

Fra: Fremtidens helsetjeneste
Sendt: 18. januar 2011 09:32
Til: post@vagsøy.kommune.no
Emne: Ditt høringssvar, Høyringsuttale på nasjonal helse- og omsorgsplan 2011 - 2015, ny lov om kommunale helse- og omsorgstenester og ny folkehelselov, er mottatt

Dette er en bekreftelse på at vi har mottatt ditt høringssvar på temaet Generelle høringssvar.

Høyringsuttale på nasjonal helse- og omsorgsplan 2011 - 2015, ny lov om kommunale helse- og omsorgstenester og ny folkehelselov
Vedtak Vågsøy kommunestyre 12.01.2011 Sak K 002/11:

Vågsøy kommune vil kome med følgjande uttale til nasjonal helseplan, ny lov om kommunale helse- og omsorgstenester og ny folkehelselov:

Vågsøy kommune vil spesielt framheve følgjande:

1. Den nye helse- og omsorgsplanen er i røynda ei stor kommunereform der kommunane får ei rekkje nye oppgåver dei skal løyse.
2. Det er viktig, gjennom nasjonal helse- og omsorgsplan, å sikre eit godt fundament for politisk styring og eit godt strategisk styringsdokument.
3. Inntil sjukehusplan er på plass må ein ikkje endre dei oppgåver som gjeld for spesialisthelsetenestene nasjonalt, regionalt og lokalt.
4. Kommunestyre ser på det å ha likeverdige helsetilbod som eit absolutt krav. Det er viktig at ingen lokalsjukehus skal leggjast ned, men somme sjukehus kan gjere andre oppgåver enn i dag, blant anna sett i samanheng med samhandlingsreforma. I dette arbeidet må det leggjast til grunn at dagens desentraliserte sjukehusstilbod skal oppretthaldast. Dette vil blant anna sikre nærleik til akuttberedskap innan indremedisin, generell kirurgi og anestesi, samt tilgang til klinisk -tekniske, radiologiske tenester og fødetilbod. Kommunestyre ser eit klårt behov for å avklare kva rolle lokalsjukehusa, lokalmedisinske sentra og kommunane skal ha.
5. Dei økonomiske ressursane for å kunne byggje opp nye tilbod i kommunane og få til resultat av forbyggingssida, før ein reduserer i spesialisthelsetenesta, er avgjerande for å kunne lukkast. Samstundes må helseføretaka sikrast økonomiske ressursar som gjer at det kan takast omsyn til lange reiseavstandar, små volum, lite befolkningsgrunnlag og vanskeleg geografi.
6. Kommunane må få tilført nok ressursar til å kunne gjere eit godt planleggingsarbeid for dei store omleggingane det her er snakk om.
7. Det er og sær viktig at kommunane får byggje opp ei god førebyggjande teneste før andre funksjonar vert overførde.
8. Vi kan ikkje sjå at dei økonomiske verkemidla staten legg inn her er tilstrekkelege til å kunne nå dei måla ein vil oppnå.
9. Oppgåvefordelinga mellom dei ulike nivå må vere klårt definerte. Dette gjeld særleg innanfor psykiatri, rus og rehabilitering, men også elles.
10. Dersom dei nye oppgåvene kommunane får krev større kommunar, må dette avklarast for å unngå å bygge opp nye forvaltningsnivå med fare for manglande politisk styring.
11. Definisjon av dei ulike delane i helsetenesta må bli klårare. Kva ligg i omgrepet distriktsmedisinsk senter, lokalsjukehus, ambulansetjeneste etc.
12. Dei auka oppgåvene for kommunehelsetenesta må også leie til auka tal legar i kommunane. Staten må legge til rette for dette med auka rekruttering, utdanningsplassar m.v. Også anna

helsepersonell må utdannast og rekrutterast tilsvarande. Utdanningssituasjonane for helsepersonell må i større utstrekning enn før utdanne personell som skal ha si teneste i kommunehelsetenesta.

13. Kommunane sitt mynde i høve til fastlegane, når det gjeld praksis som har store økonomiske konsekvensar for kommunane, må kome klårare fram.

14. Det er behov for ei grundig kostnadsrekning av den kommunale medfinansieringa av spesialisthelsetenestene. Den kommunale medfinansieringsmodellen må kombinerast med mekanismar for å avgrense einskilddkommunane sin finansielle risiko. Dei økonomiske konsekvensane for kommunane må bli betre kartlagt, og auka kostnader må fullfinansierast.

