



Sakspapir

Saksnr	Utval	Møtedato
001/11	Formannskapet	18.01.2011

Sakshandsamar: Olsen Alf jr.

Arkiv: K2-G00

Arkivsaksnr. 11/42 - 1

Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011-2015 - høyringsuttale

Kort samandrag

Rådmannen vurderer at framlegget gjev eit godt grunnlag for å møte framtidige utfordringar. I høyringsnotatet kjem det likevel fram merknader knytt til punkt som må avklarast for at kommunane skal verta i stand til å etablere samanhengande helsetenester med god kvalitet til innbyggjarane.

Rådmannen si tilråding:

Formannskapet vedtek uttalen slik han går fram av vedlegget til saka

18.01.2011 FORMANNSKAPET

FS-001/11 VEDTAK:

Tilrådinga frå rådmannen vart samrøystes vedteken.

Vedlegg:

Dok.dato	Tittel
13.01.2011	Høyringsuttale til Nasjonal helse og omsorgsplan 2011.docx

Dok.ID
45388

Saksutgreiing

Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) la 18.oktober 2010 fram forslag til ny helse og omsorgsplan, 2011-2015, ny folkehelselov og ny kommunal helse- og omsorgslov. Høyringsfrist 18.januar 2011. Planen er at dei nye lovene skal iverksetjast frå 1.januar 2012.

Samhandlingsreforma vart vedteken i Stortinget i april 2010. Målet med reforma er å redusera helseskilnader, og å utvikla eit likeverdig tilbod om helse- og omsorgstenester uavhengig av diagnose, alder, bustad osv. For å dempa veksten i sjukehusenester skal kommunane overta ein større del av helsetenestene, førebygging og tidleg innsats skal vektleggjast og brukarane skal møta eit heilskapleg og samanhengande helse- og omsorgstilbod gjennom forpliktande samarbeidsavtalar og avtalte behandlingløp mellom spesialisthelsetenesta og kommunale helsetenester.

Ny nasjonal helse- og omsorgsplan viser korleis Samhandlingsreforma er tenkt gjennomført. HOD sitt arbeid med planen skal fremjast som ei stortingsmelding våren 2011. Planen skal vera ein reiskap for prioriteringar innafor dei samla helse- og omsorgstenestene, og skal sikra god politisk styring ved å vera eit strategisk styringsdokument for helsetenestene.

Dei to lovforslaga konkretiserer nokre av regjeringa sine forslag til verkemiddel i gjennomføringa av reforma. Lovforslaga erstattar kommunehelsetenestelova, sosialtenestelova og lov om fylkeskommunen sine oppgåver i folkehelsearbeidet.

Ny kommunal helse- og omsorgslov presiserer kommunane sitt overordna ansvar for helse og omsorgstenester ("sørgje-for-ansvar"), utan at kommunane vert pålagt bestemte måtar å organisera tenestene. Kommunane sine plikter skal i stor grad vidareførast, men skiljet mellom helse- og omsorgstenestene vert oppheva. I framlegget er det lagt opp til ei meir overordna og profesjonsnøytral utforming av plikta og fridomen til å tilpassa tilbodet til lokale behov.

Kommunane vert spesielt bedne om å koma med innspel til om det bør lovfestast plikt til å etablere døgntilbod som alternativ til sjukehusinnlegging, til observasjon, undersøking og behandling.

Ny folkehelselov skal bidra til å fremja folkehelse og og å motverka sosiale skilnader. Lova er eit viktig bidrag til å nå intensjonen om betre og meir omfattande førebygging. Ho skal tydeleggjera ansvar og oppgåver for kommunen og fylkeskommunen, og vil vera eit betre verkty i folkehelsearbeidet. Det er presisert at kommunen skal nytta alle sine sektorar for å fremja folkehelse, ikkje berre helsetenestene.

