



SAKSUTSKRIFT

Utv.saksnr	Utvalg	Møtedato
48/10	Eldrerådet	13.12.2010
51/10	Kommunalt råd for mennesker med nedsatt funksjonsevne	14.12.2010
82/10	Hovedutvalg for helsevern og sosial omsorg	15.12.2010
265/10	Hovedutvalg for overordnet planlegging	13.12.2010

HØRINGSSVAR: NY NASJONAL HELSE- OG OMSORGSPLAN, NY FOLKEHELSELOV OG NY LOV OM KOMMUNALE HELSE- OG OMSORGSTJENESTER.

Vedtak

1. Ullensaker kommune er positiv til den samhandlingsreformen som nå er konkretisert gjennom de foreliggende lovforslag og støtter de målene som er satt for reformen.
2. Ullensaker kommune mener at samhandlingsreformen, med ny folkehelselov og lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, kan iverksettes fra 1.1.2012.
3. Reformen må implementeres gradvis og etter en plan. Det må også fastsettes "milepæler" hvor resultatene av samhandlingsreformen på gitte tidspunkter etter nærmere kriterier skal vurderes.
4. Det forutsettes at nye oppgaver, som kommunen får ansvar for i forbindelse med samhandlingsreformen, blir fullfinansiert fra Staten.
5. Ullensaker kommune vil også understreke viktigheten av lokalt handlefrihet til å finne gode organisatoriske løsninger for de utfordringer som samhandlingsreformen legger opp til.
6. Ullensaker kommune viser for øvrig til de merknader som fremgår av saksframlegget.

Rett utskrift

Turi Kobbhaug
Formannskapssekretær

SAKEN GJELDER

Helse og omsorgsdepartementet fremla den 18. oktober forslag til Ny Folkehelselov og ny Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (tidligere Lov om sosiale tjenester, Lov om kommunehelsetjenester og Lov om folkehelse). I tillegg er grunnlaget for ny Nasjonal helse- og omsorgsplan lagt ut på nett, <https://fremtidenshelsetjeneste.regjeringen.no/> . Høringsfristen er 18. januar 2010.

VURDERINGER/DRØFTINGER

1. Hvilken myndighet er foreslått gitt til kommunene?

Ullensaker kommunes vurdering

Ullensaker kommune er positiv til lovforslagene som vil underbygge og forsterke kommunens myndighet og lokal handlefrihet. Det er imidlertid stor usikkerhet om den endelige ansvarsfordelingen mellom kommune og staten, noe som kan medføre en svekkelse av kommunen som myndighet.

Ullensaker kommune etterlyser derfor en tydeligere ansvarsfordeling mellom spesialisthelsetjenestens og kommunehelsetjenesten. Ved uenighet om ansvarsfordelingen, ønsker kommune at uenigheten avgjøres av et uavhengig tvisteløsningsorgan.

Ullensaker kommune er enig at det er behov for sterkere kommunal styring av legetjenesten og at den må integreres bedre i den kommunale helse- og omsorgstjeneste.

Ullensaker kommune mener at det må skje en vekst i antall allmennleger i kurativ praksis, samhandling med andre og forebyggende arbeid samt sikre tilgang på medisinsk kompetanse i kommunenes administrative planarbeid og offentlig legearbeid.

Ullensaker kommune er enig at å nå fram til utsatte grupper (eldre med nedsatt funksjonsnivå, rusmisbrukere, mennesker med psykiske lidelser) og det å få pasienter tidligere utskrevet fra sykehus, til videre behandling, oppfølging og kontroller i kommunehelsetjenesten, bør ha prioritet.

Men disse nye plikter, større ansvar og flere oppgaver til kommunen må følges av ressurser, myndighet og tillit som stimulerer til for eksempel utvidelse av døgntilbud, rehabilitering, palliativ behandling og oppsøkende virksomhet overfor eldre med nedsatt funksjonsevne.

Departementet foreslår ikke konkret en endring av dagens finansieringsmodell, men vil allikevel innhente synspunkter på om finansieringen skal dreies fra 75 % refusjon og 25 % per capitatilskudd, til 50 % refusjon og 50 % per capitatilskudd.

