

Uttale

Tingvoll kommune vil uttale dette til forslaget til ny lov om kommunale helse og omsorgstjenester og ny folkehelselov:

Tingvoll kommune ser positivt på hovedintensjonene i samhandlingsreformen men mener at forslaget til ny helse og omsorgslov ikke gir tilstrekkelig avklaring på en rekke områder. Tingvoll kommune legger til grunn uttalelsen fra KS av desember 2010, med disse presiseringene:

Kommunenes ny rolle

Helse og omsorgsdepartementet (HOD) legger opp til at kommunene skal få et utvidet ansvar i form av bl.a:

- Overføring av aktivitet fra spesialisthelsetjenesten
- Mer kommunal styring av fastlegene, nye ressurser innenfor fastlegeordningen
- Etablering av funksjons- og kvalitetskrav
- Satsing på rehabilitering, osv..

Lovforslaget angir en negativ avgrensning av de kommunale oppgavene, dvs. at kommunene skal ha ansvaret for de oppgavene spesialisthelsetjenesten **ikke** skal ha. Dette gir et lite oversiktlig bilde; hva blir konkret de kommunale oppgavene? Vi har et inntrykk av HOD forsøker å tydeliggjøre kommunenes nye rolle. Etter vår mening lykkes departementet ikke helt.

Kommunens plikter

Lovforslaget legger opp til at kommunens plikter i dag i all hovedsak skal videreføres. Forslaget om at det settes funksjonskrav (ikke krav til profesjon, med unntak av lege) synes fornuftig under forutsetning av at faglig standard opprettholdes. Dette gir kommunene mer frihet til å bygge opp og organisere sine tjenester. Siden lovforslaget legger til grunn at kommunene får et mer helhetlig ansvar, vil dette være riktig. Mer helhetlig ansvar vil kunne bety at kommunene står fritt til å velge å rekruttere også andre typer profesjoner inn i tjenestene enn de typisk helsefaglige.

Vi mener det er riktig og nødvendig å legge opp til at flere tjenester utføres i kommunene i stedet for i spesialisthelsetjenesten. Det sentrale spørsmålet er vilkårene og kommunenes forutsetninger for dette.

Intensjonen er at kommunene i større grad skal:

- Ivareta hele spennet fra forebygging til oppbygging av døgnplasser for å unngå sykehusinnleggelser
- Tverrfaglige tjenester med tilbud "før – i stedet for - og etter" sykehusinnleggelser
- Krav til systematisk arbeid med helsefremmende og forebyggende tiltak i og utenfor helsetjenesten

Flere forhold spiller inn om vi skal lykkes; organiseringen av arbeidet, graden og kvaliteten på samhandling mellom ulike parter, økonomi, nok personalressurser, kompetanse, kommunestørrelse, interkommunalt samarbeid, IKT m.m. HOD legger opp til at kommunene skal stå fritt til å organisere sine tjenester / tilbud til lokale forhold. Det støtter prinsippet om kommunalt sjølstyre og er et positivt moment i lovforslaget.

Et lovfestet avtalesystem

I lovforslaget ligger det et lovfestet krav om at det skal inngås avtaler mellom spesialisthelsetjenesten og den enkelte kommune, basert på et minimumskrav til rammene for en slik avtale. Disse avtalene blir derfor et meget viktig fundament for samhandlingen mellom partene.

Vi har samarbeidsavtaler med helseforetaket i dag, basert på en mal fra nettopp helseforetaket. Sentralt i det nye lovforslaget er at spesialisthelsetjenesten og kommunene skal være "likeverdige parter" i samhandlingen. I dag er det dessverre ikke slik. Kommunene må til en viss grad tilpasse seg spesialisthelsetjenesten. For en mindre kommune kan dette være ekstra ressurskrevende.

Vi ser at det kan oppfattes som et paradoks at avtalene mellom partene også i framtida skal bygge på "rammer" og maler som er sentralt initiert. Det bør settes fokus på dette slik at avtaletekstene (rammene) faktisk legger til grunn to likeverdige parter.

