

Fra: Fremtidens helsetjeneste
Sendt: 18. januar 2011 12:50
Til: kolbjorn.sandve@gjesdal.kommune.no
Emne: Ditt hørings svar, Høringsuttalelse Hå, Time, Klepp, Randaberg og Gjesdal kommuner, er mottatt

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

Høringsuttalelse Hå, Time, Klepp,
Randaberg og Gjesdal kommuner
HØRINGSUTTALELSE FRA KOMMUNENE HÅ, TIME, KLEPP, RANDABERG OG GJESDAL

Innledning

Denne høringsuttalelsen oversendes på vegne av kommunene Hå, Time, Klepp, Randaberg og Gjesdal. Det er bare Time kommune som har lagt fram og vedtatt uttalelsen politisk, mens de andre fire har behandlet saken administrativt. I disse kommunene vil imidlertid saken bli lagt fram politisk som en orienteringssak i etterkant. Høringsuttalelsen gis samlet for utkast til Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, Lov om folkehelse og Nasjonal helse- og omsorgsplan. Innholdet i uttalelsen forholder seg ikke direkte til paragrafene i lovteksten. Det blir likevel tatt stilling til enkelte utvalgte problemstillinger som reises i nevnte dokumenter. For øvrig vises til KS eget hørings svar.

Generelt

Kommunene er i utgangspunktet positive til Samhandlingsreformens intensjoner som innebærer en overføring av oppgaver og ansvar til kommunene fra helseforetakene. Hvilke oppgaver dette vil medføre mener vi ikke kommer tydelig fram i lovutkastene. Etter mange omfattende reformer innen helse- og omsorgssektoren er erfaringen at kommunene nå har fått overført krevende oppgaver uten tilsvarende ressurser. Det er derfor et krav at reformen er klargjort gjennom lov og regelverk og fullfinansiering. Det er argumenter som taler for en gradvis gjennomføring av Samhandlingsreformen. Dette kan gjennomføres ved at ett helseforetak og alle de kommuner som forholder seg til dette, gjennomfører et pilotprosjekt. Forutsetningen er at alle kommunene deltar, og at det under helseforetakets område både er store og små kommuner. For kommunene er det viktig at gjennomføringen av Samhandlingsreformen medfører en bedre utnyttelse av de samlede ressurser vårt samfunn bruker på helse- og sosialtjenester. Kommunene støtter at lov om sosiale tjenester og lov om kommunehelsetjenesten slås sammen til en lov. Den foreslåtte tittel er imidlertid ikke dekkende for lovens virkeområde. Det er perspektiver utover de pleie og omsorgsmessige som tradisjonelt har blitt beskrevet som sosial tjenester som videreføres i lovutkastet. Kommunene mener derfor at loven bør benevnes "lov om kommunale helse- og sosialtjenester."

Kommunenes ansvar for helse og omsorgstjenesten

For kommunene er det viktig at nytt lovverk bygger på en rett til kommunene å organisere sitt helsearbeid. For at arbeidet skal fungere godt, er det en rekke lokale forhold som best ivaretas ved at kommunen selv bestemmer organisering. Dette må også hensyntas i den grad krav til tjenester skal forskriftsfestes eller nedfelles i lov. De nye lovene vil påføre kommunene nye oppgaver slik lovutkastene framstår. Det blir økt ansvar for forebyggende arbeid, kommunene kan få et ansvar for å opprette et øyeblikkelig hjelp tilbud, vi får økt ansvar for

rehabilitering, kronisk syke og eldre skal i større grad få behandling og pleie i kommunene, pasienter med behov for lindrende behandling skal få dette lokalt. Videre skal samarbeid med helseforetak styrkes, kommunesamarbeid må videreutvikles, allmennlegetjenesten skal følges opp på en tettere måte. Kommunene gir støtte til disse endringene, men er urolig for at endringene vil bli gjennomført før finansieringen er avklart. Det vises for øvrig til høringens avsnitt om finansiering som kommenterer dette mer utførlig. Lovteksten er imidlertid ikke klart nok formulert når det gjelder endret ansvar og oppgaver. Det kan ikke overlates til lokale samarbeidsavtaler å beskrive kommunenes ansvar. Det må reguleres i lovs form.

