



SKAUN KOMMUNE
Rådmannen

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep

0030 OSLO

Vår ref.
10/1764-9/GEV

Arkivkode
G00 &13

Deres ref.

Dato
18.01.2011

**SVAR - HØRING - FORSLAG TIL NY KOMMUNAL HELSE- OG OMSORGSLOV, NY
FOLKEHELSELOV, OG NY NASJONAL HELSE- OG OMSORGSPLAN**

Viser til tilsendte høringer på henholdsvis

- Ny kommunal helse- og omsorgslov
- Ny folkehelselov
- Ny nasjonal helse- og omsorgsplan – utvalgte temaer.

Skaun formannskap har i møte den 17. januar 2011 behandlet høringene og fattet følgende vedtak:
Skaun kommune slutter seg til KS Sør-Trøndelag sitt forslag til høringssvar. Tilleggpunktene fra høringssvaret fra SiO tas inn som et tillegg.

Formannskapets vedtak er i samsvar med vedtak gjort den 8. desember 2010 i Helse- oppvekst- og kulturutvalget i Skaun kommune.

Som vedlegg følger:

1. KS Sør-Trøndelag sitt forslag til høringssvar
2. Høringssvar fra SiO (prosjektet Samhandlingsreformen i Orkdalsregionen)

Med hilsen


Geir Evjen
ass. rådmann

Direkte innvalg: 72867204

Vedlegg

Forslag til høringssvar fra KS Sør-Trøndelag

Høringssvaret gjelder forslagene fra HOD til ny Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, forslag til ny Lov om folkehelse, samt grunnlag for ny Nasjonal helse- og omsorgsplan.

Overordna kommentarer

KS Sør-Trøndelag mener det er riktig av statlige myndigheter å fremme forslag om en samordna og helhetlig lovgivning som skal angi noen av rammene for de kommunale helse- og omsorgstjenestene. I mange år har kommunene ventet på en harmonisering av ansvar og plikter som kommunene har for å yte sine innbyggere de helse- og omsorgstjenester som er en velferdskommune verdig. Delt lovgivning har vært et hinder for utøvelse av fagskjønn og muligheten til å gi tilstrekkelig helhetlige tjenester til innbyggerne.

Utsendte forslag til 2 nye lover representerer likevel ikke vesentlig nytt sammenlignet med tidligere lovgivning. Det ville vært ønskelig at forslag til ny helse- og omsorgslov gikk lenger når det gjelder harmonisering. Dette gjelder for eksempel regelverket for egenbetaling. Vi viser for øvrig til Bernt-utvalget som foreslo en harmonisering av dette, slik at egenbetaling ikke var avhengig av benevnelsen på boformen.

Foreliggende forslag til samordna helse- og omsorgslov, kan oppleves å være mer en helselov enn en helse- og omsorgslov. Det sies eksplisitt at grensene mellom helsetjenester og omsorgstjenester viskes ut. En skulle gjerne sett en mer likeverdig vekting av helsetjenestefokus og fokus på pleie og omsorg og de sosialfaglige elementene.

Foreliggende forslag til 2 nye lover indikerer tydelig at kommunene skal få overført oppgaver fra spesialisthelsetjenesten, få en langt viktigere rolle som tjenesteleverandør innenfor helse- og omsorg enn hva tilfellet har vært til nå. Dette er en riktig utvikling. Men med mangelfull trygghet for finansiering av de nye oppgavene, kan forslagene totalt sett skape utrygghet og motvillighet i kommunene til de nye lovene, både faglig og politisk. Dette kan i sin tur redusere vilje til offensiv satsing for å gjøre samhandlingsreformen til en suksess.

Etter å ha lest hovedelementene i høringsdokumentene, kan en sitte igjen med et inntrykk av at mesteparten av de statlige føringene som vil måtte klarstilles, skyves ut i tid, til et omfattende forskriftsverk og med behov for mange skriftlige veiledere som skal materialisere politikken.

