

Høringsnotat - forslag til ny kommunal helse- og omsorgslov

Båtsfjord kommune gir følgende uttalelse i forhold til høringsnotatet:

1. Hvilken myndighet er foreslått gitt til kommunene?

Vi er fornøyd med at de framlagte lovforslag er pliktlover og ikke rettighetslover og gir kommunen mulighet for fleksibilitet i oppgaveløsningen.

Det er behov for sterkere kommunal styring av legetjenesten, og det endelige lovforslaget må avspeile det.

Tydeliggjøring av kommunens overordnede ansvar for fastlegeordningen bør nedfelles i forskrift. Det er tvilsomt om kommunene får mer styring med hva legene gjør ved å øke finansieringsansvaret, (50/50 fordeling av basistilskudd/takster), og vi kan blant annet av den grunn ikke støtte nevnte forslag om økt kommunalt finansieringsansvar.

I tillegg vil vi framheve:

- Det må skje en vekst i antall allmennleger i kurativ praksis, samt en økt tilgang på medisinsk kompetanse i kommunenes administrative planarbeid.
- Legetjenesten må integreres bedre i den kommunale helse- og omsorgstjeneste.
- Det må sikres god tilgang på allmennleger i alle landets kommuner.
- Økt kommunal styring må komme gjennom økt omfang av kombinasjon fast ansatt kommunelege/ lege på driftsavtale. På den måten kan kommunen, som arbeidsgiver for den delen av stillingen som er fast ansatt kommunelege, bruke sin styringsrett slik at legen i større grad deltar i omfattende koordinering og samarbeid rundt tunge kronikere med behov for sammensatte og koordinerte tjenester.

Nye plikter, større ansvar og flere oppgaver til kommunene må følges av ressurser, myndighet og tillit.

En viktig premiss i samhandlingsreformen er at fastlegene skal styrke sin innsats til prioriterte grupper. Dette forutsetter flere fastleger. Hvis ikke, blir resultatet dårligere tilgjengelighet til fastlegen for "folk flest".

Det bør utvikles tiltak:

- for rekruttering av flere allmennleger/fastleger og oppretting av utdanningsstillinger/fastlønnsstillinger,
- som evner å håndheve legefordelingssystemet og å begrense veksten i nye legestillinger til sykehusene (slik man lyktes med ved innføring av fastlegeordningen).
- likeverdig geografisk fordeling vil bli helt avgjørende for en geografisk utkantskommune som Båtsfjord

2. Ansvarfordeling og avtaler mellom kommunene og helseforetak

Det er behov for en tydeligere ansvarsfordeling mellom spesialisthelsetjenestens og kommunehelsetjenesten. Det må ikke inngås rigide avtaler der det ikke gis rom for medisinsk skjønn og vurdering av den totale ressursituasjonen. Derfor vil det være behov for sentrale retningslinjer og standard avtaler slik at vi unngår store forskjeller og avtaler som er meget detaljerte. Vi må unngå/ begrense behovet for dyre og tidskrevende tvisteløsninger.

3. Hvilke nye oppgaver og plikter er foreslått for kommunene?

Vi ser positivt på fokuseringen på at gode pasientforløp mellom kommunen og helseforetaket gjennomgås. Vi ser også positivt på en gjennomgang av de viktigste pasientforløp fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten. Dette gjelder særlig psykiatri, rus og rehabilitering.

Båtsfjord kommune har i mange år hatt øyeblikkelig hjelp døgntilbud til pasienter med definerte medisinske tilstander på sykestueplass som er drevet i samarbeid med Helse Finnmark. De siste årene er dette samarbeidet blitt oppgradert og ansvar er blitt plassert. Denne ordningen med sykestueplasser i en eller annen form bør styrkes og videreutvikles gjennom lovfesting.

4. Hvilke plikter gis kommunen/fylkeskommunen i forhold til folkehelse?

Det er positivt med en utvikling hvor folkehelse vektlegges i lovs form for både kommune og fylkeskommune. Vi stiller likevel spørsmål ved den underliggende premiss om at den foreslåtte nye folkehelseloven vil frembringe bedre folkehelse, uten at dette skal ha betydelige økonomiske eller administrative konsekvenser for kommunene/fylkeskommunene.

