



SEL KOMMUNE

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 OSLO

Vår ref
2009/293/5/G20

Deres ref:

Saksbehandler
Solveig Nymoen
61 70 07 12

Dato
18.01.2011

Høringssvar fra Sel kommune - forslag til ny kommunal helse- og omsorgslov

Sel formannskap behandlet i dag sak 10/11 Høring – forslag til nye folkehelselov, ny lov om kommunale helse og omsorgstenester og nasjonal helse og omsorgsplan.

Formannskapet fattet slik vedtak:

Sel kommune sluttar seg til KS Hedmark og Oppland sitt forslag til høyringsuttale, og vil utheve følgjande føresetnader for at reformane i helsevesenet skal lukkast:

Finansiering

- Fullfinansiering av endra ansvar og nye oppgåver.
Når kommunane får overført ansvar for nye oppgåver må desse fullfinansierast. Det er dessutan viktig at finansieringsmodellen er bygd opp slik at kommunane har oversikt over framtidige økonomiske konsekvensar, og at kommunane har moglegheiter for å etterprøve kva økonomiske konsekvensar ein ny modell får på sikt.
- Pukkelkostnader.
Mellombels kostandsauke - særlege kostnader i samband med overgang til nye system – må dekkjast. Som eit eksempel vil Sel kommune vise til prosjektet Nord-Gudbrandsdal lokalmedisinske senter, som må sikrast økonomisk i overgangsfasen mellom prosjektfinansiering og driftsfinansiering.
- Folkehelse.
Resultat av førebyggjande helsearbeid er vanskeleg å etterprøve på kort sikt. Dette må ein ta omsyn til ved finansiering av denne typen tiltak.

Legetenesta

- Forholdet mellom kommune og primærlegar. Sel kommune understrekar at det må på plass nasjonale avtaler og retningslinjer som regulerer kommunane sin styringsrett overfor fastlegane. Dette må ikkje bli opp til kvar enkelt kommune å få på plass.

Postadresse
Botten Hansens gate 9
2670 Otta
E-post: postmottak@sel.kommune.no

Besøksadresse
Botten Hansens gate 9
2670 Otta
www.sel.kommune.no

Telefon
61700700
Telefaks
61700701

Bank
2105 07 00183
Org.nr
939 617 671

Kompetanse

- Det må til ein betydeleg oppbygging og tilføring av kompetanse, ikkje minst i kommunane. Dette må takast omsyn til i profesjons- og fagarbeidarutdanningane. Vidare på det leggjast til rette for desentralisert etter- og vidareutdanning inkludert statleg finansiering av dette.

IKT - elektronisk samhandling

- Sel kommune vil understreke behovet for betre elektronisk samhandling i helsesektoren generelt, ikkje minst gjeld dette mellom helseføretaka og kommunane og mellom kommunar (jfr. legevakt m.v.).

Omorganisering – administrative utfordringar

- Den planlagde omorganiseringa av helse- og omsorgssektoren vil medføre store utfordringar også når det gjeld oppbygging av nye administrative organ, forholdet mellom desse og den noverande administrasjon innanfor sektoren. Sel kommune vil understreke at ein må unngå unødvendig byråkratisering og bruk av store ressursar på administrasjon av arbeidet og samhandlinga.

Sakframlegg og behandling i møtet vedlegges.

Med hilsen

Solveig Nymoen
Solveig Nymoen



Sel kommune SAKSUTREDNING

Arkivsak: 2009/293-4
Arkiv: G20
Saksbehandler: Kåre Eide
Dato: 05.01.2011

Utv.saksnr	Utvalg	Møtedato
10/11	Formannskapet	18.01.2011

Høyring - forslag til ny folkehelselov, ny lov om kommunale helse og omsorgstenester og nasjonal helse og omsorgsplan.

Andre saksdokumenter (ikke vedlagt):

Helsedirektoratet: Folkehelsearbeidet – veien til god helse for alle.

Sammendrag av høringsgrunnlag for Nasjonal helse og omsorgsplan (2011 – 2015)

Fremtidens helsetjeneste: Trygghet for alle.

Saksutgreiing:

KS Hedmark og Oppland har på oppdrag frå rådmannsutvala i dei to fylka utarbeidd eit forslag til høyringsuttale som kommunane kan nytte heilt eller delvis om dei ynskjer. Høyringssvaret utarbeidd av KS Hedmark og Oppland behandlar alle høyringsdokumenta samla og omfattar Ny folkehelselov/Ny lov om kommunale helse- og omsorgstenester/Nasjonal helse- og omsorgsplan.

1. Innleiing

Ny folkehelselov og ny lov om kommunale helse- og omsorgstenester (tidligere lov om sosiale tenester, lov om kommunehelsetenester og lov om fylkeskommunar sine oppgåver i folkehelsearbeidet), vart lagt fram for høyring 18. oktober med høyringsfrist 18. januar 2011. Forslaget fører og til justeringar i spesialisthelsetenestelova. Samtidig er påbegynt arbeid med nasjonal helse og omsorgsplan på høyring.

Høyringsuttalene har spesielt konsentrert seg om ny kommunerolle (oppgåver), avtalesystemet, legetenesta, kompetanse, finansiering, IKT og implementering. I tillegg er kommunar, fylkeskommunar og statlege myndigheiter si rolle i ny folkehelselov beskrivi og kommentert.

Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) har leia interdepartementale grupper som vart oppnemnt etter at Samhandlingsreformen, St. meld. nr. 47 (2008-2009) vart behandla i Stortinget 27. april 2010. KS har frå mai 2010 hatt møter med dei interdepartementale arbeidsgruppene og gjeve skriftlege og munnlege innspel. Det har i tillegg vore nedsett ei overordna arbeidsgruppe mellom Helse- og omsorgsdepartementet og KS, som har vurdert ulike økonomiske verkemidlar.

Utredningsarbeidet har munna ut i forslag til ny folkehelselov, ny helse- og omsorgslov og ny nasjonal helse- og omsorgsplan (NHOP). Sistnemnte skal opp til stortingsbehandling våren 2011. HOD legg opp til at nettet skal nyttast aktivt til å lese, meine og diskutere.

Målet med samhandlingsreformen er mellom anna:

- Auka livskvalitet og redusert press på helsevesenet gjennom satsing på helsefremjande og førebyggjande arbeid
- Dempa vekst i bruk av sjukehusenester ved at ein større del av helsetenestene blir gjeve av kommunehelsetenesta – forutsett like god eller betre kvalitet, samt kostnadseffektivitet
- Meir heilheitlege og koordinerte tenester til pasientar og brukarar gjennom forpliktande samarbeidsavtaler og avtala behandling.

Medan helse- og omsorgslova legg føringar for dei førebyggjande og kurative oppgåvene til helse- og omsorgstenesta i kommunane, rettar folkehelselova seg mot folkehelseoppgåvene som kommuna har.

Høyringssvaret er basert på attendemeldingar frå ei arbeidsgruppe i Hedmark og ei i Oppland, samt innspel frå rådmannsutvala i Oppland og Hedmark og felles fylkesstyremøte for KS Hedmark og Oppland.

2. Ei ny framtidig kommunerolle

Av høyringsnotatet går det fram at forslag til nye lover i det alt vesentlege berre er ei vidareføring av gjeldande rett med visse presiseringar. Det er ikkje fastsett i lov at nye konkrete helseoppgåver skal påleggast kommunane og heller ikkje at konkrete eller avgrensande oppgåver skal overførast frå spesialisthelsetenesta til kommunane.

Regjeringa sin intensjon er at forslaga til ny lov skal medføre auka aktivitet i kommunane. Lovforslaga fastset direkte, eller meir indirekte blant anna gjennom formålsbestemmelser, enkeltbestemmelser og avtalesystemet med helseforetaket, visse nye plikter for kommunane. Dette gjeld blant anna;

- Kommunen skal ha auka fokus på førebygging, tidleg intervensjon og tiltak mot unødig innlegging av pasientar i sjukehus, hermed og systemarbeid i høve til oppfølging av desse pliktane.
- Kommunen skal ha auka fokus på samarbeid og samordning med andre kommunar, fylkeskommunar og helseforetak, herunder plikt til å inngå avtaler med helseforetak.
- Kommunen skal etablere ein eigen pasientkoordinator til menneske med behov for langvarige og samansette tenester.
- Kommunen sitt ansvar for å følgje opp allmennlegetenesta, herunder i høve til kvalitet, er presisert.
- Kommunen skal vurdere samarbeidsløysingar med helseforetak og andre kommunar, slik som lokal medisinske sentra.
- Alle tenester og organisering skal vurderast i høve til ein foreslått standard for forsvarleg nivå. Med unnatak av sjølvne plikta til å inngå avtaler med helseforetak, og plikta til å etablere ein eigen pasientkoordinator er dei nye pliktane til dels lite konkrete. Gjennomføringa beror derfor i stor grad på kommunen sine egne val/ressursar/kompetanse, herunder i høve til omfang av arbeid og investeringar som skal knytte seg til dei ulike pliktane. Helseforetak og sjukehusa sin medverknad vil vidare ha stor betydning for gjennomføringa av kommunen sine oppgåver. Statlege organ si tolking av regelverket både ved tilsyn, klage og bruk av ikkje rettslege bindande styringsverkemidlar, vil kunne få verknad for innhaldet i dei pliktane som kommunen blir pålagt, slik at spørsmålet om kva for eventuelle regelendringar som ligg føre i høve til dagens rettstilstand, trulig fyrst kan klarleggast etter at lova har virka over tid. I tillegg til dei økonomiske, juridiske og teknologiske rammer, er det viktig at kommunar og helseforetak fokuserer på følgjande i arbeidet med samhandlingsreformen:
- Behovet for høg kompetanse på samhandling i kommunar og helseforetak
- Behovet for at brukar- og innbyggarperspektivet blir ivareteke
- Behovet for ei god folkehelse

Vurdering:

Det er svært positivt at reformen vektlegg at oppgåvene skal løysast så nære pasient/brukar som mogleg slik at tenestetilbodet blir meir heilheitleg og effektivt. Samhandling over

forvaltningsnivåa er grunnleggjande for å få dette til

Det kan vera grunnlag for å stille spørsmål om i kva grad omfanget av formelle samarbeidsavtaler, utstrakt bruk av felles retningslinjer og nye administrative nivå som er foreslått (interkommunale løysingar, lokalmedisinske sentra og helsedirektoratet som ein eigen "meklingsinstans" for avtaler) bidreg til betring av tenestetilbodet for pasientane. Det kan vera fare for overbyråkratisering knytt til ny lovgjeving – ei lovgjeving som skal byggje opp under prinsippa om lågast mogleg omsorgsnivå (LEON).