Høringsdokumentene skulle helst gitt kommunene mer tydelige svar på:

- Oppgaver som ønskes overført fra **spesialisthelsetjenestene til kommunene, og midler til gjennomføring**, eventuelt størrelsen på ressursoverføring fra spesialisthelsetjeneste til kommune.

- Nye tjenester det forventes at kommunene utvikler, enten alene eller i samhandling med andre kommuner /spesialisthelsetjenestene. Finansiering må klargjøres
- Det er ønskelig at språk og begrepsapparat understøtter strategiene i Stortingsmelding 47. Mestringsstrategien savnes og pasient/brukerbegrepene kan virke mot sin hensikt. Vi mener at begrepet tjenestemottaker bedre understøtter en aktivitets- og mestringsstrategi.
- Nasjonale prioriteringer som legges til grunn for kommunenes prioriteringer. Foreslåtte utkast til nasjonal helse- og omsorgsplan kan oppfattes som en vekstplan uten at nødvendige virkemidler er anvist (bl.a. finansieringsmodell) på en betryggende måte.
- Nasjonal satsning som nødvendig bidrag til rekruttering og kompetanseutvikling i kommunene.
- Det er en forventning om at staten tar et nasjonalt tydelig grep gjennom nasjonalt helsenett, slik at alle leverandører av helse- og omsorgstjenester tar i bruk kompatible IT-løsninger.

Tematiske kommentarer:

Organisasjon, profesjon og kompetanse

Alle ansatte i den kommunale helse- og omsorgstjenesten foreslås å bli underlagt pliktene gitt i helsepersonelloven. Dette kan være hensiktsmessig med hensyn til å understøtte kravet om faglig forsvarlighet og dokumentasjonsplikt hos alt personell som defineres under denne lov. Eventuell nødvendig tilpasning av dagens taushetspliktbestemmelser må gjennomgå ut fra prinsippet "need to know".

Videre oppfattes som positivt at lovverket foreslås som profesjonsnøytralt, og at kommunene får stor frihetsgrad i hvordan de vil organisere sine tilbud og tjenester for å oppfylle sine plikter etter loven. Når det likevel i Nasjonal helse- og omsorgsplan settes ambisjon om full sykehjemsdekning, kan dette være i motstrid til kommunens frihet til å organisere hensiktsmessige tilbud.

Det legges opp til at kommunene må få større styring med fastlegeordningen og innholdet i legetjenesten, og at det signaliseres egen forskrift om dette. For kommunene er dette et avgjørende punkt som en av premissene for å kunne lykkes med samhandlingsreformen og kunne fylle sin nye rolle som leverandør av faglig krevende helsetjenester.

Høringsdokumentenes innhold og noen formuleringer i dokumentene vil bety en forventning om økt interkommunalt, forpliktende samarbeid for å møte framtidige utfordringer. Dette mener vi er hensiktsmessig, og KS sammen med Fylkesmannen og HF har i Sør-Trøndelag lagt opp til kommunegrupperinger som basis for de faglige drøftelsene som nå skal pågå framover. Når det også åpnes opp for at HOD ved

forskrift kan pålegge kommuner å inngå forpliktende samarbeid, kan dette tolkes å være i motstrid til intensjonen om kommunal frihet til å organisere sine tilbud.

Nasjonale standarder

Høringsdokumentenes antydninger om innføring av en rekke nasjonale kvalitetsstandarder, er muligens riktig når det gjelder å sikre likeverdighet innenfor enkelttjenester av kritisk innhold, og for eksempel innføring av felles IT-systemer for hele helseområdet. Derimot kan innføring av nasjonale standarder som metode svekke kommunenes frihet til å utvikle kvaliteten på sine helse- og omsorgstjenester ut fra lokale forhold og utfordringer.

Klageinstans og tilsynsmyndighet

HOD ber spesielt om tilbagemelding på hvorvidt høringsinstansene ønsker helsetilsynet eller Fylkesmannen som klageinstans og tilsynsmyndighet når det gjelder tjenester med hjemmel i de 2 lovutkastene.

