



STOR-ELVDAL KOMMUNE

Hjemmebaserte tjenester

Helse- og omsorgsdepartementet

Postboks 8011 Dep
0030 Oslo

Vår ref.	2010/1312-525/2011
Deres ref.	
Arkiv.	G00
Saksbehandler	Sverre Wilhelmsson
Direkte telefon	62464674
Telefaks avd.	62464673
Dato	18.01.2011

Oversendelse av høringsdokument - forslag til ny kommunal helse- og omsorgslov

Vedlagt oversendes høringsdokument fra Stor-Elvdal kommune

Med hilsen

Sverre Wilhelmsson
Virksomhetsleder
Hjemmebaserte tjenester

Vedlegg:

- 1 Høringsdokument - forslag til ny kommunal helse- og omsorgslov

Intern kopi til:

Arild Einar Trøen	Rådmannen
Mari Melbye Øien	Moratunet sykehjem
Britt Kveberg	Rehabiliteringstjenestene
Stein Kjølhamar	Helse og sosial

Oversikt over mottakere:

Helse- og omsorgsdepartementet Postboks 8011 Dep 0030 Oslo

Stor-Elvdal kommune
Postboks 85
2481 KOPPANG

Telefon: 62 46 46 00
Telefaks: 62 46 46 07
postmottak@stor-elvdal.kommune.no

Bankkonto: 1850 07 20073
Bankkonto skatt: 7855 05 04307
Org.nr. 0096 4948 887



STOR-ELVDAL

2011

Stor-Elvdal kommune

Sverre Wilhelmsson

[HØRINGSUTTAELSE – NY KOMMUNAL HELSE- OG OMSORGSLOV]

Innhold

Saksopplysninger:	3
Saksvurdering:	4
Akuttmedisin.....	5
<i>Vurdering</i>	6
Desentraliserte spesialisthelsetjenester.....	6
<i>Vurdering</i>	7
Finansiering av helsetjenesten	7
<i>Vurdering</i>	8
Forebyggende helsetjenester	8
<i>Vurdering</i>	9
Forskning og innovasjon	9
IKT, e-helse og personvern	10
<i>Vurdering</i>	10
Kunnskap i helsetjenesten	11
<i>Vurdering</i>	11
Kvalitet og læringskultur.....	12
<i>Vurdering</i>	12
Legetjenester i kommunene.....	12
<i>Vurdering</i>	14
Pleie- og omsorgstjenester	14
<i>Vurdering</i>	16
Sosial ulikhet og helse	16
<i>Vurdering</i>	18
Sykehusstruktur	18
<i>Vurdering</i>	19

Saksopplysninger:

Helse- og omsorgsdepartementet la i sitt høringsnotat av 18.10.2010 fram forslag til ny folkehelselov og ny lov om kommunale helse - og omsorgstjenester (tidligere lov om sosiale tjenester, lov om kommunehelsetjenester og lov om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet). Høringsfristen er satt til 18. januar 2011. Forslagene innebærer også justeringer i spesialisthelsetjenesteloven. Samtidig er påbegynt arbeid med nasjonal helse- og omsorgsplan på høring.

Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) har ledet interdepartementale grupper som ble nedsatt etter at Samhandlingsreformen, St. meld. nr. 47 (2008-2009) ble behandlet i Stortinget 27. april 2010. KS har fra mai 2010 hatt møter med de interdepartementale arbeidsgruppene og gitt skriftlige og muntlige innspill. Det har i tillegg vært nedsatt en overordnet arbeidsgruppe mellom Helse- og omsorgsdepartementet og KS, som har vurdert ulike økonomiske virkemidler.

Utredningsarbeidene har munnet ut i forslag til ny folkehelselov, ny helse- og omsorgslov og ny nasjonal helse- og omsorgsplan(NHOP).

Målene med samhandlingsreformen er blant annet:

Økt livskvalitet og redusert press på helsevesenet gjennom satsing på helsefremmede og forebyggende arbeid

Dempet vekst i bruk av sykehustjenester ved at en større del av helsetjenestene ytes av kommunehelsetjenesten - forutsatt like god eller bedre kvalitet, samt kostnadseffektivitet

Mer helhetlige og koordinerte tjenester til pasienter og brukere gjennom forpliktende samarbeidsavtaler og avtalte behandlingsforløp

Mens helse- og omsorgsloven gir bestemmelser om de forebyggende og kurative oppgavene til helse- og omsorgstjenesten i kommunene, retter folkehelseloven seg mot folkehelseoppgavene kommunen har.

Se høringsnotat om Ny helse og omsorgslov:

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/hoeringer/hoeringsdok/2010/horing2/hoeringsbrev.html?id=621193>

Saksvurdering:

Ny helse og omsorgslov vektlegger at oppgavene skal løses så nær pasient/ bruker som mulig slik at tjenestetilbudet blir mer helhetlig og effektivt. Lovforslaget vil også underbygge og forsterke kommunens myndighet og at lokal handlefrihet blir fremhevet som et viktig verdigrunnlag.

En ny fremtidig kommunerolle.

Det fremgår av høringsnotatet at forslag til nye lover i det alt vesentlige kun er en videreføring av gjeldende rett med visse presiseringer. Det er ikke fastsatt i lov at nye konkrete helseoppgaver pålegges kommunene og heller ikke at konkrete eller avgrensede oppgaver skal overføres fra spesialisthelsetjenesten til kommunene.

Regjeringens intensjon er at forslagene til ny lov skal medføre økt aktivitet i kommunene. Lovforslagene fastsetter direkte eller mer indirekte blant annet gjennom formålsbestemmelser, enkelt bestemmelser og avtalesystemet med foretaket visse nye plikter for kommunen. Dette gjelder blant annet:

Kommunen skal ha økt fokus på forebygging, tidlig intervensjon og tiltak mot unødvendig innleggelse av pasienter i sykehus, herunder også systemarbeid i forhold til oppfølging av disse plikter.

