

Fra: Fremtidens helsetjeneste
 Sendt: 17. januar 2011 21:20
 Til: gudbrand.teigen@venstre.no
 Emne: Ditt høringssvar, Høringsuttalelse fra Bærum Venstre til lover knyttet til Samhandlingsreformen, er mottatt

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

Høringsuttalelse fra Bærum Venstre til
 lover knyttet til Samhandlingsreformen
 Høringsnotat - forslag til ny kommunal helse- og omsorgslov
 Høringsnotat - forslag til ny folkehelseslov
 Grunnlag for ny helse- og omsorgsplan

Som en innledning vil vi bemerke at Samhandlingsreformen er en følge av at Statens overtakelse av sykehus og opprettelse av helseforetak ikke ga den forventede kostnadskontroll. Behovet for en ny reform er etter vår mening en følge av mangler ved den forrige store helsereform. Denne reformen bærer preg av at staten har erkjent at den tok "Svarte-Per" vekk fra fylkeskommunene ved å opprette helseforetak i statlig regi, og at staten selv ble sittende med "Svarte-Per" for lange ventelister. Det fremlagte forslag bærer preg at staten i stor grad ønsker å flytte ansvar og "Svarte-Per" til kommunene.

Et demokratisk problem

Det skal påpekes at når det nå blir kommunepolitikerne sitt ansvar, bør det være mulig for en kommunepolitiker å skaffe seg oversikt over konsekvenser for kommunen og i hvilken grad endringen er til det beste for kommunens innbyggere innen rimelig tidsbruk. Med to lover på til sammen 700 sider i tillegg til diverse tilleggs- og grunnlagsdokumenter sier det seg selv at mange kommunepolitikere vil komme til å være positive til flotte intensjoner uten klart å ha innsett realiteten for kommunen og innbyggerne.

Virkelighetsbeskrivelsen

Bærum Venstre vil peke på at den virkelighetsbeskrivelse som reformen legger til grunn, ikke samsvarer med virkelighetsbeskrivelsen i Stortingsmeldingen om Samhandlingsreformen. Virkelighetsbeskrivelsen danner grunnlag for tiltak og ansvar. I forslaget er man glad for at det er flere friske enn syke, og konklusjonen på at det er flere syke er at det er flere eldre. Det er langt fra sikkert at dette er hele sannheten. Med en befolkning hvor 700.000 enten har diabetes eller står i fare for å få det, 200.000 har KOLS, 100.000 anslås å ha søvnapne og et økende antall unge får kreft hvert år er det vanskelig å slå seg til ro med at vi har en frisk befolkning. Det påpekes at det er endrede levevaner som er årsaken.

Staten har langt større

muligheter til å påvirke folks levevaner gjennom råd fra statlige institusjoner som Ernæringsrådet og

Tobakkskaderådet, og gjennom å gjøre endringer på avgifter og merking av matvarer. Ettersom det er staten som

gjennom ulike råd og utvalg gir råd vil kommunen være prisgitt statens råd - er de gode, vil de gi mye helse og

reduserte kostnader - er de dårlige, vil de gi økte kostnader og dårlig helse.

Hvordan skal kommunene forholde

seg til statens råd? Er det akseptabelt for en kommune som mener at statens faglige råd er feil, å se bort fra disse

og legge annen faglig ekspertise til grunn? Dersom en tvinges til å følge

statens faglige forordninger, hva vil være

de økonomiske konsekvensene av dette? Som et eksempel på faglig utfordring kan nevnes at Ernæringsrådet og

Helsedirektoratet anbefaler at diabetikere (sukkersyke) skal spise 45-60% av energibehovet som karbohydrater.

Ettersom diabetikere har problemer med å håndtere karbohydrater (sukker) er det mange som mener at

Ernæringsrådet og Helsedirektoratet er på vilje veier. Vil en være pålagt å følge slike råd og vil staten si så fall
 dekke konsekvensene av at stadig flere vil få diabetes?
 En annet sentral del av virkelighetsbeskrivelsen er sammenhengen mellom helse og inntekt: "Det er sammenheng mellom lav inntekt og risiko for sykdom som fører til helseforskjeller. Det skyldes ulikheter i levekår som kort eller avbrutt utdanning, løs tilknytning til arbeidslivet, belastninger i arbeidsmiljøet, dårlig bomiljø, begrensede ressurser til å ta sunne valg og ulik tilgang på helsetjenester.