KS Sør-Trøndelag er av den klare oppfatning at det bør være Fylkesmannen som bør være adressat for klage og som må ta et helhetlig tilsynsansvar. En sektorisert stat og med forventningene om en helhetlig og samordna kommune, bør kunne gi og motta et samordna tilsyn. Dette er en vurdering som ikke bare omfatter kommunenes helse- og omsorgstjenester, men også de andre tjenesteytende områdene. Forslag til grunnlag for nye Helse- og omsorgsplan påpeker forbilledlig at "Folkehelsearbeidet må skje der barn og unge oppholder seg, som barnehager og skoler" (s.10). Dette understreker kommunenes ansvar for helsefremmende og forebyggende arbeid innenfor alle deltjenester og ikke bare innenfor helsetjenesten.

Lov om folkehelse

Høringsdokumentet angir med rette at kommunenes folkehelsearbeid vil omfatte tiltak som berører alle sektorer i kommunen (helhetsprinsippet). Lovforslaget foreslår også at den helhetlige folkehelsesatsingen i kommunene skal framgå av kommunenes planstrategier. Intensjonen med dette er riktig, men forslaget kan oppfattes å være i strid med gjeldende rett (kommunelov og Plan- og bygningslovgivning) i tillegg til å bli oppfattet som statlig overstyring i forhold til organisering og styring.

Lovutkastet påpeker også Fylkeskommunens ansvar for å understøtte kommunenes konkrete tiltak og særlig bistå med og skaffe til veie nødvendig kunnskapsgrunnlag om helserisiko og helsetilstand i kommunens eller regionens befolkning. Dette kan oppfattes som en presisering, og en presisering som KS er glad for.

Endelig lovutkast bør tydeliggjøre at Lov om folkehelse forutsetter at annen relevant lovgivning blir gjennomgått og justert ut fra behovet for samordna og helhetlig innsats. Dette kan omfatte barnevernslov, oppvekstlovgivning etc.

Videre kunne det være ønskelig at også Lov om folkehelse blir presisert som profesjonsnøytral. Dette delvis for å understøtte at folkehelsearbeidet i kommunene ikke må bli en helsesatsing, med kun helsepersonell og for mye fokus på reparasjon og behandling, men i stedet fokus på tilrettelegging for mestring. Stillingene som

helseledere trenger ikke nødvendigvis å være besatt av medisinskfaglig personell. Også andre profesjoner kan fylle denne rollen, utenom å ha medisinskfaglig ansvar.

Dersom kommunene skal iverksette tiltak for å:

- Bidra til sosial utjevning av dokumenterte helseforskjeller
- Bredde tiltakene i folkehelsearbeidet til alle tjenesteområder
- Sørge for tidlig intervensjon
- Få resultater som sikrer en bærekraftig utvikling

må kommunene, i motsetning til formuleringer mange steder i utkast til plan, oppleve ressursmessige stimuli for å dekke mersatsingen. Det er riktig at kommunene også i dag har mye av det samme ansvaret, men Ny folkehelselov signaliserer en tydeligere satsing og forventer klare resultater, og kommunene sitter med det overordna ansvaret. Dette bør tilsi økte ressurser for å kunne sikre mulige samfunnsmessige gevinster. Ett moment er også at det vil være kommunene som må stille med ressursene for tiltakene, mens det er i stor grad spesialisthelsetjenestene (reduerte antall innleggelser) og Staten (NAV) som drar økonomisk gevinst av effekten av vellykkede kommunale tiltak.

Avtaleinstituttet

Slik forslag til Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester kan leses, legges det opp til at grensedragningene mellom spesialisthelsetjenestenes ansvar og ansvaret for den kommunale helse- og omsorgstjenesten, skal framgå av de avtaler som inngås mellom partene. Likevel endres ikke reglene for at HOD (som utøver statlig eierskap av sykehusene) ved forskrift kan bestemme hva som er spesialisthelsetjenestens ansvar, og dermed avklare grensespørsmålene mellom nivåene. Dette bidrar til usikkerhet i kommunene og gir fortsatt et skjevt maktforhold. .

