

Fra: Fremtidens helsetjeneste
 Sendt: 18. januar 2011 14:54
 Til: ahf@nordhordland.net
 Emne: Ditt høringssvar, Høyringsuttale frå Regionrådet Nordhordland IKS, er mottatt

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

Høyringsuttale frå Regionrådet
 Nordhordland IKS

Høyringsuttale – forslag til ny folkehelselov, ny lov om kommunale helse og omsorgstenester og Nasjonal helse- og omsorgsplan.

Regionrådet Nordhordland IKS har på vegne av kommunane i Nordhordland og Gulen utarbeidd ein felles uttale til forslag til ny Folkehelselov, ny kommunal helse- og omsorgslov og Nasjonal helse- og omsorgsplan.

Det er utarbeidd ei samla uttale frå Regionrådet Nordhordland med felles fokus for Nordhordlandskommunane.

Kommunane har hatt denne til gjennomsyn før innsending til Helse- og omsorgsdepartementet.

Høyringsuttale som er utarbeidd i dei ulike kommunane i Nordhordland, og høyringsdokumentet frå KS er lagt til grunn for denne uttalen.

Generelt til høyringsdokumenta

Kommunane i Nordhordland og Gulen sluttar seg til KSsentralt si uttale av 03.12.2010 til dei ovannemnde

høyringsdokument når det gjeld samhandlingsreforma.

Samhandlingsreforma med sitt nye lovverk vil totalt sett gi brukar/pasient eit betre tilbod. Dette skal skje gjennom

tidlegare intervensjon og auka fokus på førebyggjande og helsefremjande arbeid, og tilbod om behandling og

rehabilitering i nærmiljøet til brukar/pasient. Lokal handlefridom i organisering av tenestene skal aukast.

Kommunane i Nordhordland og Gulen stiller seg positive til dette med nokre tilpassingar:

Oppgåve og ansvarsdeling

Det nye lovverket og grunnlaget for ny nasjonal helseplan er for uklart både i omfang av oppgåver, kven som skal

ha ansvar for kva slags oppgåver, og korleis ein skal sikre at kommunen skal bli i stand til å klare dei nye

oppgåvene, til at vi kan seie noko konkret om konsekvensane for kommunen.

Avtaleverket må sikre koordinering av tilbod til pasientar som treng både kommunehelseteneste og

spesialisthelseteneste. Lova kan ikkje verte lagt opp slik at det er HOD som til ei kvar tid kan definere ansvar for

tenestene gjennom forskrift, det vert uføreseieleg for kommunane. Det må også opprettast eit uavhengig

tvisteløysingsorgan, då Helsedirektoratet ikkje vil opplevast å ha denne posisjonen.

Ei gradvis endring av ansvar og oppgåver til førstelinetenesta må skje gjennom oppbygging av kompetanse og

kapasitet. Til dette må primærhelsetenesta tilførast ressursar og kompetent personell eller omprioritere nødvendige

økonomiske ressursar.

Eksisterande tilbod må ikkje byggjast ned før likeverdige tilbod er klare i kommunen. Det tar tid å byggje opp tilbod

både innan somatiske tenester og innan psykiatri og rus, og ei gradvis

implementering er avgjerande. Kommunane

i Nordhordland og Gulen krev at oppgåver og ansvar blir klart definert før lova trer i kraft.

Skal kommunane sikre ei forsvarleg handtering og oppfølging av pasientane må staten gjennom forskrifter gjere

det mogeleg for kommunane å få til eit betre samarbeid med fastlegane kring dei dårlegaste pasientane, og til

pasientar som treng ei helseteneste som følgjer dei på tvers av helsetenestenivåa.

Kompetanse og rekruttering

Auken i oppgaver for den kommunale helse- og omsorgstenesta vil krevje auka ressursar, både økonomisk i høve utbygging og drift av nye tilbod, og med auka trong for personale til å utføre tenestene. Her vil bli trong for fleire folk med fagutdanning innan helse, og ei vidareutvikling av generell- og spisskompetanse.

Som eit ledd i arbeidet med å sikre rekruttering krev kommunane i Nordhordland og Gulen at det ved

utdanningsinstitusjonane vert fokusert på kommunehelsetenesta i mykje større grad enn no. Om det meste av

tenesteproduksjonen skal skje i kommunen, må dette speglast i utdanninga.

Det er viktig at dei overordna føringane frå staten støttar at utdanninga av helse- og omsorgspersonale i større grad

vert skreddarsydd for den kommunale helse- og omsorgstenesta. For legestillingar vert det naudsynt med ei god

handtering av utdanningstillingar og at kommunen vert gjort i stand til å gjennomføre denne rekrutteringa.