Sitat " Helse er ulikt fordelt mellom sosiale grupper i befolkningen. Vi må erkjenne at vi har et lagdelt samfunn - der de som er mest privilegert økonomisk også har best helse" .Sitat slutt s.41 Kap.3.2.2 i Forslag til ny kommunal helse- og omsorgslov.

At det eksisterer en slik sammenheng betyr ikke nødvendigvis at en lav inntekt fører til dårlig helse. Det kan like godt være at dårlig helse fører til lav inntekt. Det blir et problem når regjeringen kun skal redusere de sosiale helseforskjeller gjennom å "redusere de økonomiske forskjellene i befolkningen, øke innsatsen mot fattigdom, sikre grunnleggende økonomisk trygghet for alle, sikre barn like muligheter til utvikling uavhengig av foreldres økonomi, utdanning, etnisk bakgrunn og geografisk tilhørighet, fremme et inkluderende arbeidsliv, fremme sunnere arbeidsmiljøer, redusere forskjeller i helseatferd, sikre likeverdige helse- og omsorgstjenester, sikre bedre levekår for de vanskeligst stilte." Det ligger da implisitt at det er en kausal sammenheng slik at lav inntekt leder til dårlig helse. En slik tilnærming er ikke opplagt i kanskje verdens rikeste land og hvor inntektsforskjellene er minimale sett i et internasjonalt perspektiv. En motsatt tilnærming er minst like legitim (at sykdom leder til lav inntekt), men tiltakene er kanskje ikke like åpenbare. Bærum Venstre vil oppfordre til større åpenhet om hva som er årsak og virkning, og vi oppfordrer til å vektlegge hovedmålet om en bedre helse for alle.
 Når "nesten 700 000 personer i yrkesaktiv alder står midlertidig eller varig utenfor arbeidslivet" (ca. 1/5 av befolkningen i arbeidsdyktig alder), og "Norge er det OECD-landet som har høyest tilgang på nye uføre og lavest avgang", er det åpenbart at det er et eller annet som er "sykt". At dette uten videre skal lastes over på kommunene slik en ser det er foreslått, er ikke nødvendigvis et godt forslag for innbyggerne, og særlig ikke for de innbyggerne som faller utenfor og er syke.

Det hadde vært å ønske, men ikke å forvente at alle innbyggere skal følge alle livsstilsråd, legge om sitt kosthold, trene flere ganger pr uke, ta lenger utdanning enn de muligens har ønsker om og evne til må i beste kalles optimistisk, selv over en betydelig lenger tidshorisont enn 10 år. Venstre ønsker realistiske mål og tiltak. Vi tror mennesker ønsker valgfrihet og at man ved informasjon og incentiver som fremmer egeninnsats og som stimulerer til helsefremmende valg, kommer lenger enn med statlig styring.

Økonomisk utfordring ved Samhandlingsreformen
 Slik vi ser lovforslagene og med all usikkerhet som hersker rundt detaljer i utformingen, er de økonomiske konsekvensene for kommune vanskelig å se. Vi frykter at det vil komme store kostnader som vil gjøre at det samlede tilbudet til Bærums befolkning vil bli redusert.
 Forslag til ny kommunal helse- og omsorgslov
 31.4.2 (side 366) om St.meld. nr. 47 (2008-2009) - Samhandlingsreformen

sitat: " Overføring av det økonomiske ansvaret for utskrivningsklare pasienter fullt og helt til kommunene, vil innebære at kommunene får en betalingsplikt for pasienter som er definert utskrivningsklar". I meldingens punkt 9.5.2 er det understreket at hensikten med en slik endring ikke er å straffe kommuner som ikke tar i mot utskrivningsklare pasienter, Men å etablere en riktigere insitamentssituasjon for kommunene. I forlengelsen av dette er det uttalt:

Sitat: "Samlet for kommunesektoren vil de i forbindelse med innføringen av ordningen få tilført midler som svarer til sykehuskostnadene for de utskrivningsklare pasientene. I prinsippet kan de velge å videreføre omfanget av utskrivningsklare pasienter i sykehus og betale kostnadene ved dette. Samtidig vil det ligge et økonomisk insitament til å etablere kommunale plasser med lavere kostnader, med muligheter til å bruke de sparte midlene til andre helsetiltak. Endringen finansieres ved at regionale helseforetak får et trekk i sine rammer og kommunene en økning i sine rammer, basert på historiske tall for kostnader knyttet til utskrivningsklare pasienter. Dette vil forutsette endring i betalingsforskriften for utskrivningsklare pasienter. Før en pasient kan defineres som utskrivningsklar til primærhelsetjenesten, må alle momenter iht definisjonen av utskrivningsklar pasient være innfridd. Kommuner og sykehus må i samarbeid utarbeide klare kriterier for når en pasient er utskrivningsklar og kriterier for reinnleggelser. På spesielt krevende pasientgrupper må det avtales et rimelig tidspunkt for utskrivning. Videre bør epikrise fra lege med medikamentopplysninger, resepter og rapporter fra alle aktuelle faginstanser forutsettes å foreligge ved utskrivning. Det må etableres systemer for å håndtere situasjoner der partene ikke kommer til enighet om pasientens funksjonstilstand og behov for tiltak etter utskrivning. Det må også etableres systemer for å håndtere uenighet av prinsipiell karakter." Sitat slutt. (Våre understrekninger)

Punktene markert med våre understrekninger er momenter, vi med respekt å melde, dessverre må anse som både urealistiske og diffuse. konsekvensen for kommunens budsjett vil være betydelige.

Om 31.5 (s.370) Departementets vurderinger og forslag

sitat: " Innføringen av ordningen er likevel en utfordring både for helseforetakene og kommunene. Dersom kommunene ikke bygger opp eget tilbud, men fortsetter å benytte seg av sykehusstilbud i samme omfang som tidligere, vil sykehusene få midlene som er flyttet til kommunene tilbake i form av en døgnats. Ordning vil da i utgangspunktet være nøytral for sykehusene. Dersom kommunene kan overta og gi kommunale tilbud til alle utskrivningsklare pasienter i løpet av kort tid, vil sykehusene potensielt møte en økonomisk omstillingsutfordring som det på forhånd kan være vanskelig å vite omfanget av. Avhengig av hvilke pasientgrupper som inkluderes, samt hvilket nivå på døgnkostnaden og antall utskrivningsklare pasienter som legges til grunn, vil andelen være mellom 0,6 og 3 prosent av den samlede basisbevilgningen til helseforetakene".Sitat slutt. (Våre understrekninger).

Dette beskriver en situasjon som for sykehusene, og dermed helsevesenet, må bety

økonomisk uforutsigbarhet og også et problem mht vurdering av reelt bemanningsbehov. Vi mener at forutsigbarhet, ikke sannsynlighetsberegning, er en avgjørende faktor for økonomisk planlegging og bemanning.

Kompetanse og rekruttering 3.2.2 Fremtidige utfordringer.

Rekruttering

Det aller viktigste å få på plass er nok og tilstrekkelig utdannet personell. Det er ikke tallet p.t på utdannet helsepersonell alene som er relevant. Det er hvor mange som faktisk arbeider med pasientbehandling som er av betydning. Det er flere faktorer, som stimulerende fagmiljø, lønn, arbeidsvilkår og muligheter for bolig som får ansatte til å bli værende i klinisk virksomhet.

Alle kommuner vil ha store utfordringer med rekruttering av nødvendig personell for å møte behovene som skisseres. Bærum kommune har så høye boligpriser at andre omkringliggende kommuner i realiteten må regnes som klart mer aktuelle arbeidssteder.

Regjeringen må vurdere om økonomiske incentiver, eks. tilskudd til boliger for mangelpersonell, kan være aktuelle for utsatte kommuner.

Behovet for kompetanse vil øke betydelig. Det må altså understrekes at det ikke er en automatisk sammenheng mellom utdanning og faktisk pasientrettet arbeid, til tross for at Norge i studier har høy dekningsgrad av sentrale helsepersonellgrupper.

(<https://fremtidenshelsetjeneste.regjeringen.no/tema/utdanning-og-rekruttering/detalj/#situasjon>).

Reformen er tenkt iverksatt raskere enn det tar å utdanne mennesker med 3-5 års utdanning og påbygget

videreutdanning. Hva gjør man for å tette gapet i mellomtiden? Alternativer er at pasienter får dårligere hjelp, ansatte må arbeide for flere for å kompensere med de konsekvenser dette vil gi i form av feil behandling/pleie, utbrenthet og sykemeldinger.