Høyringsdokumentet er bygd opp rundt tre inndelingar:

1. Synspunkt på Nasjonal helse og omsorgsplan, 2011-2015, som skal vera det strategiske dokumentet for helsetenesta.
Vidare synspunkt på verkemiddel til innføring av samhandlingsreforma;
2. Ny lov om kommunale helse- og omsorgstenester
3. Ny folkehelselov

Økonomiske konsekvensar

Iverksetjing av Samhandlingsreforma vil få store økonomiske konsekvensar for kommunane, men høyringsnotatet er uklårt i høve korleis dette skal løysast.

Kommunen må kunna ha som føresetnad at nye oppgåver og ansvarsområde vert kompensert fullt ut.

Vurdering

Høyringsfristen er for kort til å gjennomføra grundige politiske og administrative høyringsprosessar i kommunen. Det vert difor vist til KS sitt grundigare og meir utfyllande høyringsnotat, i tillegg Norsk foreining for allmennmedisin og Allmennlegeforeningen som peikar på fråveret av førstelinjeperspektiv i Nasjonal helse og omsorgsplan, og behovet for reelt likeverd mellom førstelinje tenesta og spesialisthelsetenesta.

Rådmannen vurderer at framlegg til endringar i loverket gjev eit godt grunnlag for å møte framtidige utfordringar, men har likevel fleire merknader til lovforslaga. Dette er område rådmannen meiner er viktige for at kommunen skal vera i stand til å gje kvalitativt gode tenester.

Nasjonal helse og omsorgsplan 2011-2015, ny Folkehelselov og ny Kommunal helse- og omsorgslov

Høyringsuttale frå Lærdal kommune

Helse og omsorgstenestene står framfor store utfordringar i åra som kjem. Regjeringa sin politikk for å møte desse utfordringane kjem fram i St.meld. nr.46 (2008-2009), Samhandlingsreforma. Nasjonal helse- og omsorgsplan viser korleis Samhandlingsreforma skal gjennomførast. Dei to lovforslaga konkretiserer regjeringa sine forslag til verkemiddel i gjennomføringa av reforma. Hovudgrepa er å sikre ei framtidig helse- og omsorgsteneste som både svarar på pasienten sine behov for koordinerte tenester og på dei store samfunnsøkonomiske utfordringane som ein har på nasjonalt plan.

Reforma beskriv fem hovudgrep:

- klårare pasientrolle
- ny framtidig kommunerolle
- etablering av økonomiske intensiv
- spesialisthelsetenesta skal i større grad enn i dag nytte sin spesialistkompetanse
- tilrettelegge for tydelege prioriteringar

1. Nasjonal helse og omsorgsplan 2011-2015

Kommunen avgrensar uttalen til kapitla om *"Fremtidens kommunehelsetjeneste"* og *"Helhet og sammenheng"*, som m.a. omhandlar sjukehusstruktur, akuttmedisin, tilgjenge, desentralisterte spesialisthelsetenester, finansiering av spesialisthelsetenesta og psykisk helse og rus. Det vert i planen foreslått at ansvaret for folkehelsearbeidet vert overført til kommunane, og at planen skal vera eit strategisk politisk styringsdokument for den samla helse- og omsorgstenesta. Dei foreslåtte endringane får store konsekvensar for kommunane.

Heilskaplege tenester og likeverd - Ansvar og kompetanse

Planen må i større grad presisera likeverdet mellom kommunar og spesialisthelsetenesta, der sistnemnde i dag i for stor grad er premissleverandør for dei kommunale tenestene. Kommunane får ei sentral rolle i å syte for heilskapleg tenking med førebygging, tidleg intervensjon, tidleg diagnostikk, behandling og oppfølging. Det er kommunane som skal bidra til heilskaplege pasientforløp på beste effektive omsorgsnivå.