KS Sør-Trøndelag forventer at en nøytral eller partssammensatt, likeverdig instans kan tre inn for å beslutte der det er tvist mellom partene i forståelsen av hva som er felles ansvar og hva som er hver instans sitt ansvar, både for tjenesteyting og for finansiering.

Finansiering

KS Sør-Trøndelag forutsetter at nye oppgaver, nytt ansvar og kommunenes nye rolle blir fullfinansiert fra statens side, og at overføring av oppgaver og funksjoner fra spesialisthelsetjenesten til kommunene har som konsekvens at ressursene både med hensyn til økonomi og kompetanse følger med.

Når Ny folkehelselov antyder at de presiseringer som gjøres, ikke vil utløse behov for nye ressurser, er dette ikke i tråd med vår oppfatning. Uten ekstra ressurstilførsel vil det trolig ikke bli vesentlig økt satsing på folkehelsearbeid (helsefremming og forebygging).

Den økte aktiviteten i kommunene som framgår av forslag til Nasjonal helse- og omsorgsplan, har heller ikke en tydelig finansieringsgaranti. Overføring av ansvaret for utskrivningsklare pasienter fra dag 1, er ikke betryggende klargjort finansieringsmessig. Dette må på plass i god tid før 01.01.12. Det er viktig å definere og utvikle en felles forståelse av begrepene utskrivningsklar og mottaksklar.

Det legges opp til å drøfte seg fram til hvilken del av et helhetlig pasientforløp som skal dekkes av kommunene. En bør i stedet vurdere hvilken del av forløpet som skal dekkes og finansieres av spesialisthelsetjenesten. Kommunenes bekymring for manglende avklart finansiering, er særlig styrket gjennom framlagte grunnlag for Nasjonal helse- og omsorgsplan. Spesialisthelsetjenesten og kommunene bør i fellesskap utvikle og kvalitetssikre overgangene i helhetlige pasientforløp.

Hovedtrekk

Høringsdokumentene viser god innsikt i morgendagens utfordringer, men gir ikke kommunene konkrete verktøy og virkemidler for å møte disse utfordringene i praksis.

Videre bearbeiding krever en stor grad av konkretisering bl.a. av følgende virkemidler/ områder før dette fremlegges Stortinget våren 2011:

- Kommunenes rolle med et voksende spekter av faglig komplekse tjenester.
- En finansieringsmodell som sikrer handlingsrom og kvalitet
- Sikre tverrfaglig og god rekruttering av kompetent personell, og samhandling med utdannings- og forskningsmiljø. Det er et stort behov for mer konkret praksisnær forskning for å sikre at de endringer som må skje de nærmeste årene, baseres på trygg kunnskap.
- Sikre kommunikasjon og informasjonsflyt mellom nivå og driftsenheter for å sikre kvalitet og helhet i tjenestetilbudet.
- Sikre likeverdighet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene.
- Til slutt ønsker KS Sør-Trøndelag at endelig utarbeidet lovverk og nasjonale planer innenfor helse- og omsorg, vil representere mer fokus på helsefremming i all statlig planlegging som den viktigste strategien for å møte de framtidige utfordringene.

Høringssvar fra 13 kommuner (SiO) som samarbeider om utvikling av fremtidens helsetjenester

Samhandlingsreformen i Orkdalsregionen (SiO) representerer 56.188 innbyggere og eies av 13 kommuner: Frøya, Hitra, Snillfjord, Hemne, Agdenes, Orkdal, Skaun, Meldal, Rennebu, Oppdal, Rindal, Surnadal og Halså.

SiO slutter seg til KS Sør-Trøndelags høringsuttalelse. I tillegg har SiO to tilleggspunkter som er behandlet administrativt og politisk.