Krav til samarbeid, helseovervåkning og statistikk i lovforslaget vil ha betydelig økonomiske og administrative kostnader det ikke er tatt høyde for i høringsnotatet. Dette arbeidet vil gi viktige premisser for planlegging av helsefremmende lokalesamfunn, og det er helt vesentlig at dette finansieres tilfredsstillende. Vi ser fram til at programmer som ”Sunne kommuner” og ”Partnerskapskommuner” kan integreres og videreføres på en helhetlig måte.

Vi støtter at folkehelsearbeidet er tatt ut av helseloven og knyttet sterkt opp mot plan- og bygningsloven og kommunens øverste ledelse og styringssystemer.

Den regionale tilsynsmyndighet bør være felles for både folkehelselov og lov om helse og omsorg.

5. Hvordan er nye oppgaver og plikter foreslått finansiert?

Vi går primært imot kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten. I en liten kommune som Båtsfjord blir den økonomiske forutsigbarheten for dårlig. Det er bare en liten del av potensielt dyre behandlinger i spesialisthelsetjenesten som vil kunne forebygges og dermed spare penger på innleggelser. Slike variasjoner vil bli spesielt store i små kommuner.

Dersom det blir en ordning med medfinansiering må det kombineres med tak for å begrense finansiell risiko for enkeltkommuner.

Medfinansieringsmidler vil ikke være tilstrekkelig til å finansiere alternative rehabiliteringstilbud i kommunene. Selv om spesialisthelsetjenesten skal gjøre mindre og kommunene mer på rehabiliteringsfeltet, vil vinningen i spesialisthelsetjenesten mest sannsynlig spises opp av nye behandlingstilbud grunnet utviklingen innen forskning og teknologi. Merkostnadene i kommunehelsetjenesten gjennom økt rehabilitering og lokalt akutt tilbud må finansieres med friske penger. Som et minimum må innsparinger på spesialisthelsetjenesten og merkostnader for kommunene beregnes med sikte på å flytte ressurser fra spesialisthelsetjenesten til kommunene.

De økonomiske virkningene ved øyeblikkelig hjelp døgntilbud må beregnes med sikte på fullfinansiering.

6. Hvilke utfordringer medfører forslagene innen kompetanse, forskning og IKT?

Båtsfjord har spesielle utfordringer med å skaffe og opprettholde høy kompetanse. Dette skyldes generelt lavt utdanningsnivå, vanskeligheter med rekruttering og dyre videre- og etterutdanningsprogrammer pga. geografiske forhold.

Behovet for arbeidskraft nødvendiggjør flere tiltak. Det må utdannes tilstrekkelig helsepersonell med relevant kompetanse. Kommunene må fortsette arbeidet med å utvikle gode og interessante arbeidsplasser, der medarbeideren blir værende og sikres kompetanseutvikling. En fortsatt innsats rettet mot flere i større og hele stillinger samt reduksjon av sykefravær vil gi bedre utnyttelse av dagens ansatte.

Utdanningsinstitusjonene er i for stor grad rettet inn mot arbeid i spesialisthelsetjenesten, og at det i større grad må legges vekt på å utdanne personell som er tilpasset fremtidige kommunale oppgaver. Rekrutterings- og kompetansehevingstiltak for å imøtekomme reformens intensjoner vil måtte kreve økonomiske ressurser for kommunene, og trolig vil ha tariffmessige konsekvenser.

Ressurser må stilles til rådighet fra staten til kompetansetiltak i alle fall i utkantskommuner.

Det må tilrettelegges for å etablere et formalisert samarbeid mellom forskningsinstitusjoner og kommuner.

Det er nødvendig med et krav til elektronisk dokumentasjon og forsendelse av helseopplysninger mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten og mellom pleie/

omsorg og fastlegetjenesten. For oss er det derfor viktig med videreutvikling av telemedisinske løsninger.

7. Hvordan kan samhandlingsreformen gjennomføres?

Gjennomføringen av nye helselover må implementeres gradvis og etter en plan. Det må også fastsettes ”milepæler” hvor resultatene av samhandlingsreformen på gitte tidspunkter etter nærmere kriterier skal vurderes. For hver milepæl må finansiering være på plass.