

Porsanger kommune

Det kongelige helse og omsorgsdepartementet
postboks 8011 Dep
0030 OSLO

Att. Kjetil Jonsbu

Melding om vedtak

Vår ref
2011/2/2/

Deres ref:

Saksbehandler
Silvia Annette Siri
78460406
silvia.siri@porsanger.kommune.no

Dato
19.01.2011

Høring - Forslag til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester

Saksprotokoll i Formannskapet - 19.01.2011

Behandling

Rådmannens innstilling
Votering: enstemmig vedtatt

Vedtak

Høring - forslag til ny kommunal helse- og omsorgslov

Porsanger kommune benytter først anledningen til å takke Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) for et oversiktlig høringsbrev med tilhørende vedlegg.

Høringssvaret fra kommunen gis gjennom tre deler.

Del 1: Informasjon om høringsinstansen.

Del 2: Generelle tilbakemelding – høringsdokumentet.

Del 3: Kommentarer og merknader til den enkelte bestemmelse.

Postadresse
Rådhuset
9712 Lakselv
E-post: postmottak@porsanger.kommune.no

Besøksadresse

www.porsanger.kommune.no

Telefon
78460000
Telefaks
78460001

Bank
7594.05.00117
Org.nr
959 411 735

Del 1. Informasjon om høringsinstansen.

Kommunene Porsanger, Karasjok, Gamvik og Lebesby har under utvikling et interkommunalt prosjekt – Midt Finnmark helsehus (MFH). Prosjektet støttes direkte av helsedirektoratet i f t lokalmedisinske sentra.

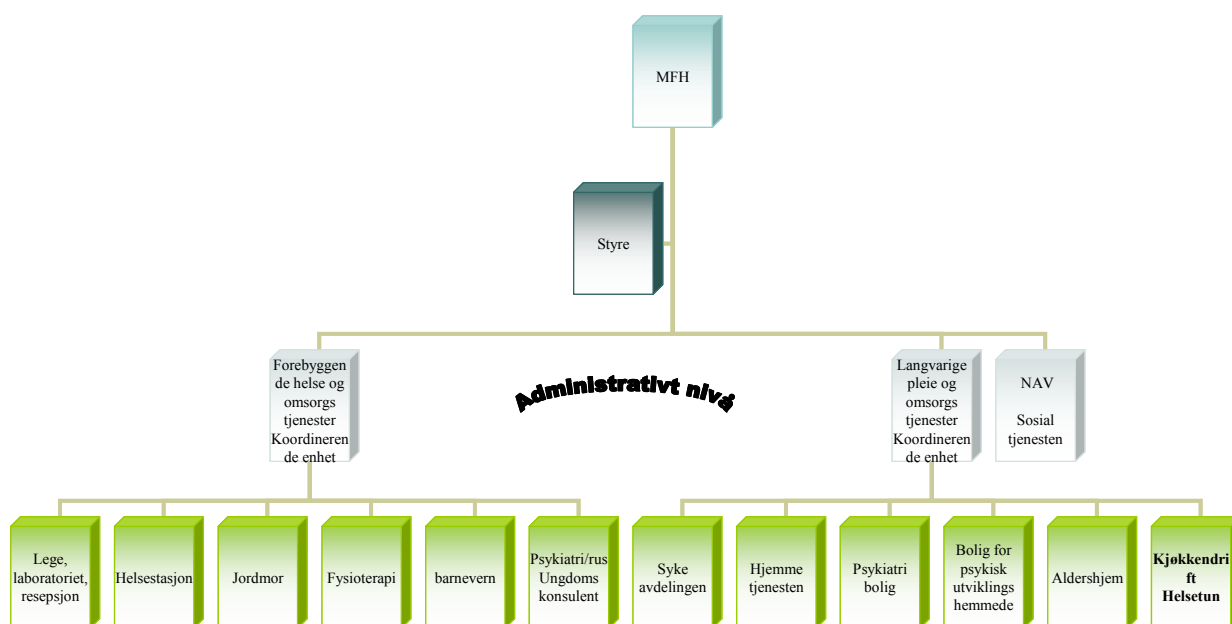
MFH skal utvikle tidsriktige, kulturbeviste og etterspurte tjenester til befolkningen i midt Finnmark. MFH vil ha et særlig fokus på de ulike samfunnskulturer som finnes i kommunen.