Kommunen skal ha økt fokus på samarbeid og samordning med andre kommuner, fylkeskommuner og helseforetak, herunder plikt til å inngå avtaler med helseforetak.

Kommunen skal etablere en egen pasientkoordinator til mennesker med behov for langvarige og sammensatte tjenester.

Kommunens ansvar for å følge opp allmennlegetjenesten, herunder i forhold til kvalitet, presiseres.

Kommunen skal vurdere samarbeidsløsninger med helseforetak og andre kommuner, slik som lokal medisinske sentra.

Alle tjenester og organisering skal vurderes i forhold til en foreslått forsvarlighetsstand.

Med unntak av selve plikten til å inngå avtaler med foretak, og plikten til å etablere en egen pasientkoordinator er de nye pliktene forholdsvis lite konkrete. Gjennomføringen beror derfor i stor grad på kommunens egne valg/ressurser/kompetanse, herunder i forhold til omfang av arbeid og

investeringer som skal knytte seg til de ulike plikter. Foretakenes og sykehusenes medvirkning vil videre har stor betydning for gjennomføringen av kommunens oppgaver. Statlige organers tolkning av regelverket både ved tilsyn, klage og bruk av ikke rettslige bindende styringsvirkemidler, vil kunne få betydning for innholdet i de plikter som kommunen pålegges, slik at spørsmålet om hvilke eventuelle regelendringer som foreligger i forhold til dagens rettstilstand, trolig først kan klarlegges etter at loven har virket over tid.

I tillegg til de økonomiske, juridiske og teknologiske rammebetingelser, er det viktig at kommuner og helseforetak fokuserer på følgende i arbeidet med samhandlingsreformen:

Behovet for høy kompetanse på samhandling i kommuner og helseforetak

Behovet for at bruker- og innbyggerperspektivet blir ivaretatt

Behovet for en god folkehelse

Akuttmedisin

Adressen skiller ikke på hvilke akutte sykdommer eller ulykker som rammer den enkelte. Derfor må ambulansetjenester være et statlig ansvar basert på like kravspesifikasjoner til tjenesten uansett hvor du bor!

Gjennom forholdsvis få år har ambulansetjenestene gjennomgått en enorm utvikling. Det er ikke mange år siden det var enmannsbetjent ambulanser der kravet var et 100 timers kurs. I dag er kravet 2 mann på bilen og minst en av de skal være fagarbeider. I dag blir det gjennomført avansert medisinsk behandling i ambulansen og ved hjelp av avansert overvåkingsutstyr kan legen som er på sjukehuset starte livsnødvendig behandling før pasienten er på sjukehuset.

Det er grunn til å tro at dette er en utvikling som vil fortsette, spesielt siden små lokalsjukehus ikke vil ha nødvendig kompetanse og dermed vil det bli lenger transportetappe. Før å møte dette, mener vi at en må få enda mer kompetanse inn i ambulansen. Flere rapporter har pekt på viktigheten av å utvikle en bachelorutdanning for ambulanspersonell. En slik utdanning bør bygges på en nasjonal rammeplan.

Den beste måten å styrke utdanningen på er å innføre Bachelor i ambulansefag ved for eksempel landets sykepleiehøgskoler. Over tid må en innføre krav om minst en Bachelorutdannet i hver ambulanse.

Det bør fremkomme klart i planen at alle deltagerne i tjenestene forventes å være tilgjengelig i nødnett. Det må etableres enhetlige, robuste systemer for beslutningsstøtte på tvers av tjenestenivåene og sikre at personellet har nødvendig kompetanse til å utnytte

samhandlingsmulighetene i nødnettet. Prosedyrer og retningslinjer for bruk av nødnett må implementeres i tjenestenes kvalitetssystem. Betydningen av å få integrert fastleger, leger i vakt, hjemmesykepleie, jordmortjenesten og andre kommunale helsetjenester bør understrekes slik at nødnettet blir utnyttet som en nødvendig felles kommunikasjonsplattform.

Det bør opprettes akuttbil for hver legevakt. Denne bilen skal være bemannet med en ambulansefagarbeider til enhver tid hele døgnet. Oppgavene for denne bilen er å kunne rykke ut som "first responder", med eller uten lege, avhengig av geografisk område og pasientens tilstand.

Vurdering

Det vil være av stor samfunnsmedisinsk interesse at ambulansetjenesten videreutvikles, styrkes i forhold til bemanning og kompetanseheving. Ute i distriktene vil ambulansepersonell, med riktig kompetanse og erfaring, kunne være en god støttetjeneste for legevakta. Et felles operativt og funksjonelt nødnett vil bety korte, korrekte og effektive kommunikasjonslinjer. Særlig er dette viktig i nødsituasjoner!

Desentraliserte spesialisthelsetjenester

For mange pasienter er det ønskelig å motta behandling så nær hjemmet som mulig for å slippe slitsomme reiser til sykehuset. Desentralisert spesialisthelsetjeneste er derfor en hensiktsmessig måte å organisere spesialisthelsetjenesten på der dette er mulig ut fra en vurdering av kostnadseffektivitet og kvalitet. For pasienten er det ikke viktig om det er kommunen eller sykehuset som tilbyr behandlingen, det viktigste er trygghet for at man får rett helsehjelp, på rett sted til rett tid.

Samhandlingsreformen forutsetter at pasienter i stor grad skal følges opp og behandles utenfor spesialisthelsetjenesten. Flere pasienter som i dag behandles i spesialisthelsetjenesten skal følges opp i kommunene. Dette vil føre til at pasienter med komplekse lidelser også må følges opp med økt bruk av laboratorietjenester, og dette vil bety store utfordringer også for legekontor, sykehjem, distriktsmedisinske sentra og hjemmetjenester. For å unngå unødige innleggelser er det spesielt viktig at det settes fokus på kvaliteten i laboratorietjenestene.

God kvalitet på laboratoriearbeidet vil gi både helsemessige og samfunnsøkonomiske gevinster ved reduksjon i unødige konsultasjoner og henvisninger.

