



SØGNE KOMMUNE

Forvaltningstjenesten - omsorg

Helse- og Omsorgsdepartementet

Postboks 8011 Dep
0030 OSLO

Deres ref:

Vår ref:
2009/2079 -816/2011

Saksbehandler:
Arnfinn Rodal

Arkivkode:
030

Dato:
11.01.2011

Foreløpig Høringsuttalelse fra Søgne kommune Samhandlingsreformen - Ny Helse- og omsorgslov - Ny Folkehelseslov

Viser til Høringsnotater datert 18.10.10 vedrørende Ny Helse- og Omsorgslov og Ny Folkehelseslov med høringsfrist den 18.01.2011

Herved oversendes Søgne kommunes forslag til Høringsuttalelse.

Høringsuttalelsen skal som det fremgår av Saksfremlegget også Politisk behandles (tjenesteutvalg 19.01. Formannskap 20.01 og Kommunestyret 03.02.) og

vedtak med evt. endringer blir ettersendt når det foreligger.

Håper dette kan aksepteres slik.

Med hilsen

Arnfinn Rodal
Fagleder

Vedlegg

- 1 Samhandlingsreformen – Ny Helse- og Omsorgslov og Forslag til høringsuttalelse Fra Søgne Kommune

Ny Folkehelseslov



Saksframlegg

Samhandlingsreformen – Ny Helse- og Omsorgslov og Ny Folkehelselov Forslag til høringsuttalelse Fra Søgne Kommune

Utv.saksnr	Utvalg	Møtedato
	Tjenesteutvalget	
	Formannskapet	
	Kommunestyret	

Rådmannens forslag til vedtak:

Kommunestyret vedtar Høringsuttalelse til Samhandlingsreformen slik det fremgår av saksfremstillingen.

Bakgrunn for saken:

Helse – og Omsorgsdepartementet har i brev av 18.10.10 sendt ut til høring ny kommunal helse- og omsorgslov.

”Den nye loven vil sammen med forslaget til ny folkehelselov erstatte kommunehelsetjenesteloven, sosialtjenesteloven og lov om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet.”

Høringsnotatet til ny Lov om Helse- og Omsorgstjenester er på nærmere 500 sider.

I tillegg er grunnlaget for ny Nasjonal helse- og omsorgsplan lagt ut på nett,

<https://fremtidenshelsetjeneste.regjeringen.no/>.

Høringsfristen for nytt Lovverk og ny Nasjonal helse- og omsorgsplan er lik og satt til 18. januar 2010.

Saksutredning:

Samhandlingsreformen (St. meld. nr. 47 (2008-2009) og de nye lovforslagene og ny plan for helse- og omsorgstjenestene er en stor endring i Norges organisering av helse- og omsorgstjenester som vil påvirke og prege kommunenes økonomi og tjenestenes arbeid i lang tid fremover.

Selv om prosessene rundt samhandlingsreformen og lovforslagene er kommet langt er mye fortsatt uavklart. Samhandlingsreformen planlegges iverksatt fra 01.01.2012.

Vi finner det derfor viktig å fremme kommunens synspunkter på områder vi mener har særlig betydning for Søgne kommune.

Ad. Samlet / felles Helse – og omsorgslov:

Å samle og samordne disse lovene er ønsket og ventet som en oppfølging av den reelle utvikling rettsmessig og organisatorisk på dette området. Det er bra at loven fortsatt legger opp til og gir rom for å organisere tjenestene fritt i kommunene og at fokus er at ”kommunen skal sørge for..”

- * Søgne kommune er positive til at det nå lages en felles moderne lov som regulerer helse- og omsorgstjenestene samlet.
- * Det er positivt at forebygging tydeliggjøres og fokuseres gjennom egen folkehelselov
- * Det er positivt at det i høringsnotatet, som et av flere verdigrunnlag, er fremhevet viktigheten av lokal handlefrihet, blant annet i forhold til å organisere tjenestene, men også i forhold til spørsmålet om rettighetsfesting av ytelser til innbyggerne.
- * Det er positivt at lovene er laget som pliktlover, og ikke rettighetslover. Det gir større fleksibilitet ved at kommunene kan bruke større grad av skjønn ved organisering av tjenestene. BPA og omsorgslønn er for eksempel ikke foreslått som en rettighet. Mens Bernt utvalget fremhevet at det skulle legges ”stor vekt” på bruker, fremgår det av høringsnotatet at det skal legges vekt på brukers ønsker ved tildeling av tjenester. Det er presisert at den foreslåtte verdighetsgarantien ikke innebærer mer enn at de kommunale tjenester skal være forsvarlige.