Det er forholdsvis klart at kommunane i større grad enn før får ansvar for ein del innbyggjarar som i dag får helsetenester på sjukehuset. I lys av dette er det behov for nye sengeplassar, meir arbeidskraft og betre fagleg kompetanse. I dette perspektivet er det særskilt viktig å ha sjukehuset som både ein kompetanse- og utviklingsbase. Særleg vil me trekke fram det indremedisinske tilbodet som ein slik base. Ved nærleik til sjukehuset ligg det i utgangspunktet godt til rette for samarbeid, noko kommunen ønsker å bidra til å utvikle.

Nokre av oppgåvene vil vere så store at ein kommune ikkje vil klare å løyse dei aleine. Kommunen vil difor freiste å få til interkommunalt samarbeid med utgangspunkt i den kompetanse som ligg på sjukehuset og dei behov me har for helsetenester i befolkninga.

Ved etablering av LMS (lokalmedisinske senter) legg planen opp til eit nytt forvaltningsnivå i helsetenesta. Dette fordrar ei tydeleg rolle- og oppgåvefordeling mellom dei tre nivå, med presisering av ansvar og kompetansekrav til tenesteytinga. Ei slik presisering manglar i høyringsnotatet, og må komma fram i ein sjukehusplan med definerte nasjonale minstekrav til kva helsetenester eit lokalsjukehus skal innehalda, og kvar sjukehusa skal liggja.

Frå Lærdal kommunen si side vil me presierar at ei omgjerding av Lærdal sjukehus til lokalmedisinsk senter, fjerning av akuttfunksjonar og fødetilbod vert av lokalbefolkninga sett på som det same som å leggje ned lokalsjukehuset vårt.

Kommunen ser på det som ei fallitterklæring at ein i eit spreiddbygd fylke som Sogn og Fjordane ikkje ser seg i stand til å oppretthalda eit fødetilbod ved Lærdal sjukehus.

For Lærdal kommune vil ei vidareføring av grunnleggjande akutt- og fødefunksjonar ved sjukehuset i Lærdal, vera avgjerande for iverksetjing av prinsippa i Nasjonal helse- og omsorgsplan. Staten overtok ansvaret for spesialisthelsetenesta i 2002. Foretaksorganiseringa som då vart etablert, har etter kvart fått svekka tillit i befolkninga. Grunnen til dette er at det i ei årrekkje har føregått omstillingar / blitt gjort vedtak om endringar i sjukehusstruktur som folk flest opplever å vere i strid med politiske føringar frå regjeringa. I høyringsdokumentet har regjeringa tydeleg uttalt at dagens desentraliserte sjukehusstruktur skal oppretthaldast og at dette mellom anna vil sikre nærleik sikre nærleik til akuttfunksjonar og fødetilbod.

Lærdal kommune meiner at:

- Foretaksorganiseringa må gjennomgåast med sikte på å styrkje den politiske styringa. Departementet / regjeringa si styring av spesialisthelsetenesta må bli tydelegare.
- Fødetilbod og akuttfunksjonar ved lokalsjukehusa må oppretthaldast. Lokalsjukehusa må ha ein breiddekompetanse og støttefunksjonar som gjer at dei vert levedyktige og på den måten sikrar nærleik og tryggleik for befolkninga.
- Innan psykisk helsevern må distriktpsikiatriske sentra / sikiatriske avdelingar ivareta lokalsjukehusfunksjonen med godt kvalifisert personell og døgnmottak.
- Det må utarbeidast ein nasjonal sjukehusplan. Denne planen må inngå som ein del av "Nasjonal helse- og omsorgsplan".
- Sjukehusplanen må innehalde nasjonale minstekrav for kva helsetenester eit lokalsjukehus skal gje tilbod om og kvar dei skal ligge. I planen må det takast omsyn til område med spreidd busetnad og store avstandar.
- Etablering av lokalmedisinske sentra og interkommunal legevakt lokalisert til lokalsjukehus vil kunne vere naudsynte tiltak for å kunne setje samhandlingsreforma ut i livet. Ein føresetnad for å kunne få dette til, er at lokalsjukehuset har ein breiddekompetanse og støttefunksjonar som sikrar rekruttering og stabilitet.
- Spesialisthelsetenesta må gjevast økonomiske rammer som sikrar at fjerning av akuttfunksjonar og fødetilbod ikkje vert gjennomført med økonomi som einaste grunngeving.