3. Kva for mynde er foreslått gjeve til kommunane?

Det er fleire forslag i høyringsnotatet som underbyggjer og forsterkar kommunen sin mynde.

Det er m.a. vist til;

- *Verdigrunnlaget*; Det er i høyringsnotatet, som eit av fleire verdigrunnlag, framheva viktigheita av lokal handlefridom, blant anna i høve til å organisere tenestene, men også i høve til spørsmålet om rettighetsfesting av ytingar til innbyggjarane.

- *Organisere tenestene*; Høyringsbrevet med forslag til ny lovtekst er og klarare på at "sørge for" ansvaret også inneheld retten til å organisere, tilretteleggja, og slik utøve mynde. Det blir t.d. framheva at kommunen kan opprette tildelingskontor som tildeler fysioterapitenester, slik at pasientar som blir utskrive frå sjukehus etter avgjerd i kommunen kan gje eit heilskapleg tilbod om tenester i kommunen.

- *Pliktlov og ikkje rettighetslov*; Lovene skal vera pliktlover, og ikkje rettighetslover. Det gjev større fleksibilitet ved at kommunane kan bruke større grad av skjønn ved organisering av tenestane. T.d. er BPA (brukerstyrt personleg assistanse) og omsorgsløn ikkje foreslått som ein rett. Medan Berntutvalget framheva at det skulle leggjast "stor vekt" på brukar, går det fram av høyringsnotatet at det skal leggjast vekt på brukar sine ynskjer ved tildeling av tenester. Det er presisert at den foreslegne verdigheitsgarantien ikkje tyder meir enn at dei kommunale tenestene skal vera forsvarlege.

- *Avtalesystemet*; Kommunen og helseforetaket er pålagt å inngå avtaler og lovforslaget stiller visse minimumskrav til innhaldet i avtalen. Dersom kommunane og foretaket ikkje oppnår semje, er det foreslått at direktoratet berre skal ha ein meklingsfunksjon, men korkje direktoratet eller departementet er gjeve ein påleggsfunksjon og det er ikkje ein statleg godkjenningfunksjon for avtalane. Den einskilde kommune og helseforetak har slik vetorett for det nærare innhaldet i avtalen.

- *Klage*; Lov om kommunale helse og omsorgstenester er ei samanslåing av to tidlegare Lover, - kommunehelsetenestelova og lov om sosiale tenester, der fylkesmannen var gjeve ulik kompetanse som klageorgan. Det er nå forslag om felles klagereglar, der fylkesmannen/helsetilsynet i utgangspunktet har full overprøvingsrett, men der "Helsetilsynet i fylket/fylkesmannen ved prøving av vedtak frå kommunen skal leggje stor vekt på omsynet til det kommunale sjølvstyre ved prøving av det frie skjønn, herunder ved kommunen sin skjønnsmessige vurdering av innretning og nivå på tenestene utover lovens krav". Det er foreslått at helsetilsynet/fylkesmannen ikkje skal kunne treffe nytt vedtak, men berre kunne oppheve vedtaket og sende det attende til kommunen for å treffe nytt vedtak. Dette er nytt i høve til i dag. Regelen fører til at statleg klageorgan nok blir gjeve ein noko vidare kompetanse til å prøve kommunen sine vedtak enn etter dagens lov om sosiale tenester, men samstundes blir klageorganet sin kompetanse avgrensa ved vedtak om helsetenester. At klageinstansen ikkje kan treffe nytt vedtak er ein praktisk viktig endring, og det er forventa at forslaget vil møte kraftig motbør blant anna frå brukarorganisasjonar. Forslaget til nye rettslege standardar vil likevel kunne intensivere prøvinga av kommunen sin rettsanvendning både i høve til tilsyn og klage.

- *Veiledere, uttaler*, mv fra Helsedirektoratet; Det er i høyringsnotatet (s. 254) uttala at nasjonale faglege retningslinjer og veiledere juridisk sett berre er veiledande, og slik ikkje bindande for kommunen. Det blir uttala at dersom kommunen velgjer ein annan praksis enn den som er foreslått i veileder eller retningslinjer, bør den vera basert på ei konkret og grunngeve

vurdering. Staten har slik ikkje instruksjonsrett over kommunane.

Vurdering:

Det er positivt at lovforslaga vil underbyggje og forsterke kommunen sin mynde og at lokal handlefridom blir framheva som eit viktig verdigrunnlag.

Forslaga som blir fremma er til dels prega av detaljstyring. Dette kan føre til ei byråkratisering i forvaltninga som tek ressursane og merksemda vekk frå brukarane av tenestene.

4. Samarbeidsavtaler og rettslege tilhøve:

Regjeringa vil lovfeste eit krav om at kommunar/samarbeidande kommunar og helseforetak skal inngå samarbeidsavtaler. Eit mål med avtalene er at partane skal avtale klare rammer som kan hindre uklåe ansvars- og oppgåvemessige tilhøve. Dette blir praktisert allereie i dag som eit frivillig avtalesystem. Det er kravet om eit avtalebasert samarbeid som blir heimla i lov, men det er ein føresetnad at innretninga på dette samarbeidet er avklara mellom partane. Forpliktande samarbeidsavtaler mellom partane vil vera eit sentralt verkty for å sikre eit heilheitleg og samanhengande tenestetilbod.