Ad. Forskrifter:

- * Søgne kommune er bekymret for den omfattende bruk av forskrifter og derigjennom departemental detaljstyring som det legges opp til på viktige områder i Lovforslaget. Dette gjør det vanskelig å forutse og kommentere det reelle innholdet i Lovforslaget.
- * Dette gjør det vanskelig å forutse de økonomiske konsekvensene for kommunen. Vi vil vise særskilt til §§ 3-2, 3-5, 6-7, 7-1, 11-3, 11-4, som sett i sammenheng med lovforslaget som helhet gir for liten grad av forutberegnelighet så vel oppgavemessig som finansielt.

Ad. Kommunal medfinansiering:

Forslaget tar opp forskjellige finansieringsalternativer der det legges til grunn at kommunene fremover uansett skal få medfinansieringsansvar for tjenester på 2. linjenivå. Søgne kommune har i lengre tid tilpasset seg endring i utskrivningspolitikk fra 2. linjetjenesten. Tilbudene lokalt er innrettet på å ta imot utskrivningsklare pasienter raskt.

Det er to alternative modeller for medfinansiering som er aktuelle for det somatiske området:
All behandling av personer over 80 år eller all medisinsk behandling (uavhengig av alder).

For begge modellene er det lagt til grunn 20 pst kommunal medfinansiering. Omfanget av kommunal medfinansiering er anslått til å utgjøre henholdsvis 1,5 mrd. kroner ved den aldersbestemte modellen og 3,6 mrd. kroner ved en modell avgrenset til det medisinske området. Dette innebærer at den aldersbaserte modellen gir lavest finansiell risiko for kommunene.

For Søgne vil dette utgjøre ved 1.alternativ ca. 2 – 2.5 mill og ved 2. alternativ ca. 5 mill.

- * At det legges til grunn at det er vanskelig å få overført utskrivningsklare pasienter andre steder må ikke medføre økonomiske ”tap” for en kommune som ikke har hatt de samme utfordringer med utskrivningsklare pasienter under dagens betingelser.

* Søgne kommune vil også presisere at det må lages faglig forsvarlige og operasjonelle kriterier for hva som er en utskrivningsklar pasient. Det er viktig å unngå svingdørseffekt og raske re - innleggelser fordi pasienter ikke er godt nok utredet / ferdigbehandlet. Dersom utskrivningstersklene endres vil det kreve at kommunens kapasitet må bygges opp/ styrkes både kompetansemessig og i kapasitet (antall plasser og ansatte).

* Søgne kommune mener det er behov for en grundigere kostnadsberegning av kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenestene og også behov for fastsettelse av et maksimalt beløp kommunene skal betale pr. innleggelse og hvordan kommunene skal kompenseres for det økte finansieringsansvar.

Aldersbasert modell for medfinansiering.

Søgne kommune er svært betenkt etisk og faglig til et eget medfinansieringsopplegg for pasienter over 80 år. Kommunene har *ingen mulighet* – verken økonomisk eller kompetansemessig til å kunne opprette diagnostiske tilbud som kan erstatte det som gis på sykehusene.

Det som spares i 2. linjetjenesten må i så fall følge med til kommunen.

2. linjetjenesten må i tillegg bygge ut og kunne tilby utstrakte ambulante tjenester for å følge opp denne gruppen lokalt.

* Søgne kommune mener det ville være en bedre og mer logisk ansvarsfordeling og løsning at kommunene har ansvar for utskrivningsklare pasienter fra 1. dag. (jfr. Pkt 31.5.3 i høringsnotatet)

* Kommunehelsetjenesten bør også organisere et hastetilbud til pasienter som midlertidig trenger økt behandling, pleie og omsorg i hjemmet eller i sykehjem. Tilbudet må være like enkelt tilgjengelig som innleggelse for øyeblikkelig hjelp.

Et kommunalt døgnbehandlingstilbud ved øyeblikkelig hjelp er forutsatt finansiert ved at kommunen sparer medfinansieringskostnader og ved eventuelle bidrag fra helseforetakene.

* Søgne kommune er imot forslaget om større kommunalt finansieringsansvar for fastlegeordningen.