Det er fornuftig at kompetanseutvikling og kompetanseoverføring vert sett i samband med dei lovpålagte

samarbeidsavtalane som skal lagast slik at avtalane vert knytt opp mot konkrete mål, oppgaver og ansvarsområde.

Staten må sikre personelltilgang gjennom mellom anna å sikre utdanningskapasitet og kvalitet i

kommunehelsetenesta.

Dei økonomiske konsekvensane – ressursar og kvalitet

Det er tilrådd kommunal medfinansiering i forslag til ny Nasjonal helse- og omsorgs plan. Det er i samband med

dette heilt avgjerande at kommunane får auka rammeoverføringar for å ivareta det som er sett som mål og ønska utvikling.

Det er positivt at tilskotsordninga for institusjonsplassar har auka i tal kroner, men den er framleis på langt nær god

nok til å gjere kommunen i stand til å byggje og drifte nye plassar. Med stadig tidlegare utskriving til kommunane,

meir samansette oppgaver å løyse, den nye verdighetsgarantien, betre demensomsorg og auka fokus på aktivt liv i

institusjonen, må kommunane økonomisk setjast i stand til å gjennomføre desse oppgåvene.

Kommunal betaling av utskrivingsklare pasientar i sjukehus kan ikkje aksepterast så lenge det ikkje blir tilført

kommunane friske midlar til å dekke dette. Dersom ei slik ordning likevel vert innført må det gjerast eit stort arbeid

med utarbeiding av retningslinjer for når ein pasient skal reknast som

utskrivingsklar, kven som har ansvar og

myndigheit til å avgjere det, korleis varslingsrutinar skal fungere, og kva for klagerett pasienten og kommunen har.

Kommunane i Nordhordland og Gulen vil be om at omgrepet unødvendig innlegging vert fjerna fordi det ikkje er

råd å definere, og skapar unødig splid mellom samarbeidande partar.

Til forslaget om kommunal medfinansiering av alle sjukehusopphald for pasientar eldre enn 80 år, må ein

kommentere at også denne pasientgruppa må få naudsynt sjukehusundersøking når det er medisinsk grunnlag for

det. Ein må ikkje lage finansieringsordningar som kan føre til dårlegare behandling av visse grupper.

Kommunane i Nordhordland og Gulen er mot at ein i helse- og omsorgspolitikken skil ut aldersgrupper, og går

sterkt imot differensiering av tilbod til menneske under og over 80 år.

Kommunal medfinansiering er ei løysing som er vanskeleg for kommunane i Nordhordland å støtta. Kommunane

krev at det vert gjort ei grundig utgreiing av dei økonomiske konsekvensane for kommunane før nytt lovverk trer i

kraft. Nye tenestetilbod kommunen skal stå ansvarleg for, må verta fullfinansiert av staten.

Einsidig betalingsplikt for kommunane bidrar til å skapa ubalanse mellom likeverdige partar. Ei

medfinansieringsordning bør vurderast som ei gjensidig ordning. Helseføretaka må

då t.d. betale kommunane for å opprette tenester dei sjølv ikkje tilbyr, t.d. manglande spesialisthelsetenestetilbod innan rehabilitering eller tenester for visse funksjonsgrupper (t.d. ME). Kommunane kan ikkje akseptera at HOD aleine skal definere grenseoppgangen mellom 1. og 2. linetenesta. Slike avklaringar skal finne stad i fora der alle partar er representerte. Det er vanskeleg å akseptera at det ikkje ligg føre ei betre avklaring av korleis samhandlingsreforma skal finansierast. Kommunane i Nordhordland og Gulen vil understreke at reforma må bli fullfinansiert gjennom øymerka løyvingar. Fastlegen si rolle Dei nye lovene må sikre at fastlegane tar eit heilskapleg ansvar for tenestene til listepopulasjonen, og sikrar eit heilskapleg pasientforløp. Kommunane i Nordhordland og Gulen meiner at dette må tydeleggjerast i større grad enn forslaget no gjer, mellom anna ved å bruke dei verkemidla som er skissert i framlegg til ny nasjonal helseplan. Mellom anna må fastlegeforskrifta endrast, med nasjonale kvalitets- og funksjonskrav for legane. IKT og elektronisk samhandling Kommunane ser på informasjonsteknologi som ein viktig faktor for å styrke samhandling mellom kommune- og spesialisthelsetenesta. Undersøkingar viser at vi har langt igjen før vi har fullgode IKT- løysingar. Her fins mange muligheter innan avansert datateknologi som kunne gje gode tilbod og løysingar til beste for pasientar, og slik unngå lange reiser og dyre sjukehusopphald. Dette tema har fått lite eller inga merksemd i forslag til nasjonal helse- og omsorgsplan og i lovforslaga. Kommunane i Nordhordland og Gulen krev at det vert arbeidd aktivt for ei felles IKT løysing som skal gjelde for alle, også private aktørar. Løysinga må verta fullfinansiert for å sikre at alle tar den i bruk. Forsking – også i kommunale helse og omsorgstenester Det er gjort mykje forskning på helsetenestene i Noreg, men det meste av forskinga er knytt opp mot spesialisthelsetenesta. Arbeid med forskning, oversikter, registrering og rettleiing må systematiserast i kommunane, og personell må utdannast til leiing og administrasjon av dei auka ansvarsområda for å sikra prioritering og dimensjonering av tenestene. Staten må få eit definert hovudansvar for å sikre dette og sørgja for finansiering også her. Forsking med relevans for kommunehelsetenesta og folkehelsearbeid må aukast betydeleg. Generelt er det trong for meir praksisnær forskning, og særleg er det trong for å styrke forskinga innan allmenmedisin, men også på område som tenesteyting og -utvikling i kommunehelsetenesta, teknologi og organisasjon og leiing. Verknadane av reforma vil også i si tid vera eit naturleg forskningstema. Forsking på ulike område innan omsorgsfeltet er naudsynt, og det er eit særleg mål at norske og internasjonale forskingsmiljø samarbeidar godt om demensforskinga. Kommunane i Nordhordland og Gulen krev fokus på kommunale helse- og omsorgstenester også i forskning, slik at vi får godt grunnlag for dimensjonering og prioritering av tenestene i framtida. Tilsyn og oppdragsdokument Ansvar for tilsyn med helsetenestene er i dag lagt til Helsetilsynet i fylket. Tilsynet får sitt oppdrag frå HOD. Helsetilsynet prioriterer tilsyn ut frå behov som er fastsett sentralt, og ikkje ut frå dei behov kommunane har definert. Det er fleire måtar å løyse dette på. Ei løysing er at det vert oppnemnt eit nytt og uavhengig tilsynsorgan der både kommune og stat er representert. Ei anna løysing er at kommunane er kjend med dei områda tilsynet vil prioritere i kommande periode for å forberede seg, og forbetre seg på dei områda

staten meiner det er fare for
svikt i helse- og omsorgstenesta. Enda ei anna løysing er at kommunane er med å
utarbeide, samt godkjenne
oppdragsbrevet til Helsetilsynet.

Når det gjeld prioriteringar som vert gjort i spesialisthelsetenesta, byggjer
desse i stor grad på oppdragsdokumentet
frå HOD.

Kommunane bør vere med å utforme, samt godkjenne, oppdragsdokumentet til
sjukehusa. Dette vil vere med å
sikre at spesialisthelsetenesta utviklar tenester i tråd med kommunale planar,
og med dei utfordringar kommunen

har identifisert, mellom anna gjennom sine folkehelseplanar. Dette vil sikre
større legitimitet i dei prioriteringar
helseføretaka gjer. Dersom slik medvirkning skjer regionalt vil det og bli
lettare for helseføretaka å få aksept for

sine synspunkt og behov overfor kommunane. Det vert enklare å samkjøre
strategiske tiltak i spesialisthelsetenesta

med kommunalt planverk (kommuneplanar og folkehelseplanar).

Kommunal medverknad kan sikrast ved at det vert oppretta samarbeidsorgan/
referanseorgan både på nasjonalt

nivå, samt på regionalt nivå. Ei slik eining vil samarbeide med Staten om både
tilsyn og oppdragsbrev, og ha ei
heilt annan rolle enn dei samarbeidsfora som er etablert i dag. KS og Regionråd
bør ha sentrale roller i

samansetting og mandat for ei slik eining. Ei slik eining bør lovfestast, og vil
eventuelt overta nokre av dei
tilsynsoppgåver som i dag ligg til Helsetilsynet.

18. januar 2011 15:54

Svaret kan leses her

Du er registrert som:

Brukertype: Privatperson

Navn: Regionrådet Nordhordland IKS

Brukernavn: nordhordland

E-post: ahf@nordhordland.net

Adresse: Postboks 13,