I reformen legges det til grunn at alle ansatte må ha en stor kompetanse innen bruk av IKT ved dokumentasjon og overføring av personalopplysninger. Det oppleves som urealistisk at alle som ønsker å arbeide med pasienter føler seg kyndig eller komfortable med IKT eller å ha foreløpige språkproblemer. Disse kan man i praksis skremme bort fra å arbeide med pasienter, dette til tross for at de samme kan ha god faglig kompetanse. Dersom vår forståelse er korrekt, er vi opptatt av at det må være mulig å få arbeid i helsesektoren uten å ha bred IKT kompetanse.

De siste 15 årene har vært en sammenhengende reform med store belastninger og uforutsigbarhet for ansatte. For å beholde ansatte i arbeid og unngå sykemeldinger/uførhet er det vesentlig at dette tas med i betraktningen ved denne reformen. Ønsker om arbeidsro for å ta seg av sine pasienter er forståelig.

Om 11.6.15 Brukerstyrt personlig assistanse
Loven nevner brukerstyrt personlig assistent (BPA). Brukere gir gode tilbakemeldinger om dette tiltaket, men vi synes å lese i lovteksten at man er noe betenkt med å anbefale BPA. Det forundrer oss at man kan problematisere BPA i forhold til behov for bemanning.

Sitat: " Samhandlingsmeldingen viser til økende behov for helse- og omsorgstjenester, knapphet

på personell og behov for en bærekraftig langsiktig utvikling. BPA er en organisasjonsform hvor personellinnsatsen knyttes til én bruker, og deling av personell mellom flere brukere er vanskelig. En individuell rettighetsfesting vil føre til at flere brukere velger BPA framfor tradisjonelle omsorgstjenester. En slik utvikling vil over tid gi økt personellbehov og økte kostnader for det offentlige". Sitat slutt. Vår mening er at sannsynligvis er BPA et godt rekrutteringstiltak for mennesker som først arbeider brukerstyrt assistent og deretter begynner med helserelatert utdanning. Det viktigste er likevel at for å kunne delta, også i arbeidslivet som funksjonshemmet, er BPA sannsynlig et bedre tilbud enn annen helsehjelp som hjemmesykepleie.

Kapitel om Personvern 7.3.3

Det er for øvrig ikke bare (sitat): "enkelte pasient- og brukergrupper som er sårbare for lekkasjer av personlige opplysninger" sitat slutt. Absolutt alle pasienter trenger full tillit til taushetsplikt og at alle profesjoner som nå foreslås omtalt som helsepersonell har respekt for dette.

Lov om Folkehelse

Det er positivt at ansvaret for folkehelsearbeidet legges til kommunen, så fremt forutsetningene økonomisk ligger til rette for dette både i små og store kommuner.

Tannhelse

S 65 10.2.2 sier at det arbeides med en revisjon av tannhelsetjenesteloven. Utfra fokus på folkehelse og kjent kunnskap om sammenheng mellom dårlig tannstatus/infeksjon og hjerte/kar sykdom ser vi fram til å få vite hvordan man tenker å gjøre det økonomisk mulig for alle innbyggere å ha like muligheter til å benytte seg av tjenester hos tannlege og tannpleier. Særlig sett i lys av innholdet i kapitlet om utjevning av sosiale helseforskjeller.

Konklusjon

Venstre er bekymret for at samhandlingsreformen vil bli et nytt NAV-prosjekt. Intensjonen er god, men verktøyet, økonomi, ansatte og elektroniske systemer, er ikke på plass.

Vi er også usikre på virkelighetsbeskrivelsen som danner grunnlag for reformen og om de tiltak som foreslås er de riktige for å oppnå en bedre helse.

Etter vår mening bør ikke denne reformen innføres i 2012 for alle kommuner, den er ikke tilstrekkelig forberedt. Vi vil foreslå at den forsøkes i utvalgte kommuner og at en ut fra disse erfaringer implementerer for hele landet. Vi er ikke negative til at Bærum kommune kan være en forsøkskommune, men da med de forutsetninger det ligger i å være en forsøkskommune.

Bærum 17.1.2011

17. januar 2011 22:19

Svaret kan leses her

Du er registrert som:

Brukertype: Privatperson

Navn: Bærum Venstre

Brukernavn: gudbrand.teigen@venstre.no

E-post: gudbrand.teigen@venstre.no

Adresse: c/o Gudbrand Teigen, Sleiverudlia 3, 1354 BÆRUMS VERK