oppfølging der.

Kommunesamarbeidet slutter seg derfor til departementets vurdering om at hovedansvaret for å utarbeide og koordinere individuell plan bør ligge hos kommunen, også i de tilfellene en person har behov for tjenester både fra kommunen og spesialisthelsetjenesten.

Erfaringsmessig er det nødvendig med en tydelig ansvars plassering. Spesialisthelsetjenestens plikt til å medvirke til planarbeidet må imidlertid presiseres i lov.

Kommunesamarbeidet støtter forslaget om å oppnevne koordinator på individnivå.

Kommunene må også her stå fritt til å organisere dette. Det påpekes mulig sårbarhet i en ordning med å tildele den enkelte pasient koordinator. Dette kan løses på flere måter bl annet

ved å ha en ko-koordinator der det synes hensiktsmessig. For øvrig bør systemansvaret ligge hos virksomhetsleder.

Ø-HJELPTILBUDET

Departementet ber høringsinstansene særskilt om synspunkter på om kommunene eventuelt bør pålegges en plikt til å ha døgnopphold til pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp. Det vises i samhandlingsreformen til at pasienter unødig havner på sykehus i mangel av kommunale tilbud.

Kommunesamarbeidet vil bemerke at leger som er alene på vakt i distriktkommuner vil av sikkerhetshensyn måtte innlegge pasienter oftere enn leger i sentrale strøk. Dette fordi det kun er i ettertid av innleggelsen man kan si om innleggelsen er nødvendig eller ikke.

Det kan i noen situasjoner være hensiktsmessig å ha pasienten til observasjon i et kortere tidsrom knyttet til observasjonssenger ved legevakten. Dette gjelder uavklarte situasjoner der legen finner det tilrådelig å bruke noe mer tid til å avklare om pasienten må på sykehus, kan legges inn på kommunens sykehjem eller sendes hjem med videre oppfølging fra kommunens helsetjeneste. Dette er imidlertid et ansvar som ikke bare kan påhvile kommunen å ta stilling til. Det må forgå i en samhandling og rådgiving med spesialister på sykehus, som må være tilgjengelig for legevaktslegen. Det må etableres samarbeidsavtaler med det respektive helseforetak om hvordan denne samhandlingen skal foregå. Økonomisk bør dette være et spleiselag mellom helseforetak og kommuner. Dette må gjerne lovfestes, men ansvaret kan ikke påhvile kommunene alene.

Alle kommunene i dette kommunesamarbeidet har vedtatt å etablere observasjonssenger knyttet til den interkommunale legevakten. Det er et prøveprosjekt over 2 år. En viktig forutsetning for dette tiltaket er at dette foregår i et formalisert samarbeid med UNN HF, regulert gjennom samarbeidsavtale (avtaleforhandlinger pågår pr i dag)

KOMMUNAL MEDFINANSIERING

Departementet peker på 2 mulige medfinansieringsordninger:

1. Aldersbasert modell for somatiske pasienter over 80 år.

Denne modellen vil sannsynligvis være minst sårbar i forhold til kommune økonomien. Det knytter seg imidlertid betenknninger til å knytte finansiering til den eldste delen av befolkningen.

Departementets sier at helse og sosiallovginningen bygger på følgende grunnleggende verdier og prinsipper:

”Befolkningen skal sikres lik tilgang til gode og likeverdige helse- og omsorgstjenester, uavhengig av diagnose eller behov, alder, kjønn, personlig økonomi og bosted. Å gi et helhetlig og tverrfaglig tilbud tilpasset den enkelte bruker står sentralt i tjenesteytingen. Andre verdier som er grunnleggende for tjenestene er trygghet, respekt, individuelle hensyn og valgfrihet, medvirkning, selvbestemmelse og faglig god kvalitet.”

Kommunene stiller spørsmål til om medfinansieringsordningen knyttet til eldre over 80 er forenlig med grunnleggende verdier og prinsipper i lovforslaget. Medfinansiering av spesialisthelsetjenester knyttet opp mot alder kan legge grunnlag for aldersdiskriminering ved

vurdering av behandlingsnivå. Det er også mulighet for at det kan bidra til utrygghet blant den eldste delen av befolkningen hvorvidt behandlingen vil bli gitt på beste mulige omsorgsnivå. Kommunene mener at det alltid må være faglige vurderinger og prinsipp om forsvarlighet som legges til grunn for på hvilket nivå pasienten skal behandles.

2. Generell medfinansiering for medisinske innleggelser/behandlinger.

Denne modellen kan i noen tilfeller slå svært uheldig ut for kommuneøkonomien. Spesielt gjelder dette små kommuner som vil bli svært sårbare. I verste fall kan det medføre at en ressurskrevende pasient kan gi store utfordringer mht. kommunens økonomi.

Når det gjelder punktet om kommunal medfinansiering sier Departementet at "Arbeidet med å utrede kommunal medfinansiering er ikke ferdig når dette høringsnotatet sendes ut." Dette forstås slik at det er vanskelig å finne frem til gode modeller og dermed er et tema det er nødvendig å bruke mer tid på. Det vil også ta tid for kommunene å etablere tjenestetilbud for å ivareta intensjonen i samhandlingsreformen, herunder også etablere gode kommunesamarbeid.

Det må forutsettes at merkostnader som følge av nye oppgaver blir fullfinansiert fra statens side, samt at endringer i forhold til pasientforløp ikke iverksettes før kommunen er sikret økonomiske rammer for å imøtekomme endringene.