Kompetanseheving i kommunene er svært viktig, og særlig i forbindelse med samhandlingsreformen. For eksempel sykehjemmene og hjemmetjenesten har allerede

et omfattende ansvar og en vid brukergruppe. Ressursene må følge tjenestene vi skal utøve! Vi kan ikke tenke samhandling uten å sette inn nødvendige ressurser med rett kompetanse!

Vurdering

For pasienten er det ikke viktig om det er kommunen eller sykehuset som tilbyr behandlingen, det viktigste er trygghet for at man får rett helsehjelp, på rett sted til rett tid.

Dette vil kreve at man styrker laboratorietjenester, røntgenmuligheter og annet diagnostisk medisinteknisk utstyr i kommunene. Også på dette punktet er det behov for betydelig kompetanseheving, sett i forhold til dagens situasjon.

Ressursene må følge tjenestene vi skal utøve!

Finansiering av helsetjenesten

Økonomiske virkemidler er effektive og derfor viktig for å understøtte de overordnede politiske mål for helsetjenesten.

Den faglige og kvalitetsmessige utviklingen av helsetjenesten må først og fremst fremmes gjennom faglig utvikling, god ledelse og organisering, tydeliggjøring av ansvar etc.

Det som oftest er årsaken til at fagmiljøene i Norge ikke får gjennomført gode faglige løsninger til beste for pasienten er mangel på gode finansielle løsninger og ansvaret for sitte eget "lille" budsjett.

Primærhelsetjenesten må tilføres nødvendige økonomiske ressurser gjennom fullfinansiering av økte oppgaver!

Det bør legges inn belønning som incitament til samhandling og forebygging.

Kommunal medfinansiering er en svært dårlig løsning som ingen høringsinstanser har støttet. Det er underlig at den blir fremmet på nytt.

Til forslaget om kommunal medfinansiering av alle sjukehusopphold for pasienter eldre enn 80 år, må en kommentere at også denne pasientgruppa må få nødvendig sjukehusundersøking når det er medisinsk grunnlag for det. En må ikke lage finansieringsordninger som kan føre til dårligere behandling av visse grupper. For små kommuner med forholdsvis høy prosentandel eldre i forhold til det totale innbyggertallet, vil dette i tillegg kunne slå meget uheldig ut økonomisk. Små "forgubbingskommuner" vil i tillegg til å slite med rekruttering av kvalifisert fagpersonell, fraflytting, lave statlige overføringer, nedleggelse av industriarbeidsplasser i tillegg straffet uforholdsmessig svært hardt økonomisk av medfinansieringsordningen.

Vurdering

Det er behov for en grundig kostnadsberegning av kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenestene.

Ny oppgaver må fullfinansieres. Pukkelkostnader må dekkes. Det må settes inn midler til kapasitetsbygging og kompetanseutvikling. Det er behov for en ytterligere gjennomgang av oppgavefordeling og finansiering når det gjelder rusfeltet, psykiatri, rehabilitering og gråsonefeltet mellom sosiale tjenester og barnevern.

Det er ikke ønskelig å dele opp begrepene habilitering/rehabilitering ytterligere.

Når oppgaver flyttes fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten, flyttes kostnadene til kommunene. Det forutsettes at dette medfører økte overføringer til kommunene. Beregninger viser at en region som etablerer LMS med 10 intermediaer – og observasjonsplasser, får en tilleggskostnad på 12 millioner kroner knyttet til drift. Finansiering av intermediaære sengeplasser trenger derfor ytterligere klargjøring.

Forebyggende helsetjenester

Kommunehelsetjenesten skal være en grunnmur i landets helsetjeneste. Tjenesteutviklingen må forankres på tilgjengelig forskning og ny kunnskap.

Mangel på ressurser, dårlig økonomi og tidspress gjør at det kurative arbeidet prioriteres på bekostning av det helsefremmende og forebyggende arbeidet.

Kapasiteten i kommunens eksisterende helsetjenester er i dag ikke stor nok til å drive et effektivt og kvalitetsmessig godt nok forebyggingsarbeid.

Antall årsverk må økes og ivaretas i nytt lovverk ut fra en nasjonal minstenorm for tilstrekkelig kompetanse og bemanning.

God samhandling vil bare være mulig med økt andel helsepersonell i kommunene og flere med spesialutdanning tilpasset pasientenes behov for helsehjelp. God og tilpasset kompetanse forbedrer pasientsikkerheten.

Helseproblemer som følge av inaktivitet og overvekt i befolkningen fører til betydelig økning i sykkelighet og samfunnsutgifter. Forskning viser at en tredjedel av alle krefttilfeller kan forebygges ved å spise sunt, være røykfri og drive regelmessig fysisk aktivitet. Det som forebygger kreft,

forebygger også andre livsstilssykdommer som hjerte-karsykdommer og diabetes type 2. Det er nødvendig å legge forholdene til rette for sunn helseatferd. Dette arbeidet må hovedsakelig skje i kommunen der folk lever og bor, men staten har et stort og viktig ansvar for å iverksette tiltak sentralt som stimulerer og motiverer til gode levevaner og godt folkehelsearbeid lokalt.

Vurdering

For å lykkes med et godt forebyggende folkehelsearbeid, må kommunene styrkes med nødvendig kompetanse, økonomi og personell. Personellressursen, innenfor dagens kommunehelsetjeneste, er så marginal at flere eller større oppgaver ikke vil kun løses innenfor nåværende rammer.

Forskning og innovasjon

Forskning og innovasjon er viktige innsatsfaktorer for en bedre og mer effektiv helsetjeneste.

Forskning på helse og helsetjenester er et prioritert område i Forskningsmeldingen. Innovasjon i helsesektoren er fremhevet som prioritert område i Innovasjonsmeldingen.

Forskning og innovasjon er løftet frem som en viktig forutsetning for å nå målsettingene i Samhandlingsreformen.