For små kommunar vil interkommunalt samarbeid truleg vera aktuelle modellar for å sikra innbyggjarane helsetenester med høg kvalitet. Skal kommunane lukkast med oppbygginga av tenestene må det klårt presiserast kva oppgåver som skal utførast i LMS. Kommunane får handlefridom og ansvar til i større grad å organisera og yta fleire helsetenester, og tilpassa tenestene til særlege kommunale behov og forhold. Det må likevel påpeikast at både udefinerte krav til kompetanse i tenesteytinga og endra klagebehandling kan føra til auka skilnader i tenestekvaliteten i kommunane meir enn større likskap i tilgjenge og kvalitet. Ein vellukka reform vil i stor grad vera

avhengig av klåre samarbeidsavtalar også på individnivå i pasientbehandlinga, både mellom spesialisthelsetenesta, LMS og kommunale omsorgstenester.

Innfasing, finansiering og rekruttering

Ein nasjonal helse – og omsorgsplan må vera konkret i høve tidspunkt for innfasing av verkemiddel som må implementerast etappevis og ikkje for raskt. Kommunane har store oppgåver som skal planleggjast, finansierast og leggjast til rette for i det kommunale tenesteapparatet. Skal dette kunna gjennomførast må føreseielege økonomiske rammer og finansieringsmodellar vera på plass. Dette gjeld også rekruttering av nødvendig fagkompetanse. Det er grunn til å tru at både administrative og økonomiske konsekvensar vert langt høgare og meir omfattande enn antyda. Erfaringane frå tidlegare omfattande reformer (t.d. HVPU og NAV), underbyggjer ein kommunal skepsis til finansieringsmodellen.

Ut frå omsynet til pasientane tilseier dette at mest muleg må vere på plass i kommunane før pasientstraumen frå spesialisttenesta og tilbake til kommunane vert forsert i tid og omfang.

2. Ny lov om kommunale helse- og omsorgstenester

Lovframlegget vert kommentert punktvis:

- Kommunen vurderer at det er rett å harmonisera noverande lovverk i ei lov, der kommunen sine plikter ("sørgje-for-ansvar"), pasientane sine rettar i pasientrettighetslova og helsepersonell sine plikter etter helsepersonellova vert samla.
- Lovframlegget legg opp til sterkare og meir omfattande kommunalt ansvar for helsetenester som i dag er delt mellom dei ulike forvaltningsnivåa, eller er organisert under spesialisthelsetenesta. Dette gjeld både førebyggjande, behandlande, akutte og rehabiliterande helsetenester og vil stilla sterke krav til tydeleg ansvarsdeling mellom nivåa og ikkje minst tilstrekkelege økonomiske og personellmessige ressursar til kommunane. Kommunane kan velja kven som utfører tenestene; private, kommunen sjølv eller i eit interkommunalt samarbeid, men ansvaret for tenestene vil liggja i kommunen. Kommunane må difor sikrast økonomiske rammer og kompetanse for å kunna ta dette ansvaret.
- Kommunalt ansvar for omfattande helsetenester føreset likeverd og klår oppgåvefordeling og samhandling mellom spesialisthelsetenesta og kommunalt tenestenivå. Spesialisthelsetenesta kan ikkje vera premissleverandør i ansvarsfordelinga, t.d. "ferdigbehandla og utskrivingsklar pasient", eit omgrep der det må vera semja om innhaldsdefinisjon.
- Departementet har bede om tilbakemelding på om kommunane skal påleggjast ansvar for å oppretta eit øyeblikkeleg-hjelp døgntilbod dvs. ein "mellomstasjon" for observasjon før avgjerd om vidare behandlingsnivå; innlegging i sjukehus eller kommunalt tilbod. Eit måltal er 10-30 % reduksjon av ØH innleggingar i sjukehus. Eit slikt tiltak vil utan tvil vera eit effektiviseringstiltak både for spesialisthelsetenesta og kommunane, men føreset tilførsle av både økonomiske og personellressursar.
- Reforma føreset ei styrking av legeressursane i kommunane, både i omfang og kompetanse. Mange kommunar har i alt i dag store utfordringar med å oppretthalda eit tilstrekkeleg legetilbod og er i stor grad avhengig av eksterne vikarar. Noverande fastlegeavtalar inneber at legane ikkje kan påleggjast meir enn 7,5t offentleg helsearbeid/veke. Det bør difor vurderast ein revisjon av avtalane, i tillegg må det opprettast fleire fastlønns/spesialistavtalar i kommunane. Dette vil krevja statleg og kommunalt rekrutteringssamarbeid og auka økonomiske ressursar til føremålet.