Generelt om økonomiske og administrative konsekvenser.

Når det gjelder ny helse og omsorgslov, legges det gjennomgående opp til et mye mer utstrakt formalisert samarbeid og koordinering mellom kommune og foretak enn i dag. Pasienten skal også følges tettere. På systemsiden leser vi at det også blir et langt sterkere fokus. Dette er positivt.

Innføring av et kontrakts- og forhandlingsregime blir imidlertid krevende for lokale helseadministrasjoner i kommunene. Dette regimet blir svært viktig da oppgavene som faller ned på kommunene i stor grad blir avgjort her. Hvis kommunene ikke greier å etablere en tung og likeverdig funksjon opp mot helseforetakene, vil de bli tapere i et spill om hvor det enkelte pasientforløp hører hjemme. Vi ser at en samhandlingsfunksjon egner seg godt for interkommunalt samarbeid, men kostnadene vil allikevel øke. En ordning med medfinansiering vil også medføre kontroll og oppfølgingsoppgaver som dagens sårbare helseadministrasjoner i kommunene vil måtte håndtere.

Vi ser også at innføring av en ordning med pasientkoordinatorer, øket fokus på pasientsikkerhet og kvalitetssikring, verdighetsgaranti og øket fokus på brukermedvirkning, vil belaste det samme administrative systemet ytterligere.

Det produseres mye god helse og omsorg på systemnivå. Satsingen er derfor etter vår oppfatning riktig og en nøkkel for å få endret måten dagens helsevesen fungerer på. Det er derfor viktig at reformen bygger på en realistisk oppfatning av situasjonen i kommunene og ikke en oppfatning av at de er overadministrert og at det er stort rom for nye oppgaver. Kommunene har gjennom mange år bevisst styrt ressurser bort fra administrasjon til tjenesteproduksjon. Samtidig har de faglig-administrative oppgavene økt.

Plikt for kommunene til å motta og vurdere pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp utenom "åpningstid".

Samhandlingsreformen bygger blant annet på at en større del av pasientforløpet for enkelte grupper skal håndteres i kommunene og at det skal bli færre innleggelser og kortere liggetid på sykehus. Ut fra et pasientperspektiv må dette være positivt, forutsatt at det tilbudet de får i egen kommune er kvalitativt godt nok og at det er tilgjengelig ved behov.

Det har i flere år pågått en "stille reform" med kortere liggetid / færre innleggelser. Kommunene har i varierende grad bygd opp tilbud som tar høyde for dette. Det er nok i mange tilfeller fremdeles usikkerhet og tvil om hvor enkelte pasienter skal behandles. Dette fører til at noen blir kasterboller mellom kommune og foretak. Dagens system med inntak av pasienter til sykehjem og tildeling av hjemmesykepleie er også alt for rigid og byråkratisk og er ikke hensiktsmessig for å møte situasjonen. Det er derfor fornuftig å

innføre et system hvor det ikke stilles krav om enkeltvedtak for tildeling av sykehjemsplass og hjemmesykepleie de første 14 dagene for aktuelle pasienter. Dette fører til smidigere og raskere avgjørelse. Hvordan systemet skal virke ut i fra et forsvarlighetsperspektiv, må etter hvert klargjøres nærmere gjennom forskrift / veiledere og lokale prosedyrer. Dette er løsbart.

Tilgjengelig øyeblikkelig hjelp i kommunene utenom "åpningstid" bør utredes. Etter flere år med en "stille reform" er det nå på tide å plassere ansvar for å få raskere løsninger og et mer likt tilbud over hele landet. Dette vil også være et incitament for kommunene til å etablere interkommunale løsninger som et supplement og et alternativ til tilbud i egen kommune.

Innsendt 14. januar 2011 15:58

Med vennlig hilsen

Svein Jarle Midtøy
prosjektleder



Telefon: 905 88 578

E-mail: svein.jarle.midtoy@hemne.kommune.no