Fastlegeordningen

En kvalitativt god allmennlegetjeneste skal sikre alle innbyggere tilgang på helsetjenester, og er en hjørnestein i kommunenes helse- og omsorgstjeneste. For at samhandlingsreformen skal lykkes er det en forutsetning at det skjer en vekst i kurativ praksis, at legetjenesten blir bedre integrert i den kommunale helse- og omsorgstjeneste, og at det blir sikret god tilgang på allmennleger i alle landets kommuner. Vi er enig i tydeliggjøringen av at det vil være den enkelte kommune som har det overordna ansvaret for at innbyggerne tilbys fastlegetjenester i tråd med nasjonale føringer. Det er viktig at man drøfter forutsetningene for at kommunene skal være i stand til å oppfylle dette ansvaret. Vi støtter departementets forslag om at man ser på om det kan være aktuelt å innføre kvalitets- og funksjonskrav for fastlegene. Fastlegenes listeansvar bør, slik departementet foreslår, presiseres og utdypes. Vi er enig i at legene gis et utvidet ansvar for sine pasientgrupper, for slik i større grad å nå fram til utsatte grupper (skrøpelige eldre, rusmisbrukere, mennesker med psykiske lidelser). Da må oppsøkende og forebyggende tiltak prioriteres. En konsekvens av dette er at maks antall listepasienter må reduseres, og dette må det gis økonomisk kompensasjon for. Forslaget om en økning av per capita-tilskuddet til 50% kan vi ikke støtte, da det i høringen ikke sies noe om hvordan dette er tenkt finansiert gjennom økning av inntekter inn i kommunen. Konsekvensene og fordelingsvirkningene er derfor ikke kjent. Vi er enig med KS i at kommunenes overordnede ansvar for fastlegeordningen nedfelles i forskrift. Det er imidlertid vanskelig å vurdere forslag til en mer omfattende forskriftsfesting før endelig forslag til formulering foreligger. Vi forutsetter at forslag til endringer i fastlegeforskriften samt finansieringsordning sendes på høring til aktuelle instanser før det konkluderes i forhold til dette. Samarbeidsavtale mellom kommunene og helseforetakene Kommunene gir støtte til at samarbeidsavtaler skal danne grunnlag for det lokale samarbeid mellom foretak og kommuner. Slike avtaler må bygge på et klart lovverk som setter rammer for forvaltningsnivåenes ansvar og oppgaver. Således må det være andre instanser enn de lokale som skal definere innholdet i begreper som "utskrivingsklare pasienter", veiledningsplikt, og kompetansekrav. Etter vår mening må samarbeidsavtalene mellom foretak og de aktuelle kommunene kunne være likelydende. Det er viktig å etablere en objektiv tvisteløsningsordning som tar stilling til konflikter som partene ikke selv klarer å løse. Tvisteløsningsordningen må sikre likeverdighet mellom kommuner og foretak. Den må omfatte system for løsning av enkeltsaker der det er uenighet mellom en kommune og et foretak, men også prinsipielle saker som danner presedens for andre.

Folkehelse

Høringsdokumentene ønsker mer tverrsektorielt og nivåovergripende samarbeid og en forståelse for at folkehelsearbeidet må knyttes opp til plan- og politikkkrollen. Mer systematikk og kontinuitet tilstrebes. Nasjonale helsedata skal gjøres mer tilgjengelige. Virksomhetsområdet må omfatte statlige myndigheter og ikke statlige helsemyndigheter slik det foreslås i lovens virkeområde. Skal vi lykkes med å utjevne sosiale helseforskjeller ligger de fleste virkemidlene på nasjonalt nivå og under andre departementer enn helsedepartementet. Lovforslaget utreder ikke hvor krevende et tverrsektorielt, nivåovergripende folkehelsearbeid er. Det er også store forventninger til at kommuner og fylkeskommuner skal bidra til å utjevne sosiale helseforskjeller. At kommuner/fylkeskommuner gis slikt ansvar er grunnlag for å problematisere at loven ikke har økonomiske og administrative konsekvenser. Krav om ny praksis i folkehelsearbeidet (mer tverrsektorielt samarbeid, helseovervåking, og statistikk) må tolkes som nye oppgaver og dermed behov for økte ressurser, all den tid det får store administrative og kompetansemessige konsekvenser.

