



# VESTNES KOMMUNE

## Administrasjonssjefen

Helse- og omsorgsdepartementet  
Postboks 8011 Dep

0030 OSLO

|            |             |          |           |                               |
|------------|-------------|----------|-----------|-------------------------------|
| Dato       | Dykkar ref. | Vår ref. | Saksnr.   | Saksbehandlar / Tlf           |
| 17.01.2011 |             | 483/2011 | 2010/1007 | Tone Roaldsnes<br>71 18 40 40 |

## Uttale til ny helse- og omsorgslov frå Vestnes formannskap

Vestnes kommune ved formannskapet har i dag samrøystes gjort vedtak om å sende følgjande høyringsuttale:

### 1. Kva oppgåver ligg til kommunane, og kva ansvar har staten v/helseføretaka?

Det nye lovforslaget er ei klar vidareføring av dei ovanfor nemnde lovene, men det har skjedd ei vesentleg endring:

Gjeldande kommunehelsetenestelov lister opp kva oppgåver kommunane har, og opplistinga av oppgåver er uttømmende. Slik sett er det kommunale ansvaret pr i dag forholdsvis klart. I dette forslaget blir kommunane gjennom § 3-1, 4.ledd, pålagt alle oppgåver som *"ikke hører inn under stat eller fylkeskommune"*. I tillegg heiter det i §1-2, 2.ledd, at departementet *"gjennom forskrift eller i det enkelte tilfellet kan bestemme hva som er helse- og omsorgstjenester etter loven her"*. Den nye lova er altså ei rammelov, og kommunane har eit "sørge-for"-ansvar til å ta ansvar for dei oppgåvene som ikkje ligg til spesialisthelsetenesta.

Vestnes kommune etterlyser ei klarare ansvarsfordeling mellom staten og kommunane sine oppgåver. Ei slik klargjering blir ikkje gitt i i dette lovforslaget. Det at grensedraginga er uklar kan innebære at stadig fleire oppgåver blir overført til kommunane utan at dette blir kompensert økonomisk.

Med grunnlag i lovtekst eller forarbeid vil det vere vanskeleg, eller nærmast uråd, å trekke grensedraginga mellom kommunane og spesialisthelsetenesta sine ansvarsområde, og ikkje minst gråsoneområde. Det er slik sett ikkje klart om det er kommunenivået og/eller helseføretaka som skal ha overordna og juridisk ansvar for t.d. samarbeidsløysingar som dei mykje omtala tenestene på mellomnivå: etablering av akutte døgntilbod (observasjon og etterbehandling), intermediære avdelinger og distriktsmedisinske senter. Gråsonene i forhold til rus, psykiatri forblir tilsvarande uklare.

Når avgrensingane for kva som er kommunane sine oppgåver og kva som skal ligge til spesialisthelsetenesta er såpass uklare og lite avgrensa vil kommunane i sine

---

|                                                                                                                       |                                |                                 |                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|
| <b>Postadresse:</b><br>Rådhuset<br>6390 Vestnes<br><a href="http://www.vestnes.kommune.no">www.vestnes.kommune.no</a> | <b>Telefon:</b><br>71 18 40 00 | <b>Telefaks:</b><br>71 18 40 01 | <b>Org.nr.</b><br>939 901 965 |
| <b>E-post:</b> <a href="mailto:postmottak@vestnes.kommune.no">postmottak@vestnes.kommune.no</a>                       |                                |                                 |                               |

samarbeidsavtalar med helseføretaka bli utfordrande både i forhold til innleggings- og utskrivingspraksis. Vi er svært bekymra for at dette kan utvikle seg til ei "stille reform" ved at fleire og fleire pasientar skal oppfølgjast i kommunehelsetenesta. Dette ser vi allereie i dag ved ein gradvis endring av utskrivingspraksis og kortare liggetid. Dette vil også vise seg etterkvart med ein endra innskrivingspraksis der pasientar som vert innlagte raskt vil bli utskrivne ved å vise til kommunen som rett instans for oppfølging. Desse endringane har allereie fått store økonomiske utfordringar for kommunane ved eit auka press på kommunale institusjonstenester og heimetenester.