Døgnopphold til pasienter som trenger øyeblikkelig hjelp

I HOD's høringsbrev av desember 2010 heter det:

"For at kommunene skal kunne tilby gode alternativer til sykehusinnleggelser for pasienter som har behov for døgnopphold for observasjon, undersøkelse og behandling, vil det være av stor betydning at kommunene etablerer døgntilbud. Økonomiske insentiver i form av kommunal medfinansiering og samarbeidsprosjekter mellom helseforetak og kommuner vil legge til rette for at både kommuner og helseforetak vil se seg tjent med å etablere slike tilbud i kommunene. Høringsinstansene bes særskilt om å komme med innspill på om det eventuelt bør lovfestes en plikt for kommunene til å sørge for slikt døgntilbud. En eventuell plikt vil i så fall være avgrenset til pasientgrupper der et slikt tilbud anses som like bra eller bedre enn innleggelse ved sykehus for pasienter og henvisende leger".

Dette er en oppgave vi ser burde ligge til kommunene. En slik tjeneste vil være helt sentral i samhandlingsreformens intensjon. En generell skepsis hos oss og også i andre kommuner er om sentrale myndigheter følger opp reformen med økonomiske virkemidler. Dersom vi skal kunne tilby denne typen ø-hjelp vil dette koste penger for kommunene. I valget mellom om denne tjenesten skal være frivillig eller lovpålagt vil vi derfor foreslå at den hjemles i lov. Da må Stortinget bevilge nødvendige midler for at kommunene skal være i stand til å utføre tjenesten.

Pleie og omsorgstjenester

HOD har en ambisjon om å styrke kapasiteten i omsorgstjenesten ved å øke antall heldøgns omsorgsplasser med 12000 frem til 2015, øke antall årsverk med 12000 frem til 2015, tilby full sykehjemsdekning, innføre en lovfestet plikt til å tilby dagtilbud

for demente, utvidet partnerskap med familie og pårørende og styrket innsats innen lindrende behandling.

Et godt alternativ til sykehjemsplasser er heldøgns omsorgsplasser i form av boliger med et sammensatt tjenestetilbud. Vi mener slike løsninger i tillegg til sykehjemsplasser kan være med på redusere "unødvendige sykehusinnleggelser" og slik møte noen av utfordringene i samhandlingsreformen. Den viktigste forutsetningen for å klare dette er at staten gir kommunene gode økonomiske støtteordninger. Vi ser derfor positivt på at det signaliseres utvidet tilgang til rentekompensasjon for nybygg (ingen siling av søknader fra fylkesmenne).

Det viktigste er allikevel at økte driftsutgifter kompenseres fullt ut.

Skal kommunene klare å møte utfordringene med flere eldre pleietrengende, flere yngre som blir syke som en følge av livsstilssykdommer osv, må lavterskeltilbudene styrkes i kommunene. Det finnes forskning som konkluderer med at 10% av alle heldøgns tjenester like gjerne kan utføres i kommunene som i sykehus.

Hjemmesykepleie, hjemmehjelp, bruk av ambulante team er ofte en god løsning for den som er syk og for hjelpeapparatet. Når dette koster mindre enn et opphold på institusjon må det kunne regnes som "beste effektive omsorgsnivå" (BEON).

En velkjent utfordring er å klare å skaffe nok kvalifiserte personer til å utføre oppgavene. Her må staten bidra. Et av tiltakene kan være at HOD kjører kampanjer i sentrale media for å få flere unge til å satse på et yrke innen sektoren, skape mer attraktivitet rundt det å jobbe i sektoren, bygge ut utdanningstilbudene osv. Tiltakene er mange. Kommunene kan bidra på sin måte lokalt.

Legetjenesten

Vi støtter forslaget om at fastlegeordningen i hovedsak videreføres som i dag. Vi støtter videre forslaget om at kommunelegen i sterkere grad knyttes til kommunen og kommunens helhetlige helsetjeneste, dvs. at kommunen i større grad kan styre fastlegene. Dette skal selvsagt ikke innebære at rådmannen blander seg bort i legens faglige arbeid.

Vi mener det er viktig at tilsynslegefunksjonen ved institusjon og andre heldøgns omsorgsplasser fastsettes til en gitt tilstrekkelig stor størrelse. Vi ser gjerne at dette blir lovfestet og fulgt opp med full kompensasjon fra staten. En god tilsynslegeordning er meget viktig for at kommunene skal kunne avlaste spesialisthelsetjenesten (sykehusene) med innleggelser.

