

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 OSLO

postmottak@hod.dep.no

Vår referanse: 11/00170-1
Arkivkode:
Saksbehandler: Magne Nicolaisen
Deres referanse:
Dato: 17.1.2011

(Referanse må oppgis)

Samhandlingsreformen - Høringssvar fra KS Troms

- Forslag til ny lov om kommunale helse – og omsorgstjenester
- Forslag til ny Folkehelselov

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 pasientkoordinator 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.

VURDERING

Fylkestyret i KS Troms har gått gjennom forslag til nye lover innenfor helse-, omsorgs- og folkehelseområdet og er positiv til at endringer i oppgaver for kommunen lovreguleres.

Det er imidlertid svært viktig at de tjenesteområdene som reguleres og de nye pliktene som tillegges kommunene ikke påfører kommunene oppgaver som fører til store økonomiske utgifter og problemer med å skaffe kompetent arbeidskraft.

KS Troms vil også understreke viktigheten av at endringene som de nye lovene medfører må ha en gradvis innføring, slik at kommunen kan tilpasse sin organisasjon og drift til disse. Det er svært viktig at avtalene mellom kommunen og helseforetaket tar høyde for denne gradvise innføringen, fordi dette handler om de oppgavene kommunen skal ta et meransvar for og spesialisthelsetjenesten dermed et mindre ansvar.

KS Troms forutsetter 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.

De enkelte punkt under forslag til høringsuttalelser handler om de områder i lovforslagene som KS Troms mener er viktig for at kommunene skal være i stand til å gi innbyggerne en kvalitativ god tjeneste.

HØRINGSUTTALELSE FRA FYLKESSTYRET I KS TROMS:

Forslag til Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester

Nye oppgaver/plikter/aktiviteter som er foreslått for kommunene:

- *Oppgavene som kommunene vil få ansvar for må være tilpasset de enkelte kommuners mulighet til å ivareta oppgaven. Den enkelte kommunes muligheter og begrensinger må defineres i lokale avtaler mellom kommuner og helseforetak. Før inngåelse av lokale avtaler må det foreligge en økonomisk kartlegging av konsekvensene, slik at kommunene er i stand til å ivareta de oppgavene som de likeverdige partene blir enig om å overføre fra sykehusene.*
- *Et døgkontinuerlig øyeblikkelig – hjelp tilbud vil være avhengig av fysiske fasiliteter, kompetanse og økonomi. En lovmessig plikt for kommunene vil sette enkelte kommuner i en vanskelig situasjon, og ”uferdige” løsninger vil kunne sette brukeres liv og helse i fare. En lovmessig plikt vil kreve at staten fullfinansierer kostnadene knyttet til et slikt tilbud.*
- *Det må utarbeides nasjonale kriterier for innleggelse og utskrivelse av sykehus. Nasjonale kriterier vil hindre at det lages ulike kriterier fra sted til sted i landet. Dette vil også sikre en likebehandling av pasienter uavhengig av bosted og sykehustilknytning.*
- *Alder som kriterium for hvor man får helsehjelp må fjernes. Her henvises til det som er omtalt i forhold til personer over 80 år. Det skal alltid være en konkret vurdering av den enkelte pasients lidelse og behov som skal være avgjørende for helsehjelpen som gis.*
- *Begrepet unødvendig sykehusinnleggelse bør fjernes fra debatten og dokumentene. Dette fordi det kun er i ettertid av innleggelsen man kan si om innleggelsen er nødvendig eller ikke. Leger som er aleine på vakt i distriktskommuner vil nødvendigvis av sikkerhetshensyn måtte innlegge pasienter oftere enn leger i sentrale strøk.*
- *Ressurskrevende brukere i kommunene har krevd større og større ressurser av kommunens budsjetter. Deler av denne økningen har blitt kompensert gjennom statlige tilskudd. Ordningen i seg selv oppleves som svært tidkrevende og byråkratisk. Det bør utarbeides kriterier for hvem som skal gå inn under ordningen, og denne bør så fullfinansieres fra statens side. Aldersgrensene som gjelder for ordningen bør fjernes, dvs at ordningen med ressurskrevende brukere også bør gjelde for personer over 67 år*
- *En styrking av kommuneoverlegenes rolle vil være nødvendig for planlegging og implementering av de endringer som samhandlingsreformen legger opp til. Dette gjelder både i den enkelte kommune, men også i samhandlingen mellom kommuner og helseforetak.*
- *Kommunene har store utfordringer i forhold til å klare å gi et kvalitativt godt nok tilbud til mennesker med psykiske lidelser og til rusavhengige. Hovedårsaken til dette ligger i knappe økonomiske rammer. Til tross for opptrappingsplaner vil kommunene ha behov for*

ytterligere styrking av rammene for å imøtekomme forventningene som ligger i samhandlingsreformen.