Ad. Koordineringsansvar og Individuell Plan

* Søgne kommune vil også poengtere betydningen av fastlegens rolle også som en sentral aktør når det gjelder å ta ansvar for at det foregår et helhetlig og koordinert arbeid rundt pasienten. Dagens praksis er svært varierende på dette punktet og Søgne kommune vil foreslå utdypet og konkretisert hva som ligger i fastlegens medisinskfaglige koordinerende ansvar.

* Ansvar for å utarbeide individuelle plan skal som hovedregel ligge til kommunen. Det bør presiseres at spesialisthelsetjenesten har plikt til å delta i dette arbeidet.

Forslaget innebærer ellers at koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering får utvidet sitt ansvar til også å omfatte et overordnet ansvar for arbeidet med individuelle planer.

* Søgne kommune mener at blant annet ansvaret for opplæring innen tverrfaglig arbeid vil ha et kostnadsaspekt som det må finnes løsninger for, slik at kommunen kan settes i stand til å ivareta lovens utvidede/presiserte ansvar.

Ad. Samhandling:

* Søgne kommune oppfatter det som urimelig at departementet jfr. § 6-7 i utkastet til lov om helse- og omsorgstjenester skal kunne gi departementet myndighet ved forskrift eller enkeltvedtak og pålegge kommuner å samarbeide når det av departementet vurderes påkrevd. Vi mener kommunen selv vil kunne finne gode løsninger ved behov.

* Det er forslått lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommunene og de regionale helseforetakene. Tvisteløsning i forhold til Samhandlingsavtaler med helseforetakene bør løses ved et uavhengig nasjonalt tvisteorgan.

Krav til samarbeid, helseovervåkning og statistikk i lovforslaget vil ha betydelig økonomiske og administrative kostnader vi mener det ikke er tatt høyde for i høringsnotatet.

Ad. IKT, Forskning og utvikling

* Søgne kommune mener det er grunnleggende viktig for samhandlingsreformen at IT-systemer i sykehus og kommunehelsetjenesten bygger på like standarder og kan "snakke sammen" - behov for sertifisering av funksjonskrav.

Sertifiseringer må bidra til:

Lite rom for tolkning av data / informasjonen. Sikre trygg informasjon om pasienten og at informasjonene kommer frem til den som er nærmest brukeren – for eksempel ut på håndholdte terminaler.

* Søgne kommune ser det positivt at sertifisering hjemles i § 16 4.ledd. Imidlertid vil Søgne kommune også påpeke behovet for en omfattende satsning knyttet til IKT infrastruktur som bør finansieres nasjonalt.

Kommuner har også behov for forskning og fagutvikling uavhengig av helseforetakene. Kommunens ansvar for fagutvikling og deltagelse i forskning på samfunnsforhold som kan skape helsemessige forskjeller bør tydeliggjøres bedre i loven.

* Søgne kommune har behov for egne virkemidler og en selvstendig rolle i samarbeid og samhandling med forsknings- og utdanningsinstitusjoner. Et kommunalt ansvar for forskning og undervisning kan også løses gjennom videreutvikling av samarbeidet med regionale Senter for omsorgsforskning. Finansiering kan skje gjennom økte rammer til kommunene og gjennom Senter for omsorgsforskning.

* Søgne kommune er opptatt av at kommunene fremover vil møte utfordringer som krever ny kunnskap og innovative løsninger i samarbeid med mange samfunnsaktører. Vi viser her også til kommende NoU om "Omsorg og innovasjon", som skal utarbeides av "Hagen-utvalget". Utvalget skal utrede muligheter og foreslå nye innovative grep og løsninger for å møte framtidens omsorgsutfordringer, med vekt på:

- Ny teknologi
- Arkitektur og nye boformer
- Brukerinnflytelse og egenmestring
- Forskning og utvikling.
-

Ad. Forslag til ny Folkehelselov.

Høringsutkastet gir en god oversikt over folkehelsearbeidet sett i historisk perspektiv og i dagens situasjon.

Søgne kommune slutter seg til hovedlinjene i folkehelsearbeidet slik de er formulert i høringsutkastet.

Det er viktig at det understrekes at de aller fleste folkehelse tiltak ligger utenfor helsetjenestens virkeområde. Tiltak innen for undervisningssektoren, ernæringssektoren og transportsektoren er mye viktigere enn det helsetjenesten bidrar med. Likeledes er tiltak som går på pris og tilgjengelighet når det gjelder tobakk og alkohol av stor betydning.