15. Det er viktig at staten utviklar ordningar som gjer at dei ulike partane i helse-Noreg reelt vert likeverdige partar.

NASJONAL HELSE- OG OMSORGSPLAN:

Måla med samhandlingsreforma lagt frem av departementet er mellom anna:

- Auka livskvalitet og redusert press på helsevesenet gjennom satsing på helsefremjande og førebyggjande arbeid
- Dempa vekst i bruk av sjukehusstenester ved at ein større del av helsetenestene ytes av kommunehelsetenesta – med føresetnad om like god eller betre kvalitet, samt kostnadseffektivitet
- Meir heilskaplege og koordinerte tenester til pasientar og brukarar gjennom forpliktande samarbeidsavtalar og avtala behandlingsforløp

Kommunen er samd med departementet om at dette er ein ønska utvikling for samfunnet. Vi vil likevel merke at det trengs oppbygging av dei kommunale organisasjonane for å kunne få til denne utviklinga og snu utvikling frå behandling til førebygging. Det vil og gå fleire år før det vil vere mogleg å sjå økonomiske resultat av dette arbeidet.

Nye plikter, større ansvar og fleire oppgåver til kommunane må føre til auke av ressursar, myndigheit og tillit.

Det er viktig at det i små og mellomstore kommunar, som er for små til eigne løysingar på ulike områder, ikkje vert bygd opp nye forvaltningsnivå utan politisk kontroll og med eigne administrasjonar. Det bør vere ei klår konsekvensutgreiing av kva ein oppnår ved å flytte oppgåver frå Helseføretak til nye interkommunale ordningar, oppimot fordelinga vi har i dag eller kommunesamanslåing med kommunar som er store nok til å ha alle ansvarsområde i eiga kommune.

Det er avgjerande at statlege mynde avklarar og definerar kva for oppgåver som i framtida skal ligge til lokalsjukehusa og dermed kva som vert eit kommunalt ansvar. Dette kan ikkje vere opp til kvart helseføretak / helseregion å definere. Staten må også ta overordna styring med å definere sjukehusstrukturen i landet for å unngå destruktive prosessar som hindrar utvikling av gode framtidige tilbod i tråd med intensjonane i samhandlingsreforma. Jfr. den pågåande sentraliseringa som skjer utan politisk styring og utan at det ligg føre ein klart definert statleg strategi. Utan ei slik avklaring vert kommunane lett handlingslamme i oppgåva med å bygge opp nye tilbod og vert ikkje likeverdige premissleverandør med spesialisthelsetenesta.

Den nasjonale helse- og omsorgsplanen er for mykje prega av fokuset til spesialisthelsetenesta.

T.d. har AMK-tenestene fått stor plass i planframlegget, medan den kommunale delen (legevaktssentralar og pleie- og omsorgstenestene) i den akuttmedisinske kjeda er via liten plass. Dette samsvarar dårleg med intensjonen i reforma om heilskap og samanheng.

? For å kunne sikre pasientane sine behov for helsetenester – og gode pasientforløp, må det vere ei klar og tydeleg ansvarsdeling mellom spesialisthelsetenesta og kommunehelsetenesta. Kommunen er budd på å overta

oppgåver frå spesialisthelsetenesta, men midlar og kompetanse må følgje med. Det er også viktig at nye oppgåver ligg nær opp til eksisterande oppgåver, slik at den breiddekompetansen som finst i kommunane kan bli ivareteken og endå betre utnytta. Spesialistoppgåver må framleis ivaretakast i spesialisthelsetenesta.

? Skal planen bli eit reelt og konkret styringsverktøy, må den avspegle intensjonane i Samhandlingsreforma om heilskaplege tenester, ha klare definisjonar på behandlingsinstitusjonar, og gi ei konkret og fullgod framstilling av dei ulike tenestene/forvaltningsnivåa sine oppgåver og ansvar. Kommunen ønskjer ikkje at det vert lagt opp til "nye" behandlingnivå, med uklar organisering og ansvarstilhøve. Difor må evt. "distriktsmedisinske senter" vere kommunale/interkommunale.

? Ein nasjonal helse- og omsorgsplan må også vere konkret i høve til tidspunkt for "innfasing" av verkemiddel/gjennomføring. Den må også vere konkret i høve til økonomiske rammer for nye oppgåver i kommunane. Gjennomføringa vil ta tid, og skal kommunane kunne planleggje og leggje til rette for nye oppgåver, må dei økonomiske rammene vere føreseielege. Jf t.d. rekruttering av fagpersonar.