Kap. 1: Kommunene støtter lovens formål og definisjon folkehelse/ - arbeid, men virkeområdet må for staten også være statlige myndigheter og ikke statlige helsemyndigheter (se ovenfor).

Kap.2: Kommunene støtter prinsippene om hele kommunens ansvar. Det ville likevel være en stor fordel om folkehelsearbeidet kunne vært forankret et sted i organisasjonen. Hvis ikke dette ansvar følges opp med friske midler viser erfaringene at disse oppgavene taper i kampene med andre driftsoppgaver når midlene prioriteres.

I § 5 "Kommunen skal til enhver tid ha oversikt over helsetilstanden i befolkningen og de positive og negative faktorer som kan virke inn på denne. Her er krav om "skal", " til enhver tid" og om "føre-var" prinsippet. Prinsippet må knyttes opp mot kostnad -nytte i den praktiske håndteringen. § 6 er også en "skal"-paragraf der kommunen blir pålagt flere skal oppgaver. Dette vil kreve nasjonal standardisering av tjenlige helseparametre på statlig og kommunalt nivå.

Staten må legge til rette for tjenlig statistikkverktøy, forskning på kommunale helsetjenester og samarbeid med universitetsmiljø (hva virker av tiltak?) for at kommunene skal utvikle nødvendig kompetanse og kvalitetssikre sine tjenester. Dette kompetanseløftet vil kreve nye årsverk i kommunen. Det er bekymringsfullt at det ikke kommer entydige signaler om økonomi til å sikre dette viktige arbeidet.

Kap. 3: Kommunene støtter forslagene i dette kapitlet; §§ 7 - 19. Dette er i prinsippet det samme som dagens kap. 4A i kommunehelseloven. Det er positivt med en dreining mot mer vektlegging av forebygging i stedet for tilsyn. Departementet varsler en revisjon i forskriftene knyttet til miljørettet helsevern, og det er vi enig i. Hele kapitlet setter mer krav til samfunnsmedisinsk kompetanse både i forebygging, planlegging og tilsynsrollen. Dette er ofte en mangel i kommunene i dag. Vi støtter at Fylkesmannen er klageinstans.

Kap. 4 og 5: Kommunene ser det formålstjenlig at fylkeskommunale og statlige myndigheter skal støtte kommunene i folkehelsearbeidet slik som kap. 4 og 5 (§§ 20 - 24) omtaler. Vi vil igjen presisere at det er avgjørende for kommunenes støtte at det utvikles gode nasjonale normer og at relevante data gjøres lettere tilgjengelig enn det som er tilfelle i dag, og at det lages et standardisert kjernesett av data som skal være felles for alle kommunene.

Kap. 6 (§§ 27 - 34): Det er viktig for kommunene at det tilstrebes å ha symmetri i avtalestrukturene med reell likeverdighet, både lokalt, regionalt og nasjonalt (§27).

Kommunene må stå fritt til å organisere plasseringen av den nødvendige samfunnsmedisinske kompetansen slik at kommunelegen får nødvendig handlingsrom og innflytelse (§28). Departementet spør i høringsnotatet om høringsinstansenes syn på hvem som bør være regional tilsynsinstans. Folkehelsearbeidet berører i vesentlig grad andre sektorer enn helsetjenesten. Fylkesmannen har en rekke oppgaver knyttet til de øvrige sektorene i kommunen. Bruk av fylkesmannen som regional tilsynsinstans i folkehelsearbeidet innebærer færre statlige enheter på statlig nivå som tilsynsmyndighet og vil medføre en forenkling for kommunene og en tydeliggjøring av sektorovergripende ansvar i kommunene (§32).