Lov om kommunale helse- og omsorgstenester underbyggjer og forsterkar i all hovudsak kommunane sin mynde. Lovforslaget er inga lovreform, men er ei vidareføring av gjeldande rett med visse presiseringar. Det blir i stor grad lagt opp til at samhandlingsreformen sin intensjon skal nåast gjennom lokale løysningar/avtaler, og slik er mykje av ansvaret for gjennomføringa av reformen lagt på kommunane.

I lovteksta eller i kommentarane til høringsnotatet er det ikkje prøvd å skissere kor grensane går mellom kommunehelsetenesteloven og spesialisthelsetenesteloven sine ansvarsområder. Det er også uklart om det er helseforetak eller kommunane som får ansvar for tenester der det blir oppretta samarbeidsløysingar som intermediære avdelingar, distriktsmedisinske senter, mv.

Forslaget til nye lover vil på mange måtar styrkje HOD (Helse og omsorgsdepartementet) sin posisjon i høve til kommunesektoren også utover gjeldande rett. HOD vil rettsleg kunne treffe avgjersler uavhengig av kva kommunane og helseforetaka har avtala, og også uavhengig av kva eit eventuelt avtala tvisteløysingsorgan måtte ha fastsett.

Det er uklart kor langt partane kan inngå bindande avtaler, og det blir da tilsvarende uklart kva for mandat og rolle eit tvisteløysingsorgan kan gjevast etter avtale.

Vurdering:

Det er viktig å få avklara kva for status avtala mellom kommunane og helseforetaka skal ha vedrørande oppgåvefordeling, og slik også kva for rolle eit tvisteløysingsorgan skal ha.

Det er også grunn til å peike på at ein ytterlegare klargjering av oppgåvefordeling, ansvar og mynde i lovverket, ville kunne føre til ein betre forståing av roller og derav lette samhandling på system og individnivå. Behovet for – og omfanget av ytterlegare forskrifter og partnerskapsavtarar kunne bli mindre. Dette også for å forhindre byråkratisering.

5. Legetenesta

Betre og meir integrerte legetenester i kommunane er eit sentralt område i samhandlingsreformen og ein føresetnad for auka kommunalt ansvar og større oppgåver. For å sikre at legeressursane blir nytta til dei prioriterte områda er det naudsynt å knytte fastlegane tettare styringsmessig til kommunen. Det er også naudsynt at det blir stilt funksjons- og kvalitetskrav til fastlegen knytt til innbyggjarane på deira liste.

Regjeringa forutset at veksten i legetenester i hovudsak skal skje i kommunane. Dette skal gje rom for auka innsats til prioriterte grupper på fastlegen si liste i tillegg til ein styrking av allmennmedisinske offentlege oppgåver. Regjeringa vil leggje til rette for sterkare kommunal styring av fastlegane. Det blir foreslått å forskriftsfeste nasjonale kvalitets- og funksjonskrav med tilhøyrande rapportering. Fastlegen sitt listansvar blir presisert og utvida, blant anna til proaktiv oppfølging av pasientar som sjølve ikkje oppsøker legen. Regjeringa beskriv også fordelar og ulemper ved å gje kommunane større finansieringsansvar.

Vurdering:

Ei forsterka og godt integrert legeteneste i kommunen sin helse- og omsorgsteneste vil vera ein føresetnad for at kommunane skal kunne ta fleire oppgåver og eit større ansvar i helsetenesta. Det vil bli viktig i det vidare arbeid å vurdere kva for verkemidlar som må vera på plass for at kommunane skal kunne ivareta sitt auka ansvar.

6. Kompetanse

Kommunane er gjevne eit betydeleg ansvar for å realisere reformen sine målsettingar. Den nye kommunerolla med auka ansvar og nye oppgåver får store konsekvensar med behov for styrka kompetanse og godt leiarskap. Dette gjeld helsefagleg kompetansebygging knytt til nye oppgåver i kommunehelsetenesta, analysekompetanse og leiarkompetanse. Dette kompetansebehovet må i tillegg til endring i utdanningane sitt innhald og styrking av kapasitet, understøttast av etter- og vidareutdanning.

Dette stiller kommunane overfor nye kompetanseutfordringar: Korleis skal antalet kommunalt fagpersonell aukast og korleis skal kommunane styrke kompetansen blant dei som allereie jobbar i sektoren?

Det er viktig at dei myndigheitsmessige rammene understøttar at det utdanna helse- og sosialpersonell i større grad enn til nå blir kanalisert til den kommunale helse- og omsorgstenesta. Med unnatak av det allereie i verksette tiltaket "Omsorgsplan 2015" ser det ikkje ut som om regjeringa tek tak i kapasitetsutfordringane som kommesektoren står overfor på dette feltet. Utdanningsinstitusjonane er i for stor grad retta inn mot arbeid i spesialisthelsetenesta. Det må leggjast vekt på å utdanne helse- og sosialpersonell som er tilpassa dei framtidige kommunale oppgåvene.

Ei stortingsmelding om utdanningane for velferdstenestene (Helse, NAV, barnevern) skal leggjast fram hausten 2011. Innan helse vil meldinga leggje premissar for tilpassing av helsefagutdanningane sitt innhald og organisering i ljøs av Samhandlingsreformen og endringar i behovet i arbeidslivet. Meldinga skal ta for seg utdanningane på fag- og yrkesopplæring, fagskole og universitets- og høgskolenivå. Etter- og vidareutdanning som er naudsynt for å leggje grunnlag for samhandlingsreformen må finansierast av staten og gjevast prioritet.