? Ein sjukehusplan (evt. behandlingsinstitusjonsplan) - med ein behandlingsinstitusjonsstruktur som tek omsyn til reelle behov, geografi og avstandar - bør implementerast i nasjonal helse- og omsorgsplan.

NY LOV OM KOMMUNALE HELSE- OG OMSORGSTENESTER:

- Kommunen ser det som viktig og rett å rydde opp i noverande lovverk og å harmonisere lovverket med dagens verkelegheit. Det er rett å klargjere kommunens plikter (syte for ansvar) etter ny lov om kommunale helse- og omsorgstenester, pasientane sine rettar etter pasientrettigheitslova og helsepersonell sine plikter etter helsepersonellova. At den nye lova vert ei rein pliktlov/tenestelov og pasientrettigheitslova ei rein rettigheitslov ser vi som ein fordel for alle partar.
- Kommunane blir i forslaget ansvarlige for at tenester blir ytt, men kan velje mellom enten sjølv å utføre tenestene eller å inngå avtaler med private eller andre kommunar. Uansett kven som faktisk utfører tenestene overfor befolkninga, har kommunen ansvaret for at desse vert planlagt, gjennomført, evaluert og korrigert i tråd med lovgivinga. Ansvaret kan likevel ikkje kommunane avtale seg vekk frå. Dette vil føre til større krav til kommunane når det gjeld plan- og avtalekompetanse og ressursar til dette. Kommunane har det reelle syte for ansvaret overfor befolkninga og må difor ha både personellmessige og økonomiske ressursar til å reelt ta dette ansvaret.
- Vi spør departementet sitt utgangspunkt om at kommunane sjølv organiserer sine tenester ut frå lokale tilhøve. Det er viktig at kommunane får det reelle ansvaret og at det ikkje blir etterfølgt av sterkare statleg detaljstyring.
- Det kommunale ansvaret for helse- og omsorgstenester blir negativt avgrensa til alle tenester som ikkje stat eller fylkeskommune har ansvar for. Dette er eit ansvar som krev reell likeverd mellom partane. Det må difor avklarast korleis dette skal praktiserast. Eit aktuelt område å nemne her er felles forståing av kva som ligg i omgrepet utskrivingsklar pasient. Dersom det oppstår ueinigheit om ansvarsfordeling må tvisten avgjerast av eit uavhengig tvisteløysingsorgan. Kommunane går i mot at HOD einsidig kan fastsetje ansvarsdeling mellom kommunehelsetenesta og spesialisthelsetenesta.
- For å sikre ei god oppgåvefordeling bør dei største pasientforløpa mellom kommunen og helseføretaket gåast gjennom, for å kartlegge kva føresetnadar som må på plass for ein vellykka overføring av pasientforløp frå

spesialisthelsetenesta til kommunehelsetenesta. Dette gjeld særleg psykiatri, rus og rehabilitering.

- Kommunehelsetenesta bør organisere eit øyeblikkeleg hjelp døgntilbod til pasientar som midlertidig treng auka behandling, pleie og omsorg i heimen eller i sjukeheim. Dette bør lovfestast. Kommunane må sjølv bestemme

korleis dette tilbodet skal organiserast. Departementet har særleg bedt om uttale på kor vidt det bør lovfestast ei plikt for kommunen til å etablere eit slikt tilbod, eller kor vidt det skal være frivillig for den einskilde kommune om slikt tilbod skal etablerast. Det bør gjennomførast ei gradvis innfasing og følgeforskning-/ evaluering ved overføring av oppgåver og plikter til kommunen.

- Dersom kommunane skal overta 10 - 30 % av innleggingane i spesialisthelsetenesta i dag, må det stillast både økonomiske og personalmessige ressursar til disposisjon for kommunane for å bygge opp tilbod før ein får oppgåvene.

- Den kommunale medfinansieringsmodellen for spesialisthelsetenester, sjølv om den no er avgrensa, må kombinerast med mekanismar for å avgrense den einskilde kommune sin finansielle risiko.

- Dei økonomiske verknadane av eit øyeblikkeleg hjelp døgntilbod må bli kostnadsrekna med sikte på fullfinansiering. Ansvarsdelinga mellom spesialisthelsetenesta og kommunane bør samtidig klargjorast. Innanfor psykiatri og rus ligg ikkje forholda til rette for at det kan innførast ein betalingsplikt for utskrivingsklære pasientar frå 2012.