MFH er geografisk plassert midt i Finnmark med 3 språk og 3 kulturer. Det riktige å formidle at høringsinstansen her har et klart ansvar m h t å melde de svakheter utkastet har i f t minoritetsgruppene.

MFH utvikles gjennom et interkommunalt samarbeid hvor demografi, kompetanse, behov og geografisk beliggenhet vil være avgjørende for lokalisering av oppgaver. Samtidig søker samarbeidskonseptet å ivareta de særlige utfordringer som knyttes opp mot de mangler som i dag er identifisert i forholdet mellom helsetjenesten og minoritetsgruppene.

Illustrasjonstegning under viser MFH oppgaver som i dag er tillagt helse- og omsorgs tjenesten og danner sammen med eventuelle nytilførte oppgaver samarbeidsgrunnlaget mellom kommuner og helseforetak.

Org.



Utvalgte tjenestebokser inviterer til samarbeid basert på demografi, geografi, kompetanse, behov og kultur/språkforståelse.

Midt Finnmark Helsehus vil i løpet av 2014 levere utvalgte tjenester til befolkningen i midt Finnmark. Produksjonsgrunnlaget til IKS vil avgjøres av sentrale bestemmelser og de da gjeldende kommunale og statlige samarbeidsavtaler.

Del 2: Generelle tilbakemelding – høringsdokumentet.

Nytt forslag til lovtekst og dermed forståelsen baserer seg på ny helsereform – samhandlingsreformen.

HOD oppsummerer i kapittel 4, 3 avsnitt samhandlingsreformens mål:

- I. Å angi rammene for en ny kommunerolle – kommunens oppgaver skal tydeliggjøres.
- II. Økt innsats på folkehelse og forebygging.
- III. Bedre legetjeneste i kommunene.
- IV. Understøtte en klarere pasientrolle/helhetlig pasientforløp.
- V. Legge til rette for samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunens helse- og omsorgstjeneste.
- VI. Legge til rette for at spesialisthelsetjenesten kan utvikles slik at den i større grad kan bruke sin spesialiserte kompetanse.

Å angi rammene for en ny kommunerolle – kommunens oppgaver skal tydeliggjøres.

Når rammer skal utformes er det særlig viktig at besluttende myndighet vedtar endringer eller nye bestemmelser uti fra riktig grunnlag. Grunnlaget til alle tjenester dannes etter det behovet som er gjeldende samt behovet som antas gjeldende i tiden fremover. Det er ingen tvil om at omfattende omlegginger av helse- og omsorgstjenester i kommunene vil være utfordrende sett i lys av nytilførte oppgaver samt den store demografiske endringen de aller fleste kommuner står ovenfor.

I midt finnmark vil mange kommuner øke fra 12 % av innbyggerne over 67 (ikke arbeidsaktiv alder) til 25 % i løpet av neste 20 års periode. Dette er klare rammebetingelser som besluttende myndigheter må vurdere. Det vil være avgjørende at man stimulerer til interkommunale samarbeid uti fra rammer som er bærekraftige. Det må vises varsomhet i forholdet mellom nytilførte oppgaver, tids perspektiv og implementering.

MFH er geografisk plassert midt i det kjernesamiske området – avjuvarre. Forholdet mellom nye lovtekster og den **samiske pasienten er ikke nevnt med et eneste ord** i høringsdokumentet. Det forventes at MFH gis en særlig rolle i dette og at ny fremtidig kommunerolle tar inn urfolksperspektivet på en skikkelig måte. Når kommunens oppgaver skal tydeliggjøres og pasienten skal få sine tjenester uavhengig av diagnose, bosted, personlig økonomi, kjønn, etnisk bakgrunn og den enkelte livssituasjon forventes at dette følges opp og at MFH sammen med besluttende myndigheter tillegges denne oppgaven. Det bes om at det opprettes **eget avsnitt om urfolk og at tilhørende lovtekster** regulerer dette.

Det foreslås at styrende myndigheter tar urfolksperspektivet på alvor når rammer for ny kommunerolle og oppgaver skal tydeliggjøres. Det forventes at urfolksregionen i midt Finnmark tas med, og at det utvikles et kraftsenter for helsetjenester i sammen med MFH.

Økt innsats på folkehelse og forebygging.

Det er liten tvil om at forebyggende arbeid er et område som ved riktig ressursbruk kan bidra til å dempe utviklingen av ulike livsstils sykdommer som kols, hjerte og kar, overvekt med mer.