Ullensaker kommune støtter ikke forslag til større kommunalt finansieringsansvar for fastlegeordningen.

2. Hvilke nye oppgaver og plikter er foreslått for kommunene?

Ullensaker kommunens vurdering

Det er dokumentert at samhandling særlig rundt kronisk syke og eldre pasienter er det området i helsetjenesten hvor det er mulig å skape bedre pasientforløp.

Overordnet er det tre grupper av pasienter, hvor kommunen kan påta seg større oppgaver, ut fra effektivitets- og kvalitetshensyn:

- Kronisk syke og eldre som får en akutt sykdom og forverring (som blærekatarr, influensa etc i tillegg til hoveddiagnosen) og dermed trenger observasjon og tett oppfølging i en tidsavgrenset periode.
- Kronisk syke og eldre hjemmeboende som gradvis mister funksjonsevne (frail patients) kan ha nytte av systematisk oppfølging og rehabilitering, dvs. forebygge behov for innleggelser i sykehus og behov for økt kommunalt tilbud. Ved utskrivning fra sykehus til hjemmet kan systematiske forebyggende hjemmebesøk/program bidra til å opprettholde funksjonsevnen og redusere behov for sykehjem.
- Pasienter med alvorlig sykdom som skal ha lindrende behandling.

Ullensaker kommune har en korttids - og rehabiliteringsavdeling hvor pasienter, som midlertidig trenger økt behandling eller pleie og omsorg, får plass.

En utvidelse av dette tilbudet vil kreve økte ressurser, både faglige og økonomiske.

Ullensaker kommune mener at for å sikre en god oppgavefordeling bør de største pasientforløpene mellom kommunen og helseforetaket gjennomgås og at det bør inngås forpliktende samarbeidsavtaler. Dette gjelder særlig psykiatri, rus og rehabilitering.

Ullensaker kommune mener avtalene mellom kommuner og helseforetak i størst mulig grad skal være rettslig bindende, men at partene kan avtale tvisteløsningsordninger fremfor å bringe tvister inn for de alminnelige domstoler. Det er under utarbeiding en samarbeidsavtale mellom Akershus Universitetssykehus HF (Ahus) og den enkelte kommune som skal ut på høring i januar 2011 hvor dette er ivare tatt.

3. Hvilke plikter gis kommunen i forhold til folkehelse?

Ullensaker kommunens vurdering

Lovens formål bygger både på generelle helsefremmende tiltak for befolkningen som helhet og har også som mål å redusere sosiale helseforskjeller. Det siste berører grupper av befolkningen som har sosiale, helsemessige og økonomiske utfordringer som for eksempel fattigdom. Dette er en utfordring ved lovforslaget. Å redusere sosial ulikhet i helse er et uttalt helsepolitisk mål som også er nevnt i selve lovteksten. Det synes vanskelig å oppnå dette med det foreliggende lovforslaget, fordi det forutsetter en mer målrettet innsats mot enkelte grupper. Blir den friskeste delen av befolkningen friskere så vil det øke den sosiale ulikheten i helse heller enn å redusere den.

Forslaget til ny folkehelselov stiller indirekte krav om at det opprettes koordinatorstillinger for folkehelsearbeidet. Ullensaker kommune har ikke det pr. i dag. Det er under utarbeiding en folkehelseplan hvor det også skal foreslås konkrete tiltak.

På overordnet nivå må kommunen inneha kartleggings-/utrednings-/analysekompetanse for å ivareta kravene til oversikt over folkehelsesituasjonen og utfordringer.

For å forankre folkehelsearbeid i planer og i tiltak i tjenestene, kreves kompetanseheving i de ulike kommunale virksomheter og tjenester. Det stiller bl.a. krav om økt tverrfaglig samarbeid i kommunen, og samhandling mellom kommunen, fylkeskommune og andre. Dette er kapasitets- og kompetansekrevene.

Helseovervåking /statistikk er et stort og uoversiktlig område – og vil kreve store ressurser både på fylkeskommunalt og kommunalt nivå. Det ligger ikke inne noen ressurser til dette arbeidet og det er behov for kompetanse i kommunesektoren for å følge opp. Behovet for felles opplegg og standardisering er stort – og det bør avklares hva som skal gjøres og av hvem nasjonalt