Det er behov for en overordnet nasjonal strategi som tar utgangspunkt i de aktuelle og relevante strategier og planer som foreligger og vurderer forskning og innovasjon i helsesektoren i et helhetlig perspektiv, og som på denne bakgrunn foreslår videreutvikling av det norske forsknings- og innovasjonssystemet innen helseområdet.

Grunnlaget for Nasjonal helse- og omsorgsplan er bredt anlagt og framstår som tematisk dekkende for de store og sammensatte utfordringene sektoren står overfor. Det er konkretisert en rekke mål for det enkelte temaområde med virkemidler for å nå disse målene.

Det er av sentral betydning at de tiltak som iverksettes på bakgrunn av intensjonene i Samhandlingsreformen er tuftet på solid forskningsbasert kunnskap. Det er videre avgjørende at tiltak som til tross for manglende forskningsmessig belegg velges iverksatt, evalueres gjennom såkalt følgeforskning. Med Samhandlingsreformen følger det således et behov for forskning som på ulike måter understøtter Samhandlingsreformens tematikk og målsettinger.

Bedre utnyttelse av tilgjengelige ressurser til forskning må innebære en omprioritering av forskningsmidlene slik at ressurser til forskning innenfor primærhelsetjenesten styrkes.

IKT, e-helse og personvern

For å oppnå kvalitetsforbedring og effektivisering i helsesektoren er det viktig at innføring av IKT legger helsefaglige behov og arbeidsprosesser til grunn og kombineres med organisasjonsutvikling, endringer av rutiner og nye måter å samarbeide på.

Fundamentet for elektronisk samhandling er på plass gjennom stor utbredelse av elektroniske pasientjournaler i alle deler av helsetjenesten, samt Norsk helsenett og standardiserte samhandlingsmeldinger. Helsesektoren kjennetegnes likevel ved et mangfold av aktører som har ulike behov og målsetninger og som selv har ansvar for å implementere og ta i bruk elektroniske løsninger. Særlig er det utfordringer knyttet til samhandlingen på tvers av aktørene i sektoren, hvor løsninger må implementeres koordinert og i samtidighet skal løsningene kunne tas i bruk og gevinstene hentes ut. Fundamentet må videreutvikles for å møte fremtidige utfordringer, med vekt på desentraliserte spesialisthelsetjenester og styrket lokalt tilbud.

Dagens modell for samarbeid mellom myndigheter, brukerne/helsetjenesten og leverandører er ikke god nok for å sikre at nye IT-løsninger tas i bruk i samsvar med forventningene.

Hovedutfordringene knyttet til eHelse og IKT er i første rekke sektorens evne til å utnytte og anvende teknologi på tvers av og mellom aktørene.

Elektronisk Pasient Journal (EPJ) må etableres innenfor all utøvelse av helsetjenester. Personlig Digital Assistent (PDA) kan allerede i dag knyttes til mange digitale/elektroniske systemer. Stimulering til flere PDAer innenfor helsetjenesten, vil bidra til å få nødvendige oppdaterte pasientopplysninger ut til de som måtte trenge dem, særlig i akuttøyemed, fort.

Vurdering

Ibruktakelse/ implementering av nye IKT- løsninger er en forutsetning for en mer effektiv samhandling. Reformen må bidra til bedre elektronisk samhandling i helsesektoren generelt og mellom helseforetakene og kommunene spesielt. Det må bety bedre IT- løsninger og plattformer som "snakker sammen" og gjør det mulig å kommunisere bedre elektronisk mellom helseforetakene, fastlegene, den kommunale helse- og omsorgssektoren og pasient/ bruker.

Felles plattformer, som kommunal- og offentlig ikt-arkitektur må utvikles og finansieres sentralt.

IKT-systemer må legges til rette slik at det ikke blir spørsmål om kommunene har råd til å benytte dem. De må være åpne og tilgjengelige for alle som de er ment å tjene. Stimulering til anskaffelse og bruk av PDA vil være svært effektivt innenfor bl.a. hjemmetjeneste, legevakt m.m.

En harmonisering av kvalitetssystemer, administrative systemer, retningslinjer og rutiner må utføres ved deltakelse fra berørte parter og det vil være en fordel med felles opplæring.

Kunnskap i helsetjenesten

Implementering av ny kunnskap forutsetter at ledere på alle nivå rapporterer både på faglig kvalitet, på pasientsikkerhet og pasientmedvirkning, i tillegg til fag-/ arbeidsmiljø og økonomi.

Arbeidstilsynet beskriver i sine rapporter den svært utfordrende arbeidssituasjonen til ledere på pasientnære nivå. Dette inkluderer svært store kontrollspenn, samt lite samsvar mellom ressurser og utfordringer. Skal pasienter og pårørendes berettigede forventninger om helsetjenester av god kvalitet innfris, er det viktig at med styrket fokus og anerkjennelse av ledere på dette nivået.

Arbeidsgivere har det overordnede ansvaret for at oppgavene i helsetjenestene utføres med riktig kompetanse slik at feil og utilsiktede hendelser kan unngås. Det er viktig at kompetanseutvikling planlegges og struktureres slik at kompetansen er tilpasset pasientenes behov og at den kan dokumenteres. Dette oppnås gjennom å prioritere arbeidet med kunnskaps- og kompetanseplaner. Det innebærer utvikling av en tydelig faglig infrastruktur, slik at kvaliteten på behandling og sykepleie til pasientene reelt sett heves.

For å nå målsettingen om kunnskapsbasert praksis i helsetjenesten er det av avgjørende betydning at metoder og verktøy som stimulerer til dette tas i bruk. Vi er opptatt av at ledere på alle nivå må legge til rette for at medarbeidere innhenter forskningsresultater som har betydning for praksis. Bruk av kvalitetssikrede prosedyreverk som Praktiske Prosedyrer i Sykepleie (PPS), samt faglige standarder og retningslinjer er sentrale elementer i kvalitetsarbeidet.

Relevant og pålitelig kunnskap er ofte ikke tilgjengelig, oppsummert, eller tatt i bruk på alle nivåer.