Satsning på samfunnsmedisin og helsestasjonsarbeid vil sammen med frisk livs og mestringstilbud være flotte tiltak for gevinst over tid.

For at kommunene skal gis mulighet til etablering av nye forebyggende tjenester må det gis økonomiske overføringer i forkant av kravene, gjerne gjennom øremerkete kriterieutvalgte områder med krav om rapportering. Rapporteringssystemet mellom *Kommune og Stat (Kostra)* vil etter opptrappingen fange opp kommunens arbeid på utvalgte områder med tilpassete nye rammeoverføringer.

I brev av 19.5.2010 fra helsedirektoratet til landets kommuner imøteser direktoratet en dialog med kommunene for å redegjøre hvilke områder det anbefales å styrke i tiden fremover. I brevet fremkommer også hvilke tiltak helsedirektoratet og Fylkesmannen har for å understøtte kommunenes arbeid.

Utvalgte satsningsområder bør derfor tillegges de områder som er identifisert gjennom kartlegging og oversikt over helsetilstand og viktige påvirkningsfaktorer i de ulike kommuner.

Bedre legetjeneste i kommunene.

Legetjenesten i kommunene er primært bygget for å betjene pasientlister. Listelengdene varierer fra en kommune til en annen. De samfunnsmedisinske oppgaver utføres vanligvis av kommuneoverlegen (kommunelege 1). For å kunne sentralstyre legetjenesten og dermed styrke allmennmedisinske oppgaver er det viktig at økonomiske virkemidler brukes.

Kommunene har ulike måter å avlønne legene på:

- Fast lønn – hvorav hele lønnen til legene utbetales av kommune, og kommunen får ref. pr. capita.
- Fast lønn og deler av ref. tilfaller legen – den andre delen tilfaller kommunen.
- Legen honoreres med hele refusjons delen – kommune betaler mao ikke annen lønn.

Ved en utvidelse m h t allmennmedisinske oppgaver er det sannsynlig at flere kommuner må re forhandle sine avtaler med legene. Det vil derfor bli mindre honorar pr. legeårsverk fra ref. pr. capita og følgelig høyere krav om fastlønn fra den enkelte lege.

Som nevnt er det viktig at styrende myndigheter legger opp til utvalgte satsningsområder med finansieringsmodeller før eksempelvis allmennmedisinske oppgaver øker i utstrakt forstand.

Legetjenesten i mange små og mellomstore kommuner preges også av stor vikarbruk. Høyt innslag av vikarer vil da også vanskeliggjøre kontinuiteten av allmenn og samfunnsmedisinske oppgaver.

Understøtte en klarere pasientrolle/helhetlig pasientforløp.

Et helhetlig pasientforløp med et lovfestet kontaktpunkt er viktige områder for og lykkes med ny helsereform med tilliggende lovtekster. Det er igjen grunn til å minne departementet på

urbefolkningens klare rett til å motta kontaktpunktjenester på det språk og med kulturforståelsen som behøves. Samarbeidskommunene i midt Finnmark deltar gjerne som referansegruppe m h t å utvikle kartlegginger og riktig verktøy til urfolksgruppen.

Allerede pr i dag har små og mellomstore kommuner fått merarbeid ifm koordinator roller. Dette er oppgaver som kommer i tillegg til andre oppgaver den enkelte ansatte har, slik det ofte er i små kommuner. Også her er det behov for en økning i personell ressursene.

Legge til rette for samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunens helse- og omsorgstjeneste.

En sterkere kommuneinnsats fordrer først og fremst forutsigbar og god økonomi. Situasjonen i de fleste kommuner er at helse- og omsorgstjenester gis innenfor rammen av et minimums forsvarlighetsnivå.

Mange små og mellomstore kommuner har også begrenset erfaring m h t avtaleoppbygging som skal hjemle ansvarsforhold og oppgaver. Her er det viktig at det er kommunene som premissleverandør og helseforetaket leverandør. Dette fordi det er kommunene som sitter med særskilt kunnskap om behov og kompetanse om kommunal organisering.

I den grad sykehusstrukturen med tilliggende oppgaver fremdeles er gjenstand for drøfting må dette være avgjort før forpliktende avtaler inngås.

Kompetanseutveksling og kompetanseoppbygging kan først starte når behovskartlegging med oppgaveoversikt er utført. Det må være en selvfølge at også utdanningsinstitusjonene kobles opp i dette arbeidet.