- Behovet for arbeidskraft og kompetanse gjeld ikkje berre legane, men også andre yrkesgrupper, sjølv om desse har fått lite merksemd i Stortingsmeldinga om Samhandlingsreforma. I dag er utdanningssystemet i stor grad retta mot arbeid i spesialisthelsetenesta, dette må dreiest mot nye kommunale oppgåver.
- Kommunane er pålagt å ha eit forsvarleg journal og informasjonssystem, utan at det er utarbeidd standardar for elektronisk samhandling. Det er eit statleg ansvar å utarbeide slike standardar og sikre heilskaplege og velfungerande løysingar. Ikkje alle endringar er omtalt her, men det er klart at dei nye oppgåvene og utvida ansvaret kommunane får, vil krevja meir ressursar enn det mange kommunar kan stilla til rådvelde. Noko kan truleg løysast gjennom administrativt samarbeid, men omfanget av oppgåvene og oppgåvene sitt innhald tilseier at samarbeidet bør styrast av eit folkevald organ.

3. Ny folkehelselov

Det er positivt at folkehelse i større grad vert vektlagt for både kommune og fylkeskommune. Det er likevel tvilsamt om lova vil føra til betre folkehelse utan at det vil ha betydelege konsekvensar både økonomisk og administrativt i kommunane. Dette gjeld mellom anna krav til samarbeid, helseovervaking og statistikk der det i høyringsnotatet ikkje er teke høgde for auka kostnader. Tverrfagleg arbeid og involvering av mange yrkesgrupper og frivillege er nyttig, men ressurskrevjande.

Det er positivt at det ikkje vert stilt krav om legekompertanse for arbeid med miljøretta helsevern, men at det framleis skal vera medisinskfagleg rådgjevar.

Departementet skriv at lovframlegget i hovudsak er ei vidareføring av kommunen sitt noverande ansvar, med auka krav til systematikk, kunnskapsbaserte tiltak og integrering av folkehelseomsyn i alle kommunale aktivitetar, og at dette ikkje vil føra til auka kostnad for kommunane. Kommunen kan ikkje sjå at dette kan gjennomførast utan auke i både kompetanse og ressursar.

4. Avslutning

Avslutningsvis vil kommunen presisere at me stiller oss bak dei forhold som vert trekte fram i KS sin uttale. Hovudsignala her er at:

- det er viktig å halde på kommunal fridom i forhold til organisering,
- det er trong for klarare avgrensing av den statlege styringsretten,
- ein kommunal medfinansieringsmodell må kombinerast med mekanisamar for å avgrense kommunane sin finansielle risiko
- dei økonomiske konsekvensane må kartleggast betre og at auka kostnader for kommunane vert fullfinansiert av staten.

Ordførar

Arne Sanden

Lærdal kommune