IKT

En forutsetning for at samhandlingsreformens intensjoner skal gjennomføres, er at kommunikasjonen mellom de ulike aktørene kan gå elektronisk. Forventningene om en effektiv samhandling er basert på en svært rask og effektiv informasjonsutveksling. I tillegg må det utvikles nye elektroniske arbeidsredskap for hele helse- og omsorgssektoren. Denne utviklingen må skje på tvers av forvaltningsnivåene. Kommunene mener at det er et statlig ansvar å utvikle systemene og finansiere dem. Reformen kan ikke gjennomføres før disse systemene er utviklet. Det innebærer at dette arbeidet må ha topp prioritert. Når pasienter skal tas imot av kommunens pleie- og omsorgstjeneste straks de er utskrivingsklare, krever det et IKT-system med overføring av journalopplysninger direkte fra helseforetak til pleie- og omsorgstjenesten. Denne løsningen må også oppfatte elektronisk kommunikasjon mellom pleie og omsorgstjenesten og fastlegene. Løsning med felles "kjernejournal" må også prioriteres for å sikre kvalitet på behandling på ulike nivå. Kompetanse og rekruttering De nye oppgavene som kommunene vil få krever økt bemanning, og økt kompetanse. Det blir etter vår mening ikke utdannet nok helsepersonell for å ivareta framtidens utfordringer. Dette gjelder særlig sykepleiere og helsefagarbeider, men også andre yrkesgrupper. Det er en statlig og fylkeskommunal oppgave å dimensjonere utdanningsinstitusjonene slik at ny arbeidskraft er tilgjengelig. Ledelse i helse- og omsorgssektoren må være et prioritert utviklingsområde. Det må settes i gang nye lederprogram på tvers av forvaltningsnivåene. Når det gjelder kompetansebehovet må kommunene i langt større grad enn tidligere definere sine kompetansebehov, og samarbeide med utdanningsinstitusjoner og andre instanser som bidrar til kompetansebygging og kompetanseutvikling. Innholdet i utdanning må rettes mer mot oppgaver i kommunehelsetjenesten/kommunens pleie- og omsorgstjeneste. Det må utarbeides konkrete beskrivelser på den mengde arbeidskraft som trengs, og den type kompetanse som det er behov for i kommunene.

Finansiering

Kommunene forutsetter at samhandlingsreformen iverksettes på en måte som sikrer fullfinansiering av reformen. Kommunene forutsetter også at samhandlingsreformen ikke iverksettes før det foreligger tilstrekkelige økonomiske analyser og en avklaring av fullfinansiering. Kommunene forventer en ny høringsrunde når den økonomiske modellen blir mer konkretisert. Sentrale finansieringsspmåler i reformen er vanskelige å svare på før de er utredet videre. Det gjelder spørsmålet om døgnpris for utskrivingsklare pasienter, måte å overføre midler til kommunene

for å finansiere de utskrivingsklare pasientene på og spørsmålet om å overta ansvaret for eldre eller pasienter med medisinske diagnoser. Kommunene har derfor valgt å ikke gi uttalelse til disse finansieringsspørsmålene nå, men forventer at en på et senere tidspunkt får anledning til å komme tilbake til dette. Kommunene vil peke på en del problemstillinger som må belyses i det videre arbeidet med finansieringen av reformen:

Kommunal medfinansiering:

Samhandlingsreformen vil ta tid før den får effekt i alle kommuner for alle aktuelle pasientgrupper. Det er vanskelig å se at ikke dette vil føre til en "pukkeleffekt" i starten av reformen når sjukehusene fortsatt vil ha kapasitet til de aktuelle pasientgruppene, mens kommunen bygger opp sin kapasitet. 20 % av DRG-vekten er ikke nok til å fullfinansiere kommunale tilbud som erstatning for sjukehusbehandling av valgt pasientgruppe (eldre eller etter medisinske diagnoser). Selv om kommunene er / kan være mer kostnadseffektive for pasientgrupper som ikke trenger høyspesialisert sjukehusbehandling, så skal det mye til at kommunene bare skal måtte bruke 20 % av det pasientene koster på et sjukehus (i gjennomsnitt). Dette er presisert i høringsdokumentene. Men det er uklart hvor mye som må komme av midler i tillegg og hvordan disse skal kanaliseres til å bygge opp kommunale tilbud. I dag blir lokalmedisinske sentra finansiert med 2/3 fra helseforetaka og 1/3 fra kommunene. Vil dette bli videreført, og er det "nok"? I presentasjonen av reformen er det antydning at kommunene kan / bør kunne ta omtrent 10 % av de som nå blir behandlet på sjukehusene (av eldre eller de med medisinske diagnoser). Det betyr at minst 90 % av midlene i ordningen bare blir flyttet fra helseforetakene til kommunene og tilbake på et makronivå. For enkelte kommuner kan utslaget bli stort selv om de oppfører seg som en "vanlig" kommune. Spesielt for mindre kommuner vil det være forholdsvis store naturlige variasjoner i sjukehusbruken (kostnadssiden) sett i forhold til objektive kriterier (inntektssiden). Disse utslagene vil komme uavhengig av om kommunen gjør jobben sin og overtar pasienter, og vil sannsynligvis få større økonomiske utslag for kommunen enn de selv kan påvirke. Det må utredes hvordan slike utslag skal fanges opp og eventuelt kompenseres. Både eldre og pasienter med medisinske diagnoser er pasientgrupper som vi vet vil øke framover (eldrebølge og livsstilssykdommer). Det må avklares hvordan kommunene skal få midler til å betale for den delen av økningen i disse pasientgruppene som vil komme i sjukehusene.

Utskrivingsklare pasienter:
 Det må komme på plass en god varslingsordning til kommunene i forhold til utskrivingsklare pasienter. Det er ikke nødvendigvis kostnadseffektivt at alle kommuner til enhver tid skal ha kapasitet til å ta imot pasienter fra sjukehus umiddelbart. Finansieringsansvaret bør derfor settes til 2-3 dager etter at pasienten er utskrivingsklar. Kommunene må få relevant informasjon om pasientene tidsnok til å kunne ta imot dem på en god måte. Dette krever at gode IKT-systemer er på plass før ordningen iverksettes. Slike IKT-systemer må være statlig drevne og finansierte.

Oppsummering:

Det må bygges opp kompetanse i kommunene på analyser av pasientdata fra sjukehusene. Dette både i forhold til utskrivingsklare pasienter og den pasientgruppen som kommunene får medfinansieringsansvar for. Oppbygging av kompetanse i kommunene for å møte kravene i samhandlingsreformen er en utfordring både i forhold til å få nok nye kompetente medarbeidere, men også finansiering av

oppbygging av relevant kompetanse
for kommunens egne ansatte.

Forebyggende arbeid, helsefremmende tiltak og folkehelsearbeid har ofte
kostnadene på et tidspunkt og effekten
på et senere tidspunkt.

Forskning på effekter av helsefremmende tiltak og forebyggende arbeid må styrkes
slik at slike tiltak kan målrettes
i forhold til å gi ønsket effekt.

Det må avklares om samhandlingsreformen får betydning for finansieringsordningen
kommunene nå har for

brukere med særskilt store hjelpebehov. Det kan i stor grad være overlapping i
forhold til de pasientgruppene

enkelte kommuner nå har ansvar for (og som kommer inn under denne
finansieringsordningen), og de

pasientgrupper som kan bli overført i samhandlingsreformen.

18. januar 2011 13:49

Svaret kan leses her

Du er registrert som:

Brukertype: Privatperson

Navn: Gjesdal kommune

Brukernavn: Gjesdal kommune

E-post: kolbjorn.sandve@gjesdal.kommune.no

Adresse: Rettedalen 1, 4330 Algård