Endringen i loven krever økt kompetanse om lovverket, om hverandres tjenester (sosialtjenesten og kommunehelsetjenesten), mest sannsynlig en omorganisering av helse og sosialtjenesten i flere kommuner og dertil flere administrative ressurser. Dette må fullfinansieres, da det per i dag ikke er midler på de kommunale budsjettene til å ta et så stort løft på kort tid. Videre er det ønskelig at det gis kompetansehevningsspakker fra statlig hold, f eks fylkesmannen.

Legge til rette for at spesialisthelsetjenesten kan utvikles slik at den i større grad kan bruke sin spesialiserte kompetanse.

Intet å melde.

Del 3: Kommentarer og merknader til den enkelte bestemmelse.

Kapittel 3. – Kommunens ansvar for helse- og omsorgstjenester

Generelt til kapittelet uten henvisning til en særlig §.

Det er sannsynlig at det gjennom implementeringsperioden og senere drift opprettes interkommunale samarbeidsmodeller. Driftsmodellene vil variere mellom verstkommune og

samdriftsmodeller. Slik lovteksten foreslås kan det være viktig med en presisering m h t tildeling av ulike tjenester. Tildeling og utførelse av tjenester skjer gjerne gjennom forskifter eller enkeltvedtak som pålegges etter særlig § 3 – 2.

Departementet må ta stilling til om vedtak (enkeltvedtak – tildeling av tjenester) kan gjøres av interkommunale selskap og ulike samarbeidsmodeller.

HOD ber særskilt høringsinstansene om å kommentere behovet for å lovfeste at kommunene skal sørge for tilbud om døgnopphold for pleie og omsorgstjenester til pasienter med behov for øyeblikkelig helsehjelp. Kommunene i Finnmark har stort sett gjort dette gjennom mange år via sykestueplasser. Erfaringstall viser at samarbeidskommunene i MF ukentlig sender øyeblikkelig hjelp pasienter til behandling ved sykehus pga for få sykestueplasser. Dette er en del av tjenesten hvor det både er samfunnsøkonomisk og bedre for pasienten, å utvide konseptet sykestueplasser. Finansieringen må gjenspeile at det gir reduserte utgifter for helseforetaket og økte utgifter for kommunene. I Finnmark er en vesentlig del av dette, transportutgifter, noe som i dag dekkes av helseforetaket.

Kapittel 4 – Krav til forsvarlighet, pasientsikkerhet og kvalitet.

§4-1 b) Den enkelte bruker gis et verdig tjenestetilbud:

I høringsnotatet framkommer det at med et verdig tjenestetilbud menes at tjenesten skal være forsvarlig. Forsvarlighetsbegrepet er en skjønnsmessig vurdering, mens begrepet verdighet er en subjektiv opplevelse. Begrepet bør defineres i lovverket, evt endres til: Den enkelte bruker gis en forsvarlig tjeneste.

Kapittel 7 – Individuell plan, koordinator og koordinerende enhet.

Som nevnt i del 2, må ny lovtekst regulere og bestemme urbefolkningens krav til å motta bestemmelsens innhold på det språk og med den kulturforståelsen som er nødvendig.

§7-3 koordinerende enhet:

Dette er en inngripen i kommunens organisering av tjenesten, noe dep. har sagt loven ikke skal legge føringer på.

Kapittel 8 – Undervisning, praktisk opplæring og utdanning.

§8-2 Videre- og etterutdanning:

Kommunen får et ansvar for å sørge for at den ansatte får påkrevd videre- og etterutdanning, og personell plikter å ta del i dette. Dette vil være svært kostnadskrevende.

Kompetansehevningsbudsjetter helseforetakene har er i dag langt høyere enn tilsvarende i kommunesektoren. Her må det også tas høyde for at utdanningsinstitusjonene ligger langt fra

hjemplassen, noe som gjør utdanningene mer kostnadskrevene. Dette må tas hensyn til ift tilstrekkelig med midler til utdanningsinstitusjonene, f eks ved å starte desentraliserte utdanningsløp i samarbeid med den enkelte kommune. Kommunene må også få tildelt friske midler for å imøtekomme dette kravet.

Med hilsen
PORSANGER KOMMUNE

Gunnar Lillebo
Rådmann

Kopi til:
KS Nord-Norge Postboks 253 9711 LAKSELV