Vurdering:

- *Høyringsutkastet speglar i alt for liten grad tilboda som befolkninga mottek i kommunane i dag og den kompetansen som fins innan førebygging og spesifikke helsetenester. Dette bør utdjupast ytterligare for at utgangspunktet for å foreta endringar skal bli riktig, samt sikre tillit til - og oppslutning om endringar.*

- *Ytterlegare insitament for betre samhandling i allereie eksisterande fleirfaglege team i kommunane, der spesialisthelsetenesta bidreg med kompetanse, er eit vesentleg område å leggje innsats i vidare.*

- *Omlegginga i helse og omsorgssektoren krev kompetanseutvikling på alle nivå. Utdanningskapasiteten og innhald i utdanninga må tilpassast behova for kompetanse i kommunane og helseforetaka.*

- *Forskningsinnsatsen og kunnskapsutviklinga må aukast betrakteleg. Den må omfatte alle delar av omlegginga og alle aktørane, både samfunn, administrasjon og organisering, økonomiske og faglege aspekt, og ikkje minst resultat for brukarane av tenestene.*

- *Utvikling av samhandlingskompetanse er viktig på begge forvaltningsnivåa, der likeverd mellom yrkesgrupper og aktørar blir lagt til grunn og ikkje minst i leiingsutvikling.*

7. Finansiering

Det er forventning om at det skal gjevast kompensasjon for auka kommunale kostnader knytt til både kommunal medfinansiering av spesialisthelsetenesta og kommunal betalingsplikt for utskrivingsklare pasientar frå fyrste dag. For båe desse endringane ser ein for seg vidare utredning av økonomiske verknader og korleis kompensasjon skal tilførast kommunane.

Det er to alternative modellar for medfinansiering som er aktuelle for det somatiske området:

All behandling av personar over 80 år eller all medisinsk behandling (uavhengig av alder). For b e modellane er det lagt til grunn 20 pst kommunal medfinansiering. Omfanget av kommunal medfinansiering er anslått til   utgj ra 1,5 mrd. kroner ved den aldersbestemte modellen og 3,6 mrd. kroner ved ein modell avgrensa til det medisinske området. Dette tyder at den aldersbaserte modellen gjev lågast finansiell risiko for kommunane.

Utbygging av eit kommunalt d gnbehandlingstilbod ved øyeblikkeleg hjelp er forutsett finansiert ved at kommunen sparar medfinansieringskostnader og ved eventuelle bidrag fr  helseforetaka.

Dei to kommunale medfinansieringsordningane bør drøftast for   avklare kva for modell som bør veljast, og korleis kommunane skal bli kompensert. Medfinansieringsmidlar vil ikkje vera tilstrekkeleg til   finansiere alternative rehabiliteringstilbod i kommunane. Dersom spesialisthelsetenesta skal gj ra mindre og kommunane meir på rehabiliteringsfeltet må innsparingar på spesialisthelsetenesta og meirkostnader for kommunane bereknast med sikte på   flytte ressursar fr  spesialisthelsetenesta til kommunane.

Dei økonomiske verknadane ved eit øyeblikkeleg hjelp d gnstilbod må bereknast med sikte på fullfinansiering. Ansvarsdelinga mellom spesialisthelsetenesta og kommunane bør samtidig klargjerast. Innafor psykiatri og rus ligg ikkje tilhøva til rette for at det kan innførast ein betalingsplikt for utskrivingsklare pasientar fr  2012.

Vurdering:

Det er bruk for ein grundig kostnadsrekning av kommunal medfinansiering av spesialisthelsetenestene.

Nye oppgåver må fullfinansierast. P kkelkostnader må dekkast. Det må setjast inn midlar til kapasitetsbygging og kompetanseutvikling. Det er behov for ein ytterlegare gjennomgang av oppgåvefordeling og finansiering når det gjeld rusfeltet, psykiatri, rehabilitering og gr sonefeltet mellom sosiale tenester og barnevern.

Det er ikkje ønskeleg   dele opp begrepa habilitering/rehabilitering ytterlegare.

Når oppgåver blir flytta fr  spesialisthelsetenesta til kommunehelsetenesta, blir og kostnadane flytta til kommunane. Det er da ein føresetnad at dette medfører auka overføringar til kommunane.

Berekningar viser at ein region som etablerer LMS med 10 intermediær – og observasjonsplassar, f r ein tilleggskostnad på 12 millionar kroner knytt til drift.

Finansiering av intermediære sengeplassar treng derfor ytterlegare klargjering.

8. IKT og systemutvikling

I ny lov er det foreslått   gje departementet mynde til   stille krav om at dokumentasjon og kommunikasjon av helseopplysningar skal skje elektronisk. Eksisterande heimlar vil takast i bruk for   stille nasjonale krav til standardiserte og sertifiserte løysingar. Helseforetak og kommunehelsetenesta skal vidare leggje til rette for effektiv elektronisk samhandling.

Vurdering:

Implementering av nye IKT- løysingar er ein føresetnad for ein meir effektiv samhandling. Reformen må føre til betre elektronisk samhandling i helsesektoren generelt og mellom helseforetaka og kommunane spesielt. Det må bety betre IT- løysingar og plattformer som "pratar saman" og gjer det mogleg   kommunisere betre elektronisk mellom helseforetaka, fastlegane, den kommunale helse- og omsorgssektoren og pasient/ brukar.

Felles plattformer, som kommunal- og offentlig ikt-arkitektur må utviklast og finansierast sentralt.

IKT-system må leggjast til rette slik at det ikkje blir spørsmål om kommunane har råd til   nytte dei. Dei må vera opne og tilgjengelege for alle som dei er meint   tene.