3. Kommunalt finansieringsansvar for utskrivningsklare pasienter.

Det må sikres at det utarbeides nasjonale kriterier for hva som er utskrivningsklare pasienter. Samarbeid mellom kommuner og helseforetak må sikres gjennom avtaler vedrørende inn og utskriving. Kommunene må likestilles med spesialisthelsetjenesten som forhandlingspart med hensyn til å forhandle frem slike rutiner.

Det er kommunesamarbeidets oppfatning at midlene som skal overføres til kommunene skal fordeles etter nøklene i kommunenes inntektssystem.

En overføring av midler basert på historiske/faktiske tall vil oppleves som uforutsigbar og urettferdig, da kommuner med mange utskrivningsklare pasienter i sykehus vil få de største overføringene mens kommuner som har igangsatt tiltak for å kunne ta pasientene sine tidligere hjem, vil få mindre enn ved objektive kriterier. På sikt vil dette være en u hensiktsmessig ordning for å ivareta intensjonen i samhandlingsreformen. Overføring av midler basert på historiske tall vil ikke stimulere kommuner med mange utskrivningsklare pasienter til å ta disse hjem, ettersom denne ordningen vil fullfinansiere den praksis som disse kommunene har ført.

OPPHOLDSPRINSIPPET

Departementet foreslår at lovverket fortsatt skal ha oppholdsprinsippet som hovedregel. For tre av kommunene i dette kommunesamarbeidet knytter det seg spesielle utfordringer til dette prinsippet, som det vil være ønskelig at departementet ser nærmere på.

1. Kommunene Bardu og Målselv er Forsvarskommuner, med vertskommuneansvar for store deler av Hæren. Spesielt må dette sees i sammenheng med Veteranmeldingen og

oppfølging av veteraner og deres familier. Hvilke konsekvenser vil et ”sørge for ” ansvar få i så måte. Det forebyggende perspektivet fremheves særskilt.

2. Kommunene Bardu, Målselv og Salangen er vertskommune for statlige mottak for flyktninger. Hvilke konsekvenser vil dette få i forhold til ny helse og omsorgstjenestelovgivning?

REKRUTTERING, KOMPETANSE OG FORSKNING

Kommunene vil i det fremtidige helsevesen få ny rolle ved flytting av oppgaver fra spesialisthelsetjenesten til kommunene, utvikling av nye tjenestetilbud, samt oppbygging av eksisterende oppgaver.

Rekruttere og beholde personell med adekvat kompetanse er en viktig forutsetning for god kvalitet på tjenesten i kommunenes primærhelsetjeneste. I fremtiden vil dette være en av de største utfordringene og en forutsetning for å lykkes med samhandlingsreformen.

Ansvar for å sikre et kompetent helse og omsorgspersonell i helsevesenet må være et Nasjonalt anliggende og ikke bare opp til den enkelte kommune. Likeså må fokus på forskning i kommunehelsetjenesten styrkes. Her må det også følge økonomi med. Dersom forskning omkring forhold som berører kommunehelsetjenesten og et helhetlig helsetilbud til befolkningen skal ha relevans, må kommunehelsetjenesten trekkes mer aktivt med i forskningen enn det som er tilfelle i dag. Dette er også nødvendig for å høyne status til kommunehelsetjenesten som arbeidsarena.

Det vil bli stilt nye krav til helsepersonellens kompetanse i den fremtidige kommunehelsetjeneste, noe som igjen vil kreve endringer av innholdet i utdanningene. Det må derfor legges større vekt på å utdanne helsepersonell som er tilpasset de framtidige kommunale oppgaver. Videre må de myndighetsmessige rammebetingelsene understøtte at det utdannede helsepersonellet i større grad enn til nå blir kanalisert til den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Fokus på desentralisert utdanning må styrkes og utdanningskapasiteten må økes.

KLAGEBEHANDLING

Statens myndighet for tilsyn og klagebehandling bør samles i ett statlig organ. Dette bør ligge til fylkesmannen i fylkene. Dette vil hindre uklare roller og en mindre fragmentert stat i møtet mellom stat og kommune. Det er positivt at statlig klageorgan ikke skal ha anledning til å omgjøre vedtak fattet av kommunen. Dersom klageorganet er uenig med kommunens vedtak, kan saken sendes tilbake til kommunen. Dette vil gi kommunen en helt ny posisjon vis a vis klageorganet, og samtidig gi kommunen en mulighet til å vurdere saken på nytt.

IMPLEMENTERING AV SAMHANDLINGREFORMEN OG NYTT LOVVERK

- Samhandlingsreformen og den nye helse og omsorglovgivningen, herunder folkeshelseloven vil på sikt medføre store endringer for kommunene.
- Det er av stor betydning for om arbeidet med innføring av samhandlingsreformen skal lykkes at dette gjøres gjennom en gradvis implementering, slik at kommunene kan tilpasse sin organisasjon og drift til dette.
- Det er av avgjørende betydning at merkostnader knyttet til nye tjenestetilbud, etablering av nye systemer og andre administrative oppgaver som resultat av samhandlingreformen fullfinansieres av staten.
- Arbeidet med å sikre kompetanse på alle nivå i helsevesenet må intensiveres.

Hege Walør Fagerthun

Leder av styringsgruppen for Interkommunal legevakt