Vurdering

- *Høringsutkastene gjenspeiler i alt for liten grad tilbudene som befolkningen mottar i kommunene i dag og den kompetansen som finnes innen forebygging og spesifikke helsetjenester. Dette bør utdypes ytterligere for at utgangspunktet for å foreta endringer skal bli riktig, samt sikre tillit til- og oppslutning om endringer.*
- *Ytterligere insitamenter for bedre samhandling i allerede eksisterende flerfaglige team i kommunene, der spesialisthelsetjenesten bidrar med kompetanse, er et vesentlig område å legge innsats i videre.*
- *Omleggingen i helse og omsorgssektoren krever kompetanseutvikling på alle nivåer. Utdanningskapasiteten og utdanningenes innhold må tilpasses behovene for kompetanse i kommunene og helseforetakene.*

- *Forskningsinnsatsen og kunnskapsutviklingen må øke betraktelig. Den må omfatte alle deler av omleggingen og alle aktørene, både samfunn, administrasjon og organisering, økonomiske og faglige aspekter, og ikke minst resultat for brukerne av tjenestene.*
- *Utvikling av samhandlingskompetanse er viktig på begge forvaltningsnivåene, der likeverdighet mellom yrkesgrupper og aktører legges til grunn og ikke minst i ledelsesutvikling.*

Kvalitet og læringskultur

Det bør utarbeides nasjonale minstestandarder for å sikre at det opprettholdes en grunnbemanning lokalt som sikrer at pleie- og omsorgspersonell har tid til å utføre kvalitetmessig høyverdig pleie. Når kommunene selv får sette standard blir grunnbemanningen gjerne skåret inn til benet, stillingene blir så minimale at man ikke får nødvendig kjennskap til brukere og pasienter. Kvalitet blir gjerne et festord som trekkes frem i den store sammenheng.

Vurdering

Lovendringene må innebære et minimumskrav til grunnbemanning og kompetanse for å ivareta de helse-, pleie- og omsorgsarbeid som kommunehelsetjenesten skal ha ansvar for.

Legetjenester i kommunene

Bedre og mer integrerte legetjenester i kommunene er et sentralt område i samhandlingsreformen og en forutsetning for økt kommunalt ansvar og større oppgaver.

Kommunene må sikres tilstrekkelige virkemidler til å kunne planlegge for og utføre de sørge-for-oppgavene som kommunene tillegges i utkastet til ny helse- og omsorgslov og ny folkehelselov. Kommunenes ansvar omfatter ledelse og bruk av fastlegeordningen integrert mot øvrig kommunehelsetjeneste, og kommunenes posisjon overfor fastlegene bør styrkes. Det må tas høyde for at den fremtidige kommunerollen vil stille store krav til kommunal ledelse, og den allmennmedisinske og samfunnsmedisinske kompetansen i kommunene må styrkes.

Forslagene som fremmes i planen vil kunne være krevende å gjennomføre, og det bør legges til rette for effektiv implementering. Forslagene om krav til rapportering på kvalitet, sterkere styringsdialog og eventuelle økonomiske endringer må kommuniseres slik at de helsefaglige målsetningene blir forstått, skaper motivasjon og medvirker til endring. Staten må legge til rette for et godt tillitsforhold mellom kommunen og alle aktuelle tjenesteytere.

Det må opprettes tilstrekkelig med nye stillinger og legehjemler til å dekke fremtidens behov for legetjenester. Argumentasjonen for at fastlønn med mulighet for overgang til avtalebasert praksis lettere kan rekruttere unge leger til kommunene. Det er behov for statlige tilskudd for å oppnå dette. Vi mener også at et system for utdannelsestillinger i allmennmedisin best vil kunne gjennomføres via en fastlønsordning. Å oppnå god legedekning og stabilitet i legestillinger i distriktene krever særskilte tiltak.

Antall nye leger i primærhelsetjenesten må vurderes ut fra ønsket om en styrket og kvalitativt bedre tjeneste ved legevakt, overgrepsmottak, styrkede forebyggende helsetjenester, sykehjemsmedisin og legetjenester i lokallmedisinske sentre. Tjenester til personer med kroniske og sammensatte lidelser krever mer kompetanse av helsepersonellet i kommunene, og nødvendiggjør kompetanseoverføring og veiledning fra spesialisthelsetjenesten.

Fastlegenes listeansvar bør presiseres, særlig med hensyn til pasienter som også mottar andre sosial-, omsorgs- og helsetjenester fra kommunen, fra spesialisthelsetjenesten pasienter som ikke selv oppsøker legen.

Behov for styrket legebemanning for andre oppgaver, som kommunelegefunksjonen, sykehjem, fengselshelsetjeneste, psykisk helse, rusfeltet, legevakt, beredskapsoppgaver med mer. For å oppnå god balanse mellom fastlegenes oppgaver og legeoppgaver utført av leger i kommunenes øvrige helse- og omsorgstjenester må det tilrettelegges for at kommunene får frihet til å velge hvordan allmennmedisinske oppgaver best kan dekkes ut fra lokale behov. Effektiv og hensiktsmessig arbeidsdeling må oppnås mellom alle ulike typer helsepersonell.

Staten bør stille krav om at fastlegene skal være spesialister i allmennmedisin eller være under slik spesialisering, og legge forholdene til rette for god implementering av dette målet. Det er behov for å styrke kompetansen innen eldremedisin, fengselshelsetjeneste, minoritetshelse, og forebygging og behandling av de store folkesykdommene.

Systemet for kvalitetsforbedring i de kommunale helse- og omsorgstjenesten må bedres, og brukermedvirkning og brukerkunnskap må trekkes inn i kvalitetsforbedringen. Det bør utvikles et helhetlig nasjonalt system for kvalitetsindikatorer for de kommunale helse- og omsorgstjenestene som ledd i et helhetlig system for helsetjenesten. Midlene til forsknings- og utviklingsarbeid i primærhelsetjenesten bør økes.