Ei harmonisering av kvalitetssystem, administrative system, retningslinjer og rutiner må utførast ved deltaking fr  berørte partar og det vil vera ein fordel med felles opplæring.

9. Implementering

Regjeringa sin intensjon er at reformen skal gjennomførast over tid, der dei ulike tiltaka blir fasa inn gradvis. Det blir arbeidd med ein eigen kronologisk framdriftsplan for iverksetjing av dei ulike verkemidlane i gjennomføringa av samhandlingsreformen.

Vurdering:

Implementering må skje skrittvis, basert på kunnskap og erfaringar. Det blir viktig å sikre at kommunane kan byggje opp sine tenester før tilbod ved sjukehusa blir bygt ned.

10. Kommunar, fylkeskommunar og statlege myndigheiter sine roller i ny folkehelselov.

Med forslaget til ny folkehelselov blir eit nytt fundament etablert for å styrkje folkehelsearbeidet i politikk- og samfunnsutvikling og i planarbeid ut frå regionale og lokale utfordringar og behov. Det blir blant anna foreslått krav til å ha god oversikt over helseutfordringane i den einskilte kommune og at desse utfordringane skal danne grunnlag for strategiar, mål og tiltak forankra i plansystemet etter plan- og bygningslova. Vidare blir det gjennom lovforslaget lagt eit grunnlag for betre samordning mellom kommunar, fylkeskommunar og statlege myndigheiter. Hovudtrekk i lovforslaget er at:

- Ansvar for folkehelsearbeid blir lagt til kommunen. I dag ligg ansvaret i helsetenesta i kommunen. Forslaget vil seia at kommunen skal bruke alle sine sektorar for å fremje folkehelse, ikkje berre helsesektoren
- Kommunen skal fastsetje mål og strategiar for folkehelsearbeidet egna for å møte kommunen sine eigne helseutfordringar. Mål og strategiar skal forankrast i planprosessane etter plan- og bygningsloven.
- Kommunen sitt ansvar for å ha oversikt over helsetilstand og påverkningsfaktorar blir konkretisert slik at dei får eit tydeleg bilde av kva som er dei lokale helseutfordringar i den einskilte kommune. Statlege helsemyndigheiter og fylkeskommunane skal gjera opplysningar tilgjengelege og understøtte kommunane
- Ei drøfting av kommunen sine helseutfordringar skal blant anna danne grunnlag for lokal planstrategi. På same måte skal ei drøfting av fylket sine helseutfordringar inngå i regional planstrategi
- Kommunane skal setja i verk naudsynte tiltak for å møte lokale utfordringar

Vurdering:

Det er positivt at folkehelsearbeidet blir tydeleggjort og dermed styrka gjennom lokale og regionale planstrategiar i samhandling mellom kommunar, fylkeskommunar og statlege helsemyndigheiter. Det verkar likevel å vera underforstått at den nye folkehelselova skal føre til betre folkehelse utan nemneverdige administrative eller økonomiske konsekvensar for kommunane. Dette stiller ein seg tvilande til, sidan det blir stilt krav til samarbeid, overvaking og statistikkarbeid samt at folkehelse blir inkludert som tema i kommunen sitt samla planarbeid.

Dessutan er det allereie utfordringar for kommunane å skaffe tilstrekkeleg kompetanse, t.d. innan samfunnsmedisin. Dette må bli vektlagt i det vidare arbeidet. Folkehelsekoordinatorstilling er viktig i kommunane, for å stimulere til tverrsektoriell og nivåovergripande arbeid. Stillinga bør vera sentralt administrativt plassert og ha nærleik til det politiske nivået. Det er grunn til å etterspørje korleis folkehelse tilsvarande skal ivaretakast tverrdepartementalt i staten sentralt.

Vurdering:

KS sitt forslag til høyringsuttale er grundig gjennomarbeidd og understrekar dei viktigaste endringar i den nye lovgevinga;

Ny kommunal helse- og omsorgslov; Den nye kommunerolla med auka kommunalt ansvar – fokus på førebygging, tidleg intervensjon, LEON-prinsippet (lågaste effektive omsorgsnivå – at oppgåvene skal løysast så nær pasient/brukar som mogleg), endringar i avtalesystemet mellom kommunar og helseforetak – krav om meir forpliktande samarbeidsavtaler, at kommunane med

auka ansvar og større oppgåver må få meir styring av fastlegane, at kommunane står overfor nye kompetanseutfordringar - utdanningskapasiteten og innhald i utdanninga må tilpassast behova for kompetanse i kommunane og helseforetaka, at det er behov for ein grundig kostnadsrekning av kommunal medfinansiering av spesialisthelsetenestene og at nye oppgåver må finansierast fullt ut, understrekinga av at gode IKT- løysingar som "pratar saman" er ein føresetnad for ein meir effektiv samhandling mellom helseforetaka, fastlegane, den kommunale helse- og omsorgssektoren og pasient/brukar, og at Regjeringa sin intensjon er at reformen skal gjennomførast over tid, der dei ulike tiltaka blir fasa inn gradvis.