Kommunene utfordres til å iverksette folkehelse tiltak innenfor helseopplysning, tobakk, fysisk aktivitet osv. (kap 13) og det understrekes i kap 13.2.2 at tiltakene skal være kunnskapsbaserte.

Det er åpenbart at enhver kommune ikke har mulighet til å holde seg orientert i det enorme faglige materialet som produseres til enhver tid innen folkehelsearbeidet. Det påhviler derfor staten og de statlige institusjoner innenfor feltet et stort ansvar for at kommunene til enhver tid har tilgang til et oversiktlig og faglig oppdatert veiledningsmateriale innenfor folkehelsearbeidet.

I kapittel 14 beskrives overføringen av miljørettet helsevern til folkehelseloven. Søgne kommune støtter dette.

Når det gjelder overvåkingen av helsetilstanden i befolkningen i kommunen foreligger det meget gode muligheter for innhenting av data fra fastlegenes elektroniske journalsystemer. Det finnes allerede en rekke elektroniske verktøy som "vasker" programmene og samler inn resultater innefor forskjellige deler av det medisinske feltet. Staten bør ta initiativ for at det etableres programvare for innsamling av grunnlagsdata om helsesituasjonen i kommunen ut fra fastlegenes journalsystemer. Dette kan for eksempel gjøres i forbindelse med rapporteringen fra fastlegene til HELFO som skjer 2 ganger i måneden.

I kapittel 17 er behovet for samfunnsmedisinsk kompetanse beskrevet og det er lagt vekt på den sentrale rolle kommunelegen har i folkehelsearbeidet. Søgne kommune støtter denne vektleggingen av samfunnsmedisinsk kompetanse og den sentrale plasseringen av kommunelegen.

Organiseringen av kommunelegestillingene vil være mange, men Søgne kommune støtter også utsagnet om at kommunelegefunksjonen ikke bør "smøres tynt utover" på 10-20% stillinger. Det vises til spesialistreglene i samfunnsmedisin som setter krav om at en stilling bare kan telle for spesialistutdanning i samfunnsmedisin hvis den har minimum 40% av full stilling med samfunnsmedisinske oppgaver. 40% anses derfor som et minimum.

Hvorvidt en kommune velger å ansetter kommunelege(r) i kombistillinger med fastlegehjemler eller velger å gå sammen med andre kommuner om kommunelege(r) i full tids stilling vil avhenge av en lang rekke faktorer. Det er viktig at kommunene stilles fritt i disse valgene.

Rådmannens merknader:

*Rådmannen mener det er vanskelig å gi en god uttalelse til lovforslagene når flere sentrale tema ikke er gjenstand for vurdering / ferdig utredet.

*Spesielt vil man peke på stor usikkerhet knyttet til den finansielle siden for kommunen.

* Rådmannen ønsker en tydeligere ansvarsfordeling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.

*En medfinansiering av medisinske innleggelser synes å være mer i samsvar med overordnede mål for reformen. Dette må være en ordning som kombineres med tak for å begrense finansiell risiko for enkeltkommuner. Søgne kommune bør forutsette at en kompensasjonsmetode (over frie inntekter) utformes i samarbeid med kommunesektoren (KS)

* Rådmannen mener at departementets utstrakte bruk av forskriftshjemler i lovforslagene på viktige områder medfører en adgang til detaljstyring fra departementet som fratar kommunene selvstendighet og viktige forutsetninger for forutberegnelighet som kommunene trenger.

* Rådmannen er kritisk til om det er behov for å gi Helse- og omsorgsdepartementet hjemmel til å pålegge kommunene å samarbeide.

* Rådmannen mener det ikke er tatt nok høyde for forventninger om høyere tjenestenivå som elementer av lovforslaget vil medføre. (for eksempel verdighetsgarantien, rettigheter i pasientrettighetsloven, IKT, IP, lovpålagte samarbeidsavtaler m.m.)

En av de største utfordringene fremover som samfunnet kan og bør gjøre noe med er de stadig økende forventningene.

*Søgne kommune mener Reformen må implementeres gradvis og etter en plan. Det bør fastsettes milepeler for evaluering av effekten av reformen slik at utilsiktede virkninger kan bli korrigert raskt.

Vedlegg

- 1 Forslag til høringsuttalelse fra Kristiansand kommune
- 2 Forslag til høringsuttalelse fra KS
- 3 Høring - forslag til ny kommunal helse- og omsorgslov fra Helse- og omsorgsdepartementet
- 4 Høringsnotat - forslag til ny folkehelselov fra Helse- og omsorgsdepartementet