



VALLE KOMMUNE

Stabsleiar

Det kongelige helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011, dep

0030 OSLO

Vår ref:
2011/3-10

Sakshandsamar:
Elise Marie Kringen
☎ 37937522
elise-
marie.kringen@valle.kommune.no

Arkiv:
024/&13

Dato:
14.01.2011

Høyringsuttale til ny kommunal helse- og omsorgslov

Vedlagt politisk vedtak i sak 14/11 Høyringsuttale til ny kommunal helse- og omsorgslov frå møte i formannskapet i Valle 12.01.11.

Saka vert slutthandsama i kommunestyremøte 26.01.11. Då denne dato er etter høyringsfristen så vel vi å sende inn vedtaket frå formannskapet. Dersom kommunestyret endrar vedtaket tillet vi oss å ettersende det.

Med helsing


Elise Marie Kringen
stabsleiar/ass.rådmann

Vedlegg:

1 Felles høyringsuttale til ny helse og omsorgslov frå Setesdalskommunane

Saksmappenr: 2011/3-4
Arkiv: 024
Sakshandsamar: Elise Marie Kringen

Saksframlegg

Valle kommune

Høyringsuttale til ny kommunal helse- og omsorgslov

Rådmannen tilrår:

Formannskapet/kommunestyret vedtar framlagte høyringsuttale til ny helse- og omsorgslov.

Saksprotokoll i Formannskapet - 12.01.2011

Handsaming:

Rådmannen si tilråding vart samrøystes vedteken.

Vedtak:

Formannskapet/kommunestyret vedtar framlagte høyringsuttale til ny helse- og omsorgslov.

Merknad: I framtida bør høyringsuttalar vere på nynorsk.

Saksutgreiing:

1. Bakgrunn for saka

Helse og omsorgsdepartementet sende 18. oktober 2010 ut på høyring framlegg til ny kommunal helse- og omsorgslov. Høringsfristen er 18. januar 2011.

Planen er at nytt lovverk skal vedtas i Stortinget våren 2011 og settast i verk frå 01.01.2012.

2. Kva for verknader har denne saka for utviklinga av Valle kommune?

Forslag til Lov om kommunale helse- og omsorgstenester legg til rette for at kommunane skal ta eit større ansvar for pasientar som til no har vore spesialisthelsetenesta sitt hovudansvar.

Regjeringa si intensjon er at framlegg til ny lov skal føre til auka aktivitet i kommunane:

- Kommunen skal auke innsatsen i høve til førebygging, tidleg intervensjon og tiltak mot unødig innlegging av pasientar i sjukehus og tilhøyrande systemarbeid i forhold til oppfølging av desse pliktene.
- Kommunen skal ha auka innsats på samarbeid og samordning med andre kommunar, fylkeskommunar og helseføretak samt medfølgjande plikt til å inngå avtaler med helseføretak.
- Kommunen skal etablere eigen pasient- koordinator til menneske med behov for langvarige og samansette tenester.
- Kommunen kan få ansvar for å opprette et tilbod om øyeblikkeleg hjelp. Oppgåva vil berre gjelde for pasientgrupper som kommunen sjølv har moglegheit til å utgreie, behandle eller yte omsorg for i staden for innlegging på sjukehus.
- Kommunen sitt ansvar for å følgje opp allmennlegetenesta, særleg i forhold til kvalitet, vert presisera.
- Kommunen skal vurdere samarbeidsløysningar med helseføretak og andre kommunar, og til dømes med lokale medisinske sentra.
- Alle tenester og organisering skal vurderast i høve til ein framlagt standard for det som ein ser er forsvarleg.
- Kommunane kan til en viss grad påverke behovet for behandling i spesialisthelsetenesta for personar med psykiske lidingar og dei som er avhengig av rusmiddel.
- Kommunen skal legge større vekt på rehabilitering.

3. Tilhøvet til gjeldande planar og lovverk

Vil medføre store lokale endringar knytt til samhandlingsreforma og nytt lovverk.

4. Vurderingar

Sammandrag

- Kommunen støttar samhandlingsreforma sine intensjonar, men ser det som avgjerande for å lykkast at meirkostnader som følgje av nye oppgåver for kommunen blir fullfinansiert frå staten si side. Endringane må ha ei gradvis innføring, slik at kommunen får tilpassa organisasjonen si drift til dei nye oppgåvene.
- Kommunen stiller spørsmål ved om dei økonomiske insentiva, som dei er omtala til no, er tilstrekkelege for å oppnå intensjonane i samhandlingsreforma. Ein går ut i frå at det vert utgreidd ulike finansieringsmodellar, slik at pasienten får best mogleg hjelp som er basert på BEON- prinsippet, samtidig som risikobiletet for små kommunar må verte meir tydelege og synlege.
- Kommunen stiller seg negativ til ein aldersbasert modell for medfinansiering, og ser ikkje at ein lovpålagd plikt til døgn-basert øyeblikkeleg tilbod om hjelp vil vere til beste for innbyggjarane.
- Definisjonen av kva ein "utskrivingsklar" pasient er må gjerast tydeleg.
- Det må utarbeidast nasjonale kriteria for innlegging og utskriving av sjukehus.
- Med bakgrunn i erfaringane frå NAV - reforma, er kommunen opptatt av at likeverdighet mellom aktørane vert sikra i praksis. Det er i utgangspunktet stor organisatorisk maktforskjell mellom det regionale og lokale helseføretaket, og ein kommune på under 5000 innbyggjarar.
- Det bør utarbeidast kriteria for kven som skal gå inn under ordninga for ressurskrevjande brukarar, og denne bør vere finansiera fullt ut frå staten si side. Aldersgrensene som gjeld for ordninga bør fjernast.
- Auka kommunalt finansieringsansvar for fastlegeordninga støttar kommunen ikkje.
- Takstsystemet for fastlegane bør endrast, og ein bør oppmuntre til auka samhandling med kommunen sine helse- og sosialtenester i planlegging, einskildsaker og i rettleiing som ikkje er kurativ verksemd.
- Innføring av nasjonale kvalitets- og funksjonskrav vert støtta. Ein legg til grunn at dette ikkje fører til unødig byråkratisering og at rapporteringar har tydeleg helsegevinst som føremål.

- Kommunen etterlyser en betydeleg sterkere nasjonal satsing innan IKT og velferdsteknologi.
- Kommunen er negativ til at meldeordning etter spesialisthelsetenestelova § 3-3 vert flytta frå Helsetilsynet til Kunnskapssenteret.

Utrykte vedlegg:

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

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/hoeringer.html?id=1904>

Valle, den 14.01.2011

Elise Marie Kringen
Konst. rådmann

Felles høringsuttalelse fra Setesdalskommunene til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjeneste

Bakgrunn

Kommunene Bykle, Valle, Bygland og Evje og Hornnes har til sammen 6879 innbyggere (per 01.01.10). Det er ca 150 km fra Hovden som ligger i Bykle kommune nord i Setesdal til Evje og Hornnes sør i dalen. Kommunene samarbeider gjennom Setesdal Regionråd om infrastruktur, interkommunalt samarbeid og næringsutvikling. Det foregår per i dag et utstrakt interkommunalt samarbeid, formelt gjennom vertskommuneavtaler og IKS. Innen helsefeltet er det igangsatt et interkommunalt helseprosjekt, som skal utvikle og beskrive kommunenes tjenester til innbyggerne. Betydelig samarbeid på tvers av kommunegrensene vil være helt nødvendig for å sikre kompetanse, redusere sårbarheten og samtidig ivareta pasienters rett til behandling basert på BEON - prinsippet (Beste effektive omsorgsnivå), også i fremtiden.

Ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester

Forslag til Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester legger til rette for at kommunene skal ta et større ansvar for pasienter som til nå har vært spesialisthelsetjenestens hovedansvar.

Økonomiske og administrative konsekvenser av lovforslaget

En venstreforskyvning av oppgaver fra spesialisthelsetjenesten mot økt innsats i kommunehelsetjenesten vil måtte medføre økt ressursinnsats, både i form av administrative ressurser og i form av finansiering. At de store oppgavene som helsevesenet står overfor med fremtidens demografiske utfordringsbilde skal kunne gjennomføres uten at det får særlige økonomiske og administrative konsekvenser for kommunene, er vi sterkt uenig i. Vi støtter samhandlingsreformens intensjoner, men ser det som avgjørende for å lykkes at merkostnader som følge av nye oppgaver for kommunen blir fullfinansiert fra statens side. Endringene må ha en gradvis innføring, slik at kommunen får tilpasset sin organisasjon og drift til de nye oppgavene.

For små kommuner med færre enn 5000 innbyggere, så legges det i lovforslaget opp til at en må inngå samarbeid med andre kommuner og med helseforetaket, for å sikre et kvalitativt godt tilbud til innbyggerne. Kommunene i Setesdalsregionen har i dag et etablert regionalt samarbeid. Med et befolkningsgrunnlag på 6800 mennesker, så vil kommunene i tillegg til å styrke det etablerte regionale samarbeidet, også måtte søke samarbeid med andre regioner/kommuner. Dette krever en betydelig innsats, både i forhold til hvem en skal samarbeide med og hvilke oppgaver en skal samarbeide om. Dette må gjøres grundig, for å sikre at tjenestetilbudet både blir faglig forsvarlig og ikke minst forutsigbart for brukerne. Når det gjelder Samhandlingsreformens intensjon om at folk skal få hjelp der de bor, så vil det for innbyggerne i vår region for enkelte tjenestetilbud kunne medføre at den kommunale hjelpen vil måtte ytes geografisk langt unna der en er bosatt. Å utvikle kvalitativt gode tjenester i dette organisatoriske og geografiske rommet, vil være ressurskrevende for en liten kommune og det tar tid. Det er også krevende å finne de gode administrative samarbeidsformene, som gjør det

juridisk mulig å samarbeide på tvers av kommunegrensene. Å sikre tilstrekkelig og adekvat kompetanse til å utføre de nye oppgavene stiller også store krav til distriktkommunene, både i forhold til rekruttering og oppbygging av sterke fagmiljø i samarbeid med andre kommuner.

Kommunen har tidligere avgitt høringsuttalelse der en motsetter seg etablering av samkommunemodellen. Samarbeid i en vertskommunemodell, som gjør at ansatte får ny arbeidsgiver og endrede arbeidsforhold, er krevende og kan i små kommuner få konsekvenser (i hvert fall på kort sikt) som gir ringvirkninger som det er utfordrende å håndtere, både politisk og administrativt. For å lykkes med denne type reformer er det nødvendig med gode lokale prosesser, og forankring både politisk, i fagmiljøene og hos innbyggerne i kommunen. Den samme motstanden som en ser i debatten rundt lokalsykehusenes rolle, vil en kunne få når kommunene skal kommunisere behovet for interkommunalt samarbeid for å sikre en bærekraftig helsetjeneste i fremtiden. Det er derfor viktig at en bruker nødvendig tid på denne prosessen, og at en får en gradvis innføring av nye oppgaver, som kvalitativt fremstår som gode for innbyggerne. Statlig pålegg om samarbeid mellom kommuner (§ 27) går kommunene imot.

Det er svært viktig at de tjenesteområdene som reguleres og de nye pliktene som tillegges kommunene ikke påfører kommunene oppgaver som fører til store økonomiske utgifter og problemer med å skaffe kompetent arbeidskraft. Oppgavene som kommunene vil få ansvar for må være tilpasset de enkelte kommuners mulighet til å ivareta oppgaven. Den enkelte kommunes muligheter og begrensinger må defineres i lokale avtaler mellom kommuner og helseforetak. Før inngåelse av lokale avtaler må det foreligge en økonomisk kartlegging av konsekvensene, slik at kommunene er i stand til å ivareta de oppgavene som de likeverdige partene blir enig om å overføre fra sykehusene.

Med bakgrunn i erfaringer fra NAV - reformen, er kommunen opptatt av at likeverdigheten mellom aktørene sikres i praksis. Det er i utgangspunktet stor organisatorisk maktforskjell mellom det regionale og lokale helseforetaket, og en liten kommune på under 5000 innbygger. Reell likeverdighet er en forutsetning for at reformen skal lykkes.

Medfinansieringsansvar

Det er vanskelig å uttale seg om hvilke konsekvenser det kommunale medfinansieringsansvaret vil få, så lenge forskriftene som skal regulere dette ikke er utarbeidet. Slik vi ser det vil ikke overføringer av midlene til kommunene, slik det er skissert, tilsvare de økte kostnadene i kommunene. De økonomiske insentivene må være sterke nok til at kommunen reelt sett klarer å bygge ut et eget helsetilbud, evt. i et interkommunalt samarbeid. Vi stiller spørsmål til om 20 % medfinansiering gir et slikt reelt økonomisk insentiv, særlig vil dette gjelde de mest pleietrengende pasientgruppene.

Kommunene i Setesdalsregionen samarbeider med SSHF i OSS (Overordnet strategisk samarbeidsutvalg) og støtter SSHF sin høringsuttalelse om at det tette samarbeidet mellom helseforetaket og kommunene på Agder gjør at sykehuset ikke har korridorpasienter og heller ikke ferdigbehandlede pasienter som venter på kommunalt

omsorgstilbud. Det må sikres at kommunene på Agder og SSHF ikke straffes økonomisk gjennom finansieringsordningen, for at de har lykket med å samarbeide tett om utskrivningsklare pasienter.

ξ Kommunen har følgende generelle synspunkter:

- Definisjonen av hva en "utskrivningsklar" pasient er må tydeliggjøres.
- Det må utarbeides nasjonale kriterier for innleggelse og utskrivelse av sykehus. Nasjonale kriterier vil hindre at det lages ulike kriterier fra sted til sted i landet. Dette vil også sikre en likebehandling av pasienter uavhengig av bosted og sykehusilknytning.
- Aldersbasert modell for somatiske pasienter over 80 år er ikke en ønsket modell. Det skal alltid være en konkret vurdering av den enkelte pasients lidelse og behov som skal være avgjørende for helsehjelpen som gis. Kommunen er sterkt kritisk til å bruke alder som grunnlag for vurdering av behov for sykehusinnleggelse, og vi mener at sikring av innleggelse av eldre med akutt funksjonssvikt er viktig for å få stilt korrekt diagnose.

Øyeblikkelig hjelp

Et døgnkontinuerlig øyeblikkelig – hjelp tilbud vil være avhengig av fysiske fasiliteter, kompetanse og økonomi. For små kommuner med begrensede ressurser, så vil en lovmessig plikt sette kommunen i en umulig situasjon. Pålegg om etablering av et tilbud, som ikke vil tilfredsstille krav til forsvarlig kvalitet, vil kunne sette brukeres liv og helse i fare.

Ressurskrevende brukere

Ressurskrevende brukere i kommunene har krevd større og større ressurser av kommunens budsjetter. Deler av denne økningen har blitt kompensert gjennom statlige tilskudd. Ordningen i seg selv oppleves som svært tidkrevende og byråkratisk. Det bør utarbeides kriterier for hvem som skal gå inn under ordningen, og denne bør så fullfinansieres fra statens side. Aldersgrensene som gjelder for ordningen bør fjernes.

Fastlegeordningen

- Økt kommunalt finansieringsansvar for fastlegeordningen støttes ikke, da en ikke klarer å se hensikten med en slik endring. Endring i hvem som betaler hva i fastlegeordningen har ingen innvirkning på den påvirkning kommuner har på selve legetjenesten.
- Takstsystemet for fastlegene bør endres, og det bør oppmuntres til økt samhandling med kommunens helse- og sosialtjenester i planlegging, enkeltsaker og veiledning som ikke er kurativ virksomhet.
- Innføring av nasjonale kvalitets- og funksjonskrav støttes. Det forutsettes at dette ikke medfører unødig byråkratisering og at rapporteringer har tydelig helsegevinst som formål.

Satsing på IKT og velferdsteknologi

For distriktskommunene så ligger det store muligheter i bruk av ny teknologi i samhandling med både pasienter/pårørende og aktuelle samarbeidspartnere. Meldingsutveksling og bruk av velferdsteknologi vil være en forutsetning for å lykkes med det interkommunale samarbeidet som lovforslaget legger opp til. Velferdsteknologiske løsninger vil i fremtiden ha stor betydning for innbyggernes egenmestring og livskvalitet. Kommunen etterlyser en betydelig sterkere nasjonal satsing på dette feltet.

Flytting av meldeordning etter spesialisthelsetjenestelovens § 3-3, fra Helsetilsynet til Kunnskapssenteret

Kommunen støtter SSHF sin uttalelse på dette punktet, og tiltrer at pasientsikkerhetsansvaret er et linjeansvar og derfor ikke bør flyttes til Kunnskapssenteret. Det er den enkelte foretaksleders ansvar å sørge for pasientsikkerheten, og meldeordningen er en viktig forutsetning for at foretaket skal lære av feil og drive lokalt forbedringsarbeid.

Sammendrag

- Kommunen støtter samhandlingsreformens intensjoner, men ser det som avgjørende for å lykkes at merkostnader som følge av nye oppgaver for kommunen blir fullfinansiert fra statens side. Endringene må ha en gradvis innføring, slik at kommunen får tilpasset sin organisasjon og drift til endringene og de nye oppgavene.
- Kommunen stiller seg spørrende til om de økonomiske insentivene, slik de er beskrevet til nå, er tilstrekkelige til å oppnå intensjonene i Samhandlingsreformen. Finansieringsmodeller må utredes, slik at pasienten får best mulig hjelp basert på BEON- prinsippet, samtidig som risikobildet for små kommuner må tydeliggjøres.
- Kommunen stiller seg negativ til en aldersbasert modell for medfinansiering, og ser ikke at en lovpålagt plikt til et døgn-basert øyeblikkelig hjelp tilbud er til beste for innbyggerne.
- Definisjonen av hva en "utskrivningsklar" pasient er må tydeliggjøres.
- Det må utarbeides nasjonale kriterier for innleggelse og utskrivelse av sykehus.
- Med bakgrunn i erfaringer fra NAV - reformen, er kommunen opptatt av at likeverdighet mellom aktørene sikres i praksis. Det er i utgangspunktet stor organisatorisk maktforskjell mellom det regionale og lokale helseforetaket, og en kommune på under 5000 innbygger.
- Det bør utarbeides kriterier for hvem som skal gå inn under ordningen for ressurskrevende brukere, og denne bør så fullfinansieres fra statens side. Aldersgrensene som gjelder for ordningen bør fjernes.
- Økt kommunalt finansieringsansvar for fastlegeordningen støttes ikke.
- Takstsystemet for fastlegene bør endres, og det bør oppmuntres til økt samhandling med kommunens helse- og sosialtjenester i planlegging, enkeltsaker og veiledning som ikke er kurativ virksomhet.
- Innføring av nasjonale kvalitets- og funksjonskrav støttes. Det forutsettes at dette ikke medfører unødig byråkratisering og at rapporteringer har tydelig helsegevinst som formål.
- Kommunen etterlyser en betydelig sterkere nasjonal satsing innen IKT og velferdsteknologi.
- Kommunen er negativ til at meldeordning etter spesialisthelsetjenestelovens § 3-3, flyttes fra Helsetilsynet til Kunnskapssenteret.