Ny folkehelselov: Positivt at samhandlingsreformen sin intensjon har større fokus på å fremje folkehelse og bidra til å motvirke at sosiale helseforskjellar blir forsterka. Loven er tenkt å sikre at offentlege myndigheiter skal samordne sin verksemd knytt til folkehelsesarbeidet. I lovforslaget er folkehelsa "flytta" frå helsetenestene til sentraladministrasjonen og nærare det politiske nivået – intensjonen er at folkehelsesarbeidet skal integrerast i den samla kommunale planstrategien. Folkehelsekoordinatorstillingar er viktig i kommunane, for å stimulere til tverrsektoriell og nivåovergripande arbeid.

KS sitt forslag til uttale:

Vi sluttar oss til intensjonane om ei heilheitleg helse- og omsorgsteneste, og meiner det er rett å ha ei målsetjing om at alle skal ha eit likeverdig tilbod om helsetenester uavhengig av diagnose, bustad, personleg økonomi, kjønn, etnisk bakgrunn og livssituasjon.

Lokalmedisinske sentra og lokalsjukehus må gjennom reformen sikrast investerings- og driftsmidlar som dekkjer dei framtidige behova for tenester. Det må klargjerast kva for oppgåver dei skal løyse.

Vi vil påpeike nokre utfordringar som kommunesektoren har erfart frå tidligare reformar, t.d. NAV-etableringa. Det er viktig at den kunnskapen som er hausta frå implementeringa av NAV blir nytta i arbeidet med samhandlingsreformen. Dette gjeld spesielt IKT løysingar, økonomi, kompetanse og samhandling på tvers av forvaltningsnivå.

Ny lov om kommunale helse og omsorgstenester

Vi har følgjande kommentarar til høyringsutkastet:

- Det er svært positivt at reformen vektlegg at oppgåvene skal løysast så nær pasient/brukar som mogleg slik at tenestetilbodet blir meir heilheitleg og effektivt.
- Det er positivt at lovforslaga vil underbygge og forsterke kommunen si mynde og at lokal handlefridom blir framheva som eit viktig verdigrunnlag.
- Det er viktig å få avklara kva for status avtala mellom kommunane og helseforetaka skal ha vedkomande oppgåvefordeling, og slik også kva for rolle eit tvisteløysningsorgan skal ha. Tydeliggjering av oppgåver, ansvar og mynde i lovverket vil kunne minske behovet for ytterlegare forskrifter, avtaler og tvisteløysningsordningar.
- Ei forsterka og godt integrert legeteneste i kommunane si helse- og omsorgsteneste vil vera ein føresetnad for at kommunane skal kunne ta fleire oppgåver og eit større ansvar i helsetenesta. Det vil bli viktig i det vidare arbeid å vurdere kva for verkemidlar som må vera på plass for at kommunane skal kunne ivareta sitt auka ansvar.
- Utdanningskapasitet og innhald må tilpassast ut frå behova for kompetanse i kommunane og helseforetaka. Forskingsinnsatsen og kunnskapsutviklinga må aukast betrakteleg og omhandle alle aktørar. Utvikling av samhandlingskompetanse er viktig i både forvaltningsnivåa.
- Det er behov for ein grundig kostnadsrekning av kommunal medfinansiering av spesialisthelsetenestene. Det er grunn til tru at det blir betydelege pukkelkostnader i ei overgangsperiode som må finansierast. Nye oppgåver må finansierast fullt ut før dei blir overført til kommunane.
- Reformen må bidra til betre elektronisk samhandling i helsesektoren generelt og mellom

helseforetaka og kommunane spesielt. Det må bety betre IT- løysningar og plattformer som gjer det mogleg å kommunisere betre elektronisk mellom helseforetaka, fastlegane, den kommunale helse- og omsorgssektoren og pasient/ brukar. Bruk av systema må leggjast til rette slik at det ikkje blir hindra av store kostnader.

- Implementering av reformen må skje skrittvis, basert på kunnskap og erfaringar. Det blir viktig å sikre at sjukehusa ikkje byggjer ned tilbod før kommunane har bygd opp sine tenester.

Ny lov om folkehelse

Vi har følgjande kommentarar til høyringsutkastet:

- Det er positivt at samhandlingsreformen sin intensjon har større fokus på å fremje folkehelse og bidra til å motvirke at sosiale helseforskjellar blir forsterka.
- Vi tek til orientering at ein med lova ønskjer å sikre at offentlege myndigheiter skal samordne si verksemd knytt til folkehelsesarbeidet. Samstundes blir det i lova lagt opp til ein stor grad av overlapping mellom oppgåver og ulike nivå. Kommunane er uroa for at denne samhandlinga vil føre til at kommunen må bruke uforholdsmessig mykje ressursar på å administrere arbeidet.
- Vi meiner at lovens § 27 om allmenn moglegheit for samarbeid mellom kommunar (første ledd) ikkje tilfører noko nytt. Regler om kommunesamarbeid høyrer naturleg heime i Kommuneloven. Det fremmer ikkje heilheitleg tenking dersom ulike særlover skal innføre eigne heimlar for samarbeid mellom kommunar på einskildområder/einskilte fagområder.
- Lovutkastet reknar med at kommunane innehar ein betydeleg samfunnsmedisinsk kompetanse. Kommunen er positiv til dette, men ønskjer å påpeike den store utfordringa som ligg i å rekruttere tilstrekkeleg samfunnsmedisinsk kompetanse til kommunesektoren. Det går ikkje fram av høyringa kva for naudsynte tiltak sentrale myndigheiter planlegg for å betre denne situasjonen.
- Det må sikrast ressursar til investeringar og drift knytt til oppgåvene som her blir tillagt kommunane. Det blir påpeika at førebyggjande arbeid i seg sjølv er langsiktig, at lovforslaget krev rekruttering av medarbeidarar med høg og dels spesialisert kompetanse og at det må påreknast ei lang periode der (langsiktige) tiltak må finansierast utan at ein direkte gevinst kan målast i same periode.