- Dei økonomiske og administrative konsekvensar er vanskelege å forutsjå, men kommunen meiner dei vil bli betydelege og langt høgare enn antyda i høyringsnotatet. Dette gjelder også for legetenesta.

- Kommunane har i dag manglande moglegheiter til å styre fastlegane. Dette må sikrast betre i den nye lova. Skal kommunane ha reell moglegheit til dette må legane vere trygge for at det tilbodet kommunane byggjer opp er trygt og sikkert både for dei og for pasientane. I dagens samfunn med fokus på rettar og at helsepersonell vert vurdert opp mot krav om erstatningar ved feilbehandling, er det lett å sjå legen sitt behov for å vere trygg for at det tilbodet som vert gitt er godt nok. Avstand frå spesialisthelsetenester er og ein viktig faktor i denne samanheng. Den økonomiske risikoen for kommunane er difor stor i høve til finansiering av spesialisthelsetenesta.

- For å gjennomføre reforma vil det vere behov for å auke tal legar i kommunane, både for å sikre valfridom av fastlege i små kommunar og for å kunne auke omfanget på dei kommunale legeoppgåvene. Det gjeld styrka tilsynslegefunksjon, meir førebyggjande innsats og pålegg av samfunnsmedisinske oppgåver. Ettersom legane ikkje skal kunne verte pålagt meir enn 7,5 time offentleg arbeid kvar veke, vil mindre kommunar få store vanskar med å takle alle oppgåvene aleine. Statlege styresmakter må i samarbeid med kommunane arbeide med tiltak for å rekruttering og finansiere ekstra kostnader til føremålet.

- Behovet for arbeidskraft gjer det naudsynt med fleire tiltak. Det må utdannast tilstrekkeleg helsepersonell med relevant kompetanse. Kommunane må fortsette arbeidet med å utvikle gode og interessante arbeidsplassar, der medarbeidaren blir verande og vert sikra kompetanseutvikling. Ein fortsett innsats retta mot fleire i større og heile stillingar samt reduksjon av sjukefråvær vil gje betre utnytting av dagens tilsette. Samarbeidet mellom KS og staten om kvalitetsavtala/nasjonale rammeavtale må vidareførast også med tanke på personell.

- Det er viktig å ha fokus på kompetanseutvikling og oppgåver for alle relevante yrkesgrupper, ikkje berre

legetenesta som er den gruppa som har fått mest fokus i St.meldinga om samhandlingsreforma. Legane er ei avgjerande yrkesgruppe for gode og trygge helsetenester, men mange andre vert viktige for godt resultat både når det gjeld forebygging, behandling, rehabilitering og planlegging. Av ressursomsyn må all relevant kompetanse verte nytta.

- Utdanningsinstitusjonane er i for stor grad retta inn mot arbeid i spesialisthelsetenesta, og det må i større grad leggjast vekt på å utdanne personell som er tilpassa framtidige kommunale oppgåver. Rekrutterings- og kompetansehevingstiltak for å imøtekomme reforma sine intensjonar vil måtte krevje økonomiske ressursar for kommunane, og vil truleg ha tariffmessige konsekvensar.
- Samhandling og kompetanseoverføring mellom spesialisthelsetenesta og kommunane må styrkast ved hjelp av ambulant verksemd, jfr gode røynsler frå psykiatrien.
- Kommunane skal ha forsvarlege journal og informasjonssystem. Det er for oss viktig å presisere Staten sitt ansvar for å utarbeide standardar for elektronisk samhandling, og krav i forhold til leverandørar av elektroniske løysingar må presiserast nærare for å sikre heilskaplege og sikre løysingar som er velfungerande. Dette vil også føre til behov for å auke kommunal ressursbruk i høve elektronisk fagutvikling slik at eksisterande og framtidige løysingar fungerer optimalt.
- Det er rett ansvarsdeling at kommunane har hovudansvar for å utarbeide individuell plan og oppnemne koordinator ettersom det er i kommunane tenesteytinga i hovudsak vil skje.
- Koordinerande eining vert foreslått å verte lovfesta og ikkje lenger forskriftsfesta. Systemansvaret for individuell plan/koordinering vert lagt til desse einingane. Dette er ein tenleg måte å sikre koordineringsarbeidet kring den einskilte brukar på, men det byr på mange utfordringar knytt til involvering av mange ulike yrkesgrupper, ulike tenestetypar og kva som er funksjonell organisering i den einskilte kommune.
- Dei økonomiske konsekvensane for kommunane må kartleggast betre, og nye oppgåver må fullfinansierast.
- Dei nye oppgåvene og det utvida ansvaret for kommunane vil vere meir ressurskrevjande enn kva mange kommunar har muligheit til å stille til rådighet. Sjølv om enkelte av oppgåvene tilsynelatande kan løysast gjennom administrativt samarbeid, fører summen av oppgåver og oppgåvene sin karakter viktigheita av at samarbeidet blir styrt av eit folkevalt organ.