Bedre og mer integrerte legetjenester i kommunene er et sentralt område i samhandlingsreformen og en forutsetning for økt kommunalt ansvar og større oppgaver. For å sikre at legeressursene anvendes til de prioriterte områdene er det nødvendig å knytte fastlegene tettere styringsmessig til kommunen. Det er også nødvendig at det blir stilt funksjons- og kvalitetskrav til fastlegen knyttet til innbyggerne på deres liste.

Regjeringen forutsetter at veksten i legetjenester i hovedsak skal skje i kommunene. Dette skal gi rom for økt innsats til prioriterte grupper på fastlegens liste i tillegg til en styrking av allmennmedisinske offentlige oppgaver. Regjeringen vil legge til rette for sterkere kommunal styring

av fastlegene. Det foreslås å forskriftsfeste nasjonale kvalitets- og funksjonskrav med tilhørende rapportering. Fastlegens listeansvar presiseres og utvides, blant annet til proaktiv oppfølging av pasienter som ikke selv oppsøker legen. Regjeringen beskriver også fordeler og ulemper ved å gi kommunene større finansieringsansvar.

Vurdering

En forsterket og godt integrert legetjeneste i kommunenes helse- og omsorgstjeneste vil være en forutsetning for at kommunene skal kunne ta flere oppgaver og et større ansvar i helsetjenesten. Det vil bli viktig i det videre arbeid å vurdere hvilke virkemidler som må være på plass for at kommunene skal kunne ivareta sitt økte ansvar.

Pleie- og omsorgstjenester

Omsorgstjenestens hovedutfordringer er knyttet til vekst i antall brukere og at flere har komplekse sykdomsbilder med behov for sammensatte tjenester. Dette stiller store krav til kapasitet og kompetanse i omsorgstjenestene, og til omstilling og tilpassing i kommunene. Det er behov for bedre medisinsk og tverrfaglig oppfølging av omsorgstjenestens brukere og større oppmerksomhet på aktivitet og sosiale og kulturelle forhold ved dagens omsorgstilbud.

Det savnes fokus på ledelse i pleie- og omsorgstjenestene. Pleie- og omsorgstjenesten trenger kompetente ledere og det er behov for å fokusere på nødvendigheten av god ledelse i sektoren. Gode ledere skal legge til rette for brukermedvirkning, faglig kvalitet, effektive tjenester og godt arbeidsmiljø. Gode ledere skal også sikre faglig kompetente og myndiggjorte medarbeidere. Samhandlingsreformen krever endringsvillige og -kompetente ledere som er pådrivere for å etablere samarbeidsformer og -relasjoner på tvers av nivåer og strukturer, innad i tjenesten så vel som mot eksterne samarbeidspartnere.

Ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og samhandlingsreformen legger føringer for hvilke ansvarsområder som skal legges til kommunene. I motsetning til dagens lov er lovforslaget i hovedsak profesjonsnøytralt. Kommunen har et virksomhetsansvar for å legge til rette for forsvarlige tjenester, men det stilles ingen konkrete krav til profesjoner eller til hvilken kompetanse personellet som utfører tjenestene skal ha.

Det savnes et sterkere fokus på hjemmetjenestens rolle i den framtidige kommunehelsetjenesten. Den medisinske utviklingen gjør at flere vil overleve med livstruende sykdommer og enkelte vil ha mange og sammensatte sykdommer som krever behandling og oppfølging. Muligheten for medisinsk behandling og oppfølging i hjemmet vil i fremtiden stille større faglige krav til hjemmetjenesten og til oppfølging fra fastlegene.

Det er behov for gjennomgang av noen av de mest sentrale helsefaglige grunnutdanningene slik at utdanningene tilpasses de helsemessige utfordringene som følger av samhandlingsreformen. I tillegg vil det være nødvendig å innføre arbeidsmetoder i tjenesten som fokuserer på forebygging og egen mestring. Det medisinske tilbudet til beboere i sykehjem og omsorgsboliger må styrkes som en følge av at kommunale tilbud før, istedenfor og etter sykehusopphold nå kan gis til lokalmedisinske sentra eller forsterkede sykehjem.

Forskning på ulike områder innen omsorgsfeltet er nødvendig og det er et særlig mål at norske og internasjonale forskningsmiljøer samarbeider godt om demensforskningen.

Hjemmetjenesten må styrkes både når det gjelder kompetanse og ressurser. Pleie- og omsorgstjenestene må sees på som en helhet og en godt utbygd hjemmetjeneste vil bidra til at å redusere bruk av spesialisthelsetjenester og kommunale institusjonstjenester.

For kreftpasienter uavhengig av alder, er det viktig at de kommunale pleie- og omsorgstjenestene er kjent, tilrettelagte og tilgjengelige. Særlig gjelder dette praktiske støtteordninger i hjemmet, og ikke minst for kreftpasienter med mindreårige barn. Kreftforeningen sier at det er store forskjeller mellom kommuner i forhold til om det blir gitt praktisk bistand overhodet, og hva slags type bistand som blir gitt, til tross for at sykdomstilstand, familiesituasjon og behov kan være nærmest samsvarende. Selv om det må tas utgangspunkt i den enkelte pasient og families individuelle behov for praktisk bistand i hjemmet ved alvorlig sykdom, er vi svært opptatt av at det også må være en forutsigbarhet og tydelighet i lovverk og retningslinjer i forhold til hva man har krav på, og at bistand gis uavhengig av bostedskommune og kommuneøkonomi. Dette er viktig for å unngå både geografiske og sosiale forskjeller.

Sykehjemmene er viktige for kreftomsorgen. Hvert år dør om lag 10 000 mennesker av kreft. Over halvparten er 75 år eller eldre, og omtrent 1/3 av kreftpasientene dør i sykehjem. Tilgjengelige data indikerer at disse pasientene oftest er gamle, enslige og har betydelig funksjonssvikt og mange plager. Pasientenes medisinske og pleiemessige behov står ikke i forhold til de ressursene som er tilgjengelige i en vanlig sykehjemsavdeling (ref. rapport fra daværende Shdir i 2007 om samhandling og palliative enheter på sykehjem med fokus på kreftpasienter).