Vestnes kommune er skeptisk til det store fokus som blir lagt på etablering av sjukehusliknande institusjonar i kommunane – dvs døgntilbod i akuttsituasjonar (observasjon og etterbehandling), intermediære avdelingar med sjukehusliknande funksjonar, samt lokalmedisinske senter. Det må først vedtakast ein overordna helseplan med klare definisjonar av kva som er eit sjukehus og kva funksjonar eit sjukehus skal ha på lokalt, regionalt og landsdekkande nivå.

### **Kompetanseforutsetningar:**

Sjølve intensjonen i samhandlingsreforma er å legge helsetenester på kommunenivå slik at spesialisthelsetenesta får tid og ressursar til å ta seg av dei pasientane som krev spesialister. For å kunne vurdere kva som er rett nivå, for å vurdere om innlegging er naudsynt, og for å kunne gi forsvarleg helse- og omsorg, vil kommunane trenge eit kompetanseløft. Dette gjeld både almennlegetenesta, men i særleg grad også etter- og vidareutdanning av faggrupper i den kommunale pleie- og omsorgstenesta.

I dag løyver staten ved fylkesmannen midlar til etter- og vidareutdanning av tilsette i kommunane. Denne ordninga har fungert godt og må vidareutviklast og styrkast dersom vi skal ha muligheit til å nå målsettinga i samhandlingsreforma.

## **2. Framtidig legeteneste i kommunal helse- og omsorgsteneste**

Ei godt utbygd og kvalitativt god almennlegeteneste er ein hjørnestein i kommunal helse- og omsorgsteneste. Den skal sikre alle innbyggjarar tilgang på helsetenester og vere den grunnmuren som spesialisthelsetenesta bygger på. Almennlegetenesta er også ein sentral samarbeidspart for dei øvrige kommunale helse- og omsorgstenestene og inngår i ei heilskapleg kommunal helse- og omsorgsteneste.

For å kunne lukkast med samhandlingsreforma må følgjande føresetnader vere tilstades:

- Det må vere god tilgang på allmennleger i kurativ praksis.
- Det må skje ein auka tilgang på medisinsk kompetanse i kommunane sitt administrative planarbeid.
- Legetenesta må vere godt integrert i den kommunale helse- og omsorgstenesta slik at eit tverrfagleg samarbeid innan dei kommunale tenestene kan ivaretakast, og slik at finansieringa av legearbeidet blir heilt klart definert. Dette gjeld samarbeid utanom dei faste timane legane har som tilsynslege, helsestasjonslege etc.

Samhandlingsreforma vil kreve ein politikk og tiltak som i praksis demonstrerer at det neste tiåret skal tilhøyre kommunehelsetenesta. Nye plikter, større ansvar og fleire oppgåver til kommunane må oppfølgjast med auka ressursar, auka mynde og auka tillit.

Ein viktig premiss i samhandlingsreforma er at fastlegane skal styrke sin innsats til prioriterte grupper. Dette forutset at det på landsbasis vert fleire fastleger, og at fastlegane kan lønnast for å delta i kommunen sitt generelle arbeid, også på eit førebyggjande plan.

Vi er svært usikre på om ein modell med 50% per capita tilskot og 50% stykkpris (pasienthonorar + refusjon) vil betre muligheita til å kunne nytte legane meir i kommunal teneste. Det vil kunne føre til eit legeønskje om fleire pasientar på lista si. Dette vil så auke ventelistene og gjere det vanskelegare å drive proaktivt overfor sårbare grupper.

### **3. Kan framlegget til nye lover medføre auka byråkrati og helseadministrasjon?**

Lovframlegget legg stor vekt på plan-, system- og styringkrav. Dette er naudsynt i eit moderne rettssamfunn, men det som er hovudmålet, å yte gode og forsvarlege helse- og omsorgstenester, kan stå i fare for å bli nedtona med så mange og omfattande krav til plan, system og styring. Vi må ikkje miste fokus i velferdstaten! For store og omfattande plankrav kan medføre at mindre kommunar vil ha vanskar med å oppfylle lovkrava pga manglande kompetanse på jus-, plan- og avtaleområdet.