For at kommunene skal kunne rekruttere et tilstrekkelig antall leger, spesielt til mindre distriktkommuner, må staten gripe mer inn og styre en slik rekruttering. I forslaget fra HOD ligger at selvstendig næringsdrift med kommunale avtaler fortsatt skal være hoveddriftsformen for allmennlegetjenesten *"samtidig som det legges til rette for at allmennleger i større grad kan ha fast lønn med mulighet for å gå over til næringsdrift der kommune og lege er enige om dette"*.

I den grad allmennleger ønsker å gå på fast lønn, kan dette legge et bedre grunnlag for at legene blir mer involvert i den samlede kommunale tjenesteytingen innen sektoren. Vi mener derfor dette er et godt forslag.

Forebyggende

Forebyggende arbeid er en av grunnpilarene i samhandlingsreformen. Forslaget til ny folkehelselov legger opp til at det ikke bare er helsesektoren men alle sektorene i kommunen (totalkommunen) som skal jobbe forebyggende. Lokalt folkehelsearbeid

blir viktig for å forebygge sykdom, - spesielt livsstilssykdommer. Vi mener dette er en riktig og viktig prioritering for å møte utfordringene, spesielt på lengre sikt. Lovforslaget pålegger kommunene å legge inn helseutfordringene i kommunen sin planstrategi i henhold til bestemmelsene i plan og bygningsloven. Siden plan og bygningsloven stiller kommunene fritt i hva som skal inn i kommunens planstrategi, bør dette ikke komme som et lovpålegg i folkehelseloven, men som en oppfordring. Samlet mener vi i Tingvoll at folkehelseloven er et godt lovforslag.

Økonomi

Intensjonen i forslaget til ny helse og omsorgslov er å etablere økonomiske insentiver for å understøtte riktig oppgaveløsning som gir grunnlag for gode pasientforløp og kostnadseffektive løsninger.

Disse økonomiske insentivene er ennå ikke klare. Regjeringen fjernet økonomidelen av stortingsmeldingen (nr 47) før den ble behandlet i Stortinget. For å avklare de økonomiske sidene, ble det oppnevnt et statssekretærutvalg som skulle levere sin tilråding i oktober/november 2010. Denne foreligger ennå ikke.

Lovforslaget legger imidlertid visse føringer for økonomiske virkemidler:

- Det forutsettes at det gis kompensasjon for økte kommunale kostnader knyttet til kommunal medfinansiering; her er det skissert to aktuelle modeller: All behandling av personer over 80 år, eller all medisinsk behandling (uavhengig av alder). For begge modellene er det lagt til grunn 20% kommunal medfinansiering.
- Kommunal finansiering av utskrivingsklare pasienter fra sykehus fra dag en
- Samarbeidsprosjekter – spleiselag
- Tilskuddsordninger for planlegging og etablering av lokalmedisinske sentra
- En større del av helsebudsjettet skal komme kommunene til del

Det er fortsatt flere ubesvarte spørsmål knytta til økonomi:

- hva blir maksimalt beløp kommunene skal betale pr. innleggelse?
- hvordan skal kommunene kompenseres for det økte finansieringsansvaret?
- hvordan skal kommunenes ekstra utgifter til medisiner på sykehjem kompenseres? Det samme gjelder utstyr og hjelpemidler som trengs på sykehjem ved et utvidet ansvar her? - større og mer avansert behov for pleie på sykehjem...

KS uttaler følgende: "I dag dekker helseforetakene utgiftene hvis pasientene skal tilbake til eget hjem, mens sykehjemmene må dekke disse kostnadene hvis pasienten skal dit. Dette er ikke kostnader som er tatt med i de økonomiske beregningene rundt medfinansieringsordningen".

Siden det ikke foreligger økonomiske modeller som klart sier hvordan regnestykket for kommunene blir, er det vanskelig å kommentere dette på annen måte enn at skal denne reformen bli vellykket, må staten ta sitt ansvar og gi kommunene full økonomisk kompensasjon for de endringene som blir foreslått. Dette gjelder også ventede pukkelkostnader (engangskostnader) knytta til innføringen av en ny reform.