- Heldøgntjenester i eget hjem har vært økende de siste årene. Dette gir kommunene store utfordringer både kompetansemessig, personellmessig og økonomisk. Det bør vurderes å klargjøre i forskrift hvilke forutsetninger som må være til stede for at en person skal ha rett til heldøgntjeneste i eget hjem.*
- Det er viktig at brukere sikres en minimumsstandard på tjenestene, hvis begrepet forsvarlig minstandard erstattes med verdighetsgaranti, må vi sikre oss at begrepet verdighet ikke tolkes som en dårligere standard enn hva som ligger i forsvarlighetsbegrepet. Bruk av verdighetsgaranti i stedet for forsvarlighetsgaranti vil kunne føre til øke forskjeller i tjeneste tilbudet til kommunene og dermed økt konkurranse mellom kommunene.*
- Det må tas høyde for de samiske/flerkulturelle problemstillinger i helse og omsorgssektoren. Et samfunn som også skal ivareta de samiske interessene har behov for å ha en minimumsstandard som omfatter mer enn forsvarlighet. I et flerkulturelt samfunn vil brukere som får en standardisert forsvarlig tjeneste kunne ha forskjellig oppfatning av om den er verdig eller uverdig.*

Myndighet som er foreslått gitt til kommunene

- Det er positivt at det utarbeides kvalitets- og funksjonskrav for fastlegetjenesten i kommunene. Dette kan gi kommunene bedre mulighet til å få større deltakelse fra fastleger i spørsmål om samhandling, medvirkning og rådgiving i forhold til enkeltbrukere.*
- Det er positivt at kommunene får ta en sterkere styring over fastlegeordningen og legetjenesten i kommunene.*
- For å ivareta de nye oppgavene som skal overføres fra sykehus til kommuner, må det lages planer for økt kompetanse / spesialisering blant legene i kommunene. Kostnader knyttet til denne kompetansehevingen må dekkes av økte statlige overføringer.*

Bruk av avtaler mellom kommuner og foretak, herunder adgangen til å avtale tvisteløsningsordninger

- Når det gjelder avtalene mellom helseforetaket og kommunene så bør disse være basert på en form for standardavtaler supplert med nødvendige lokale løsninger og tilpassninger ut ifra spesielle behov.*
- Det må reguleres klart i avtaler hvordan tvister løses, og avtaler må følges opp i gjennom dialoger i formelle fora. Dersom det oppstår tvist i forhold til avtaler mellom kommuner*

og helseforetak, bør det opprettes et egen uavhengig tvisteløsningsorgan. Et slikt organ vil øke legitimiteten for en tvistebehandling.

- *Behovet for økt juridisk kompetanse i kommunene vil øke. Det bør legges til rette for at kommunene kan tilføres nødvendig kompetanse på dette området.*

Kompetansefordeling for øvrig mellom kommuner og statsforvaltningen

- *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 staten og kommuner.*
- *Det er positivt at kvalitetskrav i forhold til pasientsikkerhet blir behandlet lokalpolitisk (jmf. § 4-2). Dette betinger imidlertid at kommuner og tilsynsmyndighet har en lik oppfatning av hvilke kvalitetsindikatorer og – krav som skal gjelde.*
- *Det er positivt at statlig klageorgan fratas muligheten til å omgjøre vedtak fattet av kommunen. Dersom klageorganet er uenig med kommunens vedtak, kan det sende saken 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.*

Finansiering av kommunens nye oppgaver/ plikter/ aktivitet

- *Økt kommunalt finansieringsansvar for fastlegeordningen støttes ikke, da en ikke klarer å se hensikten med en slik endring. Endring i hvem som betaler hva i fastlegeordningen har ingen innvirkning på den påvirkning kommuner har på selve legetjenesten.*
- *Takstsystemet for fastlegene bør endres, og det bør oppmuntres til økt samhandling med kommunens helse- og sosialtjenester i planlegging, enkeltsaker og veiledning som ikke er kurativ virksomhet.*
- *Det vil være behov for økte ressurser til grunnutdanning, lærlingeordning og etter- og videreutdanning for å kunne imøtekomme kommunenes behov for kompetent arbeidskraft i årene framover. Dette er noe som staten må ta hensyn til i rammeoverføringene til kommunene.*
- *Styrket fokus på desentralisert fagutdanning og forskning. Mer utdanning, flere i utdanning, men like viktig, ny kompetanse med vekt på forebygging, folkehelse, tverrfaglighet, og samhandling. Det haster med å øke forskningsinnsatsen på kommunehelse, og legge til rette for evaluering og følgeforskning for de endringer som nå skal skje.*