NY FOLKEHELSELOV:

Mål:

Å styrke folkehelsearbeidet i politikk- og samfunnsutvikling og i planarbeid ut frå regionale og lokale utfordringar og behov.

Det blir sett krav til å ha god oversikt over helseutfordringane i den enkelte kommune og at disse utfordringane skal danne grunnlag for strategiar, mål og tiltak forankra i plansystemet etter plan- og bygningslova. Dette skal vere grunnlag for betre samordning mellom kommunar, fylkeskommunar og statlige myndigheiter.

Hovudtrekk i lovforslaget er at:

- Kommunen skal bruke alle sine sektorar for å fremme folkehelse, ikkje berre helsesektoren.
- Kommunen skal fastsette mål og strategiar for folkehelsearbeidet egna for å møte kommunen sine egne helseutfordringar.
- Mål og strategiar skal forankrast i planprosessane etter plan- og bygningslova.
- Kommunen sitt ansvar for å ha oversikt over helsetilstand og faktorar som påverkar helse blir konkretisert slik at kommunen får eit tydeleg bilede av kva som er dei lokale helseutfordringane i den

einskilde kommune.

- Statlige helsemyndigheter og fylkeskommunane skal gjere opplysningar tilgjengelege og understøtte kommunane.

- Ei drøfting av kommunen sine helseutfordringar skal blant anna danne grunnlag for lokal planstrategi.

- Kommunane skal iverksetje naudsynte tiltak for å møte lokale utfordringar

Det er positivt med ei utvikling der folkehelse vert vektlagt i lovs form for

både kommune og fylkeskommune, men

kommunane stiller spørsmål ved det underliggende premissen om at den føreslegne nye folkehelselova vil

frambringe betre folkehelse, utan at dette skal ha betydelege økonomiske eller administrative konsekvensar for

kommunane / fylkeskommunane.

Krav til samarbeid, helseovervaking og statistikk i lovforslaget vil ha

betydeleg økonomiske og administrative

kostnader det ikkje er tatt høgde for i høyringsnotatet.

Kommunane har ved hjelp av tilskotsmidlar frå stat og fylkeskommune kome i gang med utvikling av

folkehelsearbeidet i godt kompaniskap med friviljug sektor. Den tverrfaglege innsatsen og involvering av mange

ulike yrkesgrupper er avgjerande, men det er ressurskrevjande.

Dei økte krava som blir stilt på folkehelseområdet medfører meirkostnader for kommunane / fylkeskommunane

både ressurs- og kompetansemessig.

Det er positivt at det ikkje vert stilt krav om legekompentanse for arbeid med miljøretta helsevern, men at det

framleis skal vere tilgang på medisinsk-fagleg rådgjevar. Lokale tilhøve og

tilgang på ulik og relevant

fagkompetanse avgjer kva som kan fungere i den einskilde kommune.

Departementet skriver i kap. 20.2 at lovforslaget i hovudsak er ei vidareføring

av kommunen sitt ansvar, men med

auka krav til systematikk, kunnskapsbaserte tiltak, prioritering og integrering

av folkehelsehensyn inn i kommunen

sine øvrige aktivitetar og at dette ikkje vil medføre auka kostnader for kommunen.

Kommunen er einig i intensjonane departementet her presenterer, men kan ikkje sjå at dette kan gjennomførast

utan auke i ressursar og kompetanse. Det er og viktig at fylkeskommune og stat

er ein reell medspelar som leverer

dei data og grunnlagsmateriale som kommunane treng for å gjere dette arbeidet godt nok.

Med helsing

Tone Holvik

kommunalsjef

18. januar 2011 10:32

Svaret kan leses her

Du er registrert som:

Brukertype: Privatperson

Navn: Vågsøy kommune

Brukernavn: Vagsoy kommune

E-post: post@vagsoy.kommune.no

Adresse: Postboks 294, 6701 Måløy