Alle kommuner skal ha tilgang til sykepleiere med spesialutdanning i kreftsykepleie og/eller palliasjon. I tillegg er det viktig med kompetanseheving på kreftsykdom i fagmiljøene på undervisningssykehjem og i undervisningshjemmetjenesten. Eksempler på områder hvor vi erfarer at det trengs kompetanseheving er ernæring, rehabilitering og palliasjon.

Alle sykehjem skal beherske grunnleggende palliasjon. Grunnleggende palliasjon ivaretar kartlegging av symptomer og plager, symptomlindring, informasjon til pasient og pårørende, terminal pleie, sorgarbeid og oppfølging av etterlatte, samt dokumentasjon og kommunikasjon mellom aktørene.

Sykehjemmene vil også komme til å få andre tunge oppgaver fra spesialisthelsetjenesten. Medisinske diagnoser som for eksempel pneumonie, diabetes, cerebrale tilstander, dehydrering og

coronare svikttilstander vil kreve, tidvis, veldig tung pleie, stort behov for styrket kompetanse og styrket bemanning. Sykehjemmene vil på bakgrunn av dette, være svært avhengig av at legedekningen til / for sykehjemmene er tilfredsstillende.

Vurdering

Omleggingen av oppgaver fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten vil by på kjempestore utfordringer, særlig for kommunehelsetjenesten. At mennesker lever lenger betyr at flere vil få et pleie- og omsorgsbehov. Samtidig som man blir eldre øker risikoen for å få stadig mer komplekse sykdomsbilder. Dette vil igjen kreve langt større kapasitet ved for eksempel hjemmetjenesten, sykehjemmene, legekantorene, behov for laboratorietjenester, psykisk helsearbeid, ergoterapi osv. med større og flere oppgaver, vil man også få et større behov for medisinsk og tverrfaglig oppfølging. Her vil også styrket forskning være en nøkkeloppgave. Summen av dette vil kreve styrket kompetanse, utbygging av kapasitet og nødvendige økonomiske midler.

Sosial ulikhet og helse

Hvordan helsen fordeles i samfunnet henger tett sammen med hvordan øvrige ressurser er fordelt. Derfor er det helsepolitisk relevant å være opptatt av hvordan inntekt fordeles, i hvilken grad skolen klarer å gi alle elever gode grunnleggende ferdigheter, at NAV når målet om flere i arbeid og aktivitet, at alle får mulighet til å foreta sunne valg og etablere gode helsevaner, at helsetjenesten gir hjelp etter behov, og at sårbare grupper i mest mulig grad inkluderes og deltar i vårt samfunn. Alt dette bidrar til god helse og en jevnere fordeling av helse.

Strukturelle virkemidler retter seg ikke direkte mot enkeltmennesker, men påvirker risiko- og beskyttelsesfaktorer i omgivelsene. Gjennom lovgivning, økonomiske virkemidler som pris og avgifter og fysisk tilgjengelighet og utforming, kan samfunnet gjøre det lettere for den enkelte fremme egen helse. Økt fysisk aktivitet i skolen, gratis frukt og grønt til alle elever i grunnskolen, bevillingsordning for tobakk og høyere aldersgrenser for kjøp av tobakk er eksempler på slike strukturelle tiltak. Det er også viktig å bruke prisvirkemiddelet for å redusere forbruket av usunne varer, slik man i lang tid har gjort på alkohol og tobakk. Det bør også vurderes om man kan bruke prisvirkemiddelet mer aktivt for eksempel på ernæringsområdet. Andre strukturelle tiltak som påvirker mer grunnleggende helsedeterminanter kan være satsing på en helhetlig skoledag, styrking av kvaliteten i barnehagen og en mer koordinert satsing på overgangen mellom barnehage og skole.

Slike strukturelle tiltak har dokumentert effekt på helseatferd og bidrar samtidig til å utjevne sosiale helseforskjeller. Tiltakene kan oppfattes som kontroversielle og komme i konflikt med politiske mål, næringsinteresser eller verdier som individuell frihet. For å legge til rette for bedre levevaner i befolkningen, er det likevel behov for økt satsning på effektive strukturelle virkemidler.

Når det gjelder kunnskapsbasering av tiltak for bedre folkehelse og reduserte helseforskjeller, eksisterer det imidlertid mange utfordringer. Det er blant annet ulike syn på hva slags kunnskap som behøves, og hva slags kunnskap som er gyldig. Begrepet kunnskapsbasert brukes ofte i en relativt smal betydning. Det er utfordrende å etablere kunnskap om levekårstiltak som befinner seg langt bak i en kjede av årsaker til sykdom og død. Det er viktig at effektevalueringer, som i sin natur legger størst vekt på individuelle tiltak og kortsiktige effekter, utfylles av mer langsiktig kunnskap og forskning om mer grunnleggende årsaker og universelle, befolkningsrettede tiltak.

For å kunne gi et likeverdig helsetjenestetilbud er det imidlertid nødvendig at helsevesenet i særlig grad tilgodeser pasienter med lavere sosioøkonomisk status. Internasjonal forskning viser helt tydelig at en helsetjeneste som er basert på en sterk og god primærhelsetjeneste, herunder allmennlegetjeneste, er samlet den form for helsetjeneste som best fremmer likeverd og gir mest rettferdige tjenester.

Egenandeler på helsetjenester er et problem i denne sammenheng. Høringsdokumentet problematiserer i mindre grad implikasjoner ved egenandelssystemet. Egenandeler er en direkte årsak til redusert tilgjengelighet til helsetjenester for noen pasienter med store behov. Det savnes konkrete forslag til hva Regjeringen vil gjøre med effekten disse egenandelene har på tilgangen til helsetjenester: De som har dårligst råd er mest syke, og belastes dertil med mest egenandeler. Dette kan bidra til at helsetjenesten forsterker, heller enn motvirker, sosiale helseforskjeller.