Her er døme på ein del krav:

§3-1, 2.ledd

*Kommunens ansvar etter første ledd innebærer en plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten...*

§ 3-3

*Helsefremmende og forebyggende arbeid etter § 3-2 skal blant annet omfatte systematiske tiltak for å identifisere personer som står i fare for å utvikle psykisk eller somatisk sykdom, lidelse eller helseproblem, sosiale problemer eller et rusmiddelproblem....*

§ 3-4

*Kommunen skal til enhver tid ha oversikt over helsetilstanden i befolkningen og de positive og negative faktorer som kan virke inn på denne....*

§ 4-2

*Enhver som yter helse- og omsorgstjenester etter denne lov skal sørge for at virksomheten driver systematisk arbeid for å ivareta pasientsikkerhet og kvalitet . Departementet kan i forskrift gi nærmere regler til utfylling og gjennomføring av denne bestemmelsen, herunder krav til lokalpolitisk behandling av kvalitetskrav.*

§ 5-2

*Kommunen plikter å utarbeide en beredskapsplan for sin helse- og omsorgstjeneste i samsvar med lov om helsemessig og sosial beredskap. Planen skal samordnes med kommunens øvrige beredskapsplaner.*

**Vestnes formannskap meiner at § 3-3 må gå ut.**

**§3-4 vil dekke behovet for planlegging. Lov om folkehelse dekkjer også delar av dette området.**

**Dette er eit skrekkeleg eksempel på statleg styringsiver som både er urealistisk, uønska og minner om overvaking og formyndarskap frå styringssett som for lengst er gått ut på dato:**

- **Korleis skal dette kunne gjennomførast?**
- **Kva slags kompetanse skal ein ha for å forutsjå folks framtidige helseproblem?**
- **Og er det eit mål i seg sjølv?**
- **Skal vi overvake og angi kvarandre for å skape flest muleg klientar?**
- **Skal vi klassifiserast etter fare for sjukdomsutvikling?**
- **Skal vi ikkje lenger ta ansvar for vårt eige liv og helse?**

#### **4. Samarbeidsavtaler og maktforhold ved avtaleinngåing**

Departementet legg til grunn at det vil oppstå eit behov for omfattande interkommunalt samarbeid for å oppnå tilstrekkeleg innbyggergrunnlag, tilstrekkeleg kompetanse og naudsynt økonomisk styrke. Dette viser at samhandlingsreforma også legg grunnlag for kommunesamanslåingar på noko sikt. Departementet vurderer det slik at samkommunemodellen eller vertskommunemodellen i mange tilfelle vil møte nye framtidige utfordringar og oppgåver innan helse- og omsorgssektoren, særleg for dei minste kommunane.

Dette gjer at reforma, slik den i dag vert lagt fram, kan verte ei altfor stor utfordring for mindre kommunar. Faren for oppbygging av kommunale helsebyråkrati finn vi i lovkravet om at kommunane SKAL inngå forpliktande samarbeidsavtaler med helseføretaka og med andre kommunar. Kap 6 i lova omhandlar samarbeidsavtaler, og §6-2 set konkrete krav til innhaldet i avtalen.

Generelt sett vil det vere vanskeleg for ei gjennomsnittskommune på under 10.000 innbyggjarar å vere likeverdig avtalepart overfor eit stort helseføretak, og det vil kreve større administrative ressursar å handtere juridiske, økonomiske og faglege spørsmål knytta til avtaler. Helseføretaket vil ha store fordelar ved å ha meir kompetanse tilgjengeleg enn kommunane. Det vil vere uråd at partane blir likestilte. Dette har kommunane fått erfart i partnarskapsarbeidet i NAV-reforma.

Departementet legg opp til at partane sjølve skal løyse tvistar, og også vurdere å legge desse fram for domstolane til avgjerd. Dette er uakseptabelt. Det må opprettast nasjonale tvisteløysingsordningar. Uavhengige tvisteløysingsordningar må ikkje gå utover den einskilde pasient. Det bør først og fremst vere det økonomiske ansvaret tvisteløysingsorganet vil ta stilling til. Eit slikt tvisteløysingsorgan vil t.d. kunne avgjere økonomiske tvister i tilknytning til utskrivningsklare pasienter.

#### **5. Finansiering av reforma**

Ei klar forutsetning for ny helse- og omsorgslov og ny folkehelselov er at det skal satsast meir på førebygging i kommunane. I tillegg skal fleire oppgåver ha sitt utgangspunkt i kommunehelsetenesta. Det er difor med stor uro og undring ein kan lese mange stader i begge høyringsforslaga at forslaget *"ikke innebærer økonomiske eller administrative konsekvensar"*.

Dette er ulogisk. Særleg i ein overgangsfase med større satsing på førebygging og kompetanseheving i kommunesektoren vil tiltaka ha både økonomiske og administrative konsekvensar. Viser her tildømes til pkt 10.6, pkt 11.8 og pkt 14.6 i høyringsdokumentet som omhandlar kommunale oppgåver.

Det er også ei forutsetning for reforma at legetenesta i kommunane skal styrkast. Det er då ei forutsetning at denne styrkinga vert finansiert. Pr i dag er situasjonen i mange kommunar at ein har bra dekning av legar, og såleis legar med kapasitet til kommunalt arbeid, men ein har ikkje økonomi til å nytte desse legane fullt ut.

I stortingsmelding 47 vart det fremma forslag om at kommunane skulle få overført 20% av midlane som no går til helseføretaka. Dette skulle så nyttast til å kommunal medfinansiering av 20% av alle innleggingar, alternativt dekkje utgifter til døgnopphald (observasjon, etterbehandling) i kommunal institusjon. I behandlinga av stortingsmeldinga i Stortinget i april 2010, sa samtlige parti nei til dette då det ville medføre for stor finansiell risiko for kommunane.

Det vart difor oppretta eit statssekretærutval for å vurdere alternativ :

- Enten medfinansiering av innleggingar av personar over 80 år
- Eller medfinansiering av innleggingar som er diagnoseavhengig (t.d. livsstilsjukdommar)

**Medfinansiering av sjukehusinnleggingar vil medføre store utfordringar og bør ikkje gjennomførast:**

1.

Kommunane har ikkje styring over innleggingar, og bør heller ikkje ha det.

Dermed har ein ikkje styring med utgiftene på dette området, og vil i praksis få budsjett som ikkje kan styrast lokalpolitisk.

2.

Legane får for store utfordringar i høve etikk: Dei kan stå i fare for å kjenne seg tvinga til å unngå innleggingar for å spare kommuneøkonomien.

Dersom medfinansiering likevel blir gjennomført, bør denne vere diagnosebasert og ikkje aldersbasert. Aldersbasert medfinansiering vil verke aldersdiskriminerande.

Når det gjeld betaling for utskrivingsklare pasientar (§6-2, pkt 4), opplever kommunane allereie i dag konfliktar i forhold til helseføretaka. Dersom prisen for å ha innlagt utskrivingsklare pasientar aukar frå ca kr 1600 pr døgn i dag, til kanskje så mykje som kr 5000 pr døgn (KS sitt anslag), så vil konfliktene på området auke. Her må kriteria for kva som kan definerast som utskrivingsklar bli gjenstand for drøftingar der KS og Helsedirektoratet er sentrale partar. Her må det opprettast lokale tvisteløysingsorgan som kan ta stilling til enkeltsaker.

Totalt sett er finansieringa av samhandlingsreforma uklar og uferdig. Høyringsnotatet avklarar lite når det gjeld økonomi. Dette er beklageleg og urovekkande. Det meste av finansieringsspora må vert å kome tilbake til i forskrift eller seinare avklaring. Dermed er situasjonen den same som ved ein del andre reformer. Det blir ein pågåande debatt i ettertid der det er strid om reforma er fullfinansiert og kva kommunane reelt sett har fått av nye ressursar. Ein slik debatt er uheldig og kan vere med å svekke befolkninga si tiltru til reformer og politiske prosessar.

Med helsing

Tone Roaldsnes  
administrasjonssjef