Helseovervåking / statistikk

- *Det er nødvendig at sentrale myndigheter koordinerer utvikling av felles metoder og systemer for bearbeiding av datamaterialet, for eksempel geografiske informasjonssystemer. Helseovervåkningen må sette helsefremmende faktorer i høysetet. Følgende prinsipper legges til grunn:*
 - *Statlige myndigheter etablerer et minimum av felles indikatorer for å sikre sammenlignbare data nasjonalt.*
 - *Statlige helsemyndigheter kvalitetssikrer at data er sammenlignbare mellom kommuner og fylkeskommuner*
 - *Sammenlignbare data er også viktig i et internasjonalt perspektiv*
- *Statlig pålegg om samarbeid mellom kommuner (§ 27) går KS Troms imot. Frivillige avtaler mellom kommuner som ønsker å samarbeide vil være en mye bedre måte å løse utfordringer knyttet til folkehelsearbeidet.*
- *Det er viktig at minstemål for verdighet blir definert (minstestandard) – hva er ” godt nok”. Dette fordi det ellers kan bli vanskelig å kunne forholde seg til verdighetskravet også juridisk.*

Forslag til lov om folkehelse

Nye oppgaver/plikter/aktiviteter er foreslått for kommunene

- *Det anbefales at midler for folkehelsearbeid og i forhold til helse og omsorg overføres via rammeoverføringene til kommunesektoren. En eventuell øremerking av midler er kun aktuelt i en innføringsperiode.*
- *En økt satsing på folkehelsearbeid bør være en del av en ny handlingsplan (opptrappingsplan) slik at både fylkeskommuner og kommuner har mulighet for å planlegge, implementere og iverksette aktuelle tiltak gradvis.*
- *Et insentiv for kommunene til å drive forebygging er tjenestekvalitet, bolyst, samfunnsutvikling, og kompetanse. Med andre ord verdimessige insentiver fremfor økonomiske insentiver.*
- *For å styrke folkehelsefeltet er det helt avgjørende at styrkingen følges opp med økonomiske midler.*
- *Fastlegens ansvar og rolle i folkehelsearbeidet bør presiseres tydeligere enn realiteten er i dag. Denne klargjøringen kan med fordel tas inn i den nye forskriften til loven.*
- *Staten bør øremerke midler til helseforebygging, samtidig bør staten være seg sitt ansvar bevisst mht å føre en økonomisk avgiftspolitik som fremmer helseforebygging*

Forholdet mellom fylkeskommunale og kommunale oppgaver og ansvar

- *KS Troms slutter seg til forslaget til ny folkehelselov som retter seg mot alle forvaltningsnivåer og sektorer/faktorer som påvirker innbyggernes helse.*
- *KS Troms ser at krav om samordning på tvers av ulike sektorer og fagområder ikke gjenspeiles på statlig forvaltningsnivå. Ansvar for det tverrsektorielle folkehelsearbeidet bør derfor vurderes flyttet ut fra Helse- og omsorgsdepartementet over til eksempelvis Kommunal og regionaldepartementet, fordi folkehelsearbeid har store samfunnsmessige konsekvenser.*
- *I § 24 står det følgende: " Nasjonalt folkehelseinstitutt skal bistå kommuner, fylkesmenn og andre statlige institusjoner, helsepersonell og befolkningen... ". Her er fylkeskommunen uteglemt i selve lovteksten. Dette må tas inn.*
- *Lovteksten beskriver at fylkeskommunen skal være en pådriver for og samordne folkehelsearbeidet, blant annet gjennom alliansebygging og partnerskap. Det er viktig at lovteksten også tydeliggjør "partnerskapsbegrepet" og at bruken av dette begrepet er i overensstemmelse med fylkeskommunens ansvar som regional utviklingsaktør.*
- *Folkehelsekompetansen i kommunen må vektlegges. Folkehelsekoordinatoren i kommunen har en svært sentral rolle for å samordne kommunenes innsats, men det bør ikke være en lovpålagt funksjon.*
- *Det ville vært en fordel for tannhelsetjenesten som tjenesteyter, om det hadde vært dratt en grenseoppgang mellom ny folkehelselov, ny helse- og omsorgslov og gjeldende Lov om tannhelsetjenesten*

VEDTAK

Fylkestyret i KS Troms vedtar å sende inn de høringsuttalelsen slik den er foreslått i saken.

Enstemmig vedtatt.