Høringsdokumentet peker på at finansieringssystemer i spesialisthelsetjenesten kan medføre vridning bort fra pasienter med sammensatte og kroniske lidelser. I dagens stykkprissystem ser en tendens til dette. Det er imidlertid ikke en egenskap ved stykkprissystemet i seg selv, men noe som oppstår fordi innsatsstyrt finansiering i spesialisthelsetjenesten praktiseres som et gjennomgående prissystem og tjenester til pasienter med sammensatte og kroniske lidelser er for lavt priset. En bevisst utvikling av stykkprissystemene som prioriteringsvirkemiddel vil effektivt tilgodese pasienter med sammensatte og kroniske lidelser bedre.

Lavterskel helsetilbud skal være stedet hvor befolkningen naturlig henvender seg med ulike fore-spørsmål om helse og kropp, og stedet de kan få kunnskap om hvordan de eller pårørende kan forebygge eller leve best mulig med helse- eller funksjonssvikt.

Vurdering

Sett under ett er alle livsfaser viktige for sosial ulikhet i helse. De sosiale forskjellene vi ser i dag er ofte, men ikke alltid, uttrykk for sosiale levekår mange år tilbake i tid. Dette varierer mellom sykdommer. Derfor er det ikke mulig å si at de sosiale ulikhetene i helse vi ser blant eldre i dag vil gi seg samme uttrykk hos dagens unge når de blir eldre. Gjennom livsløpet beveger mennesker seg mellom ulike sosiale levevilkår som har betydning for helsa. I Norge synes den viktigste formen for helserelatert seleksjon å være når personer beveger seg inn og ut av arbeidslivet, som ved uførepensjon. Det må likevel ikke bli en prisdiskusjon om hvorvidt den ene eller den andre pasient eller gruppe av pasienter skal få helsehjelp på et faglig riktig nivå. Egenandel på helsetjenester er for mange en direkte årsak til reduksjon eller fravær av nødvendig kontakt med ulike helsetjenester. Det gir grunnlag for Regjering å se på egenandelsordningen.

Sykehusstruktur

Det er viktig å legge til grunn befolkningens behov for trygghet i form av nødvendig tilgjengelighet og faglighet i utviklingen av helsetjenesten. Samhandlingsreformens intensjoner som samlet omtales som en "venstreforskyvning"; med mer fokus på forebygging, "best behandling på et lavest effektivt nivå" (BEON), behandling nærmere pasientens bosted og mer samhandling mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten, må bli en realitet. For å oppfylle disse forventningene må arbeidsoppgavene innen dagens helsevesen i betydelig grad omfordles. Dette gjelder også ressursene for å løse dem.

Helsetjenestene må være tilgjengelige. Med dette menes så vel at det er tilstrekkelig nærhet til etablerte fysiske lokasjoner, som tilgjengelighet på telefonen når pasientene har behov for bl.a. å få kontakt med fastlegen eller behandlende lege i spesialisthelsetjenesten. Gode og informative websider og helseportalen kan bli viktige bidrag.

Befolkningen skal få best mulig behandling uansett hvor de bor, og føle trygghet for at de får nødvendig og kvalitetsmessig god helsehjelp og et likeverdig tilbud.

Minstekravet til et lokalsykehus må være akuttberedskap innen indremedisin, generell kirurgi og anestesi, samt tilgang til klinisk-kjemiske og radiologiske tjenester.

Et lokalsykehus må kunne ta imot pasienter med de vanligste sykdommer og skader som krever diagnostisering og behandling i spesialisthelsetjenesten. Det utgjør 60-70 % av pasientene i norske sykehus.

På bakgrunn av ovenstående, må Tynset Sykehus bestå som et lokalsykehus for nordre del av Hedmark fylke og søndre del av Sør-Trøndelag. Likeledes er det viktig at Hedmark får samlet sentralsykehusfunksjonen i Hedmark i Elverum.

Tilstrekkelige og treffsikre investeringer er nødvendig for å sikre tjenester med høy kvalitet, effektivitet og godt arbeidsmiljø. Det bør lages en overordnet og langsiktig plan for investeringer i sykehussektoren.

Det må utarbeides en Nasjonal sykehusplan, som en del av Nasjonal helse- og omsorgsplan. Sykehusplanen må inneholde nasjonale minstekrav til hvilke helsetjenester som skal tilbys på et lokalsykehus og hvor de skal ligge. Det må tas geografiske hensyn i områder med spredt bosetning og store avtander.

Vurdering

For distriktene vil et kompetent sykehusmiljø ha svært stor innvirkning på kommunehelsetjenestens oppgaver, mulighet for tett samarbeid og økonomien for den totale kommunehelsetjenesten. Livet for bynære kommuner er veldig mye enklere enn for en såkalt distriktskommune. Når det gjelder personell, vil bynære kommuner ha langt større rekruttering av ulike typer fagpersonell, dersom kommunen har et godt samarbeid med sykehuse(ne). Økonomisk er det en klar fordel pga korte avstander og derfor raskere svar på laboratorietjenester, røntgentjenester, gunstigere transportordninger i forhold til vurderinger opp mot gjenværende beredskap osv. Oppgavene for kommunehelsetjenesten vil også variere med nærhet til et sykehus med sentral- eller regionalfunksjoner. Det vil kunne bli "letter" å sende fra seg pasienter fra en kommune som har geografisk nærhet til sykehuset enn for en kommune langt unna sykehuset. Ambulansetjenestene ved sykehusene vil også profitte på nærhet til sykehusfunksjoner og større faglige utfordringer. Gjennom dette havner ofte de beste ved slike tjenestesteder. Legene vil også ha nærhet til et større sykehus. Det vil bl.a. derfor være svært viktig for Tynset sykehus å bestå som et lokalsykehus med akutfunksjoner og at Elverum blir et større sykehus med sentral- eller regionaloppgaver for Hedmark.