Administrasjonssjefens forslag til vedtak/innstilling:

Sel kommune sluttar seg til KS Hedmark og Oppland sitt forslag til høyringsuttale.

Behandling i Formannskapet - 18.01.2011:

Ap v/ordføreren foreslo:

Sel kommune sluttar seg til KS Hedmark og Oppland sitt forslag til høyringsuttale, og vil utheve følgjande føresetnader for at reformane i helsevesenet skal lukkast:

Finansiering

- Fullfinansiering av endra ansvar og nye oppgåver.
Når kommunane får overført ansvar for nye oppgåver må desse fullfinansierast. Det er dessutan viktig at finansieringsmodellen er bygd opp slik at kommunane har oversikt over framtidige økonomiske konsekvensar, og at kommunane har moglegheiter for å etterprøve kva økonomiske konsekvensar ein ny modell får på sikt.
- Pukkelkostnader.
Mellombels kostandsauke - særlege kostnader i samband med overgang til nye system – må dekkjast. Som eit eksempel vil Sel kommune vise til prosjektet Nord-Gudbrandsdal lokalmedisinske senter, som må sikrast økonomisk i overgangsfasen mellom prosjektfinansiering og driftsfinansiering.
- Folkehelse.
Resultat av førebyggjande helsearbeid er vanskeleg å etterprøve på kort sikt. Dette må ein ta omsyn til ved finansiering av denne typen tiltak.

Legetenesta

- Forholdet mellom kommune og primærlegar. Sel kommune understrekar at det må på plass nasjonale avtaler og retningslinjer som regulerer kommunane sin styringsrett overfor fastlegane. Dette må ikkje bli opp til kvar einskilt kommune å få på plass.

Kompetanse

- Det må til ein betydeleg oppbygging og tilføring av kompetanse, ikkje minst i kommunane. Dette må takast omsyn til i profesjons- og fagarbeidarutdanningane. Vidare på det leggjast til rette for desentralisert etter- og vidareutdanning inkludert statleg finansiering av dette.

IKT - elektronisk samhandling

- Sel kommune vil understreke behovet for betre elektronisk samhandling i helsesektoren generelt, ikkje minst gjeld dette mellom helseføretaka og kommunane og mellom kommunar (jfr. legevakt m.v.).

Omorganisering – administrative utfordringar

- Den planlagde omorganiseringa av helse- og omsorgssektoren vil medføre store utfordringar også når det gjeld oppbygging av nye administrative organ, forholdet mellom desse og den noverande administrasjon innanfor sektoren. Sel kommune vil understreke at ein må unngå unødvendig byråkratisering og bruk av store ressursar på administrasjon av arbeidet og samhandlinga.

Administrasjonssjefens forslag til vedtak falt mot forslag fra Ap v/ordfører som fikk 7 stemmer.

Vedtak i Formannskapet - 18.01.2011:

Sel kommune sluttar seg til KS Hedmark og Oppland sitt forslag til høyringsuttale, og vil utheve følgjande føresetnader for at reformane i helsevesenet skal lukkast:

Finansiering

- Fullfinansiering av endra ansvar og nye oppgåver.
Når kommunane får overført ansvar for nye oppgåver må desse fullfinansierast. Det er dessutan viktig at finansieringsmodellen er bygd opp slik at kommunane har oversikt over framtidige økonomiske konsekvensar, og at kommunane har moglegheiter for å etterprøve kva økonomiske konsekvensar ein ny modell får på sikt.
- Pukkelkostnader.
Mellombels kostandsauke - særlege kostnader i samband med overgang til nye system – må dekkjast. Som eit eksempel vil Sel kommune vise til prosjektet Nord-Gudbrandsdal lokalmedisinske senter, som må sikrast økonomisk i overgangsfasen mellom prosjektfinansiering og driftsfinansiering.
- Folkehelse.
Resultat av førebyggjande helsearbeid er vanskeleg å etterprøve på kort sikt. Dette må ein ta omsyn til ved finansiering av denne typen tiltak.

Legetenesta

- Forholdet mellom kommune og primærlegar. Sel kommune understrekar at det må på plass nasjonale avtaler og retningslinjer som regulerer kommunane sin styringsrett overfor fastlegane. Dette må ikkje bli opp til kvar einskilt kommune å få på plass.

Kompetanse

- Det må til ein betydeleg oppbygging og tilføring av kompetanse, ikkje minst i kommunane. Dette må takast omsyn til i profesjons- og fagarbeidarutdanningane. Vidare på det leggjast til rette for desentralisert etter- og vidareutdanning inkludert statleg finansiering av dette.

IKT - elektronisk samhandling

- Sel kommune vil understreke behovet for betre elektronisk samhandling i helsesektoren generelt, ikkje minst gjeld dette mellom helseføretaka og kommunane og mellom kommunar (jfr. legevakt m.v.).

Omorganisering – administrative utfordringar

- Den planlagde omorganiseringa av helse- og omsorgssektoren vil medføre store utfordringar også når det gjeld oppbygging av nye administrative organ, forholdet mellom desse og den noverande administrasjon innanfor sektoren. Sel kommune vil understreke at ein må unngå unødvendig byråkratisering og bruk av store ressursar på administrasjon av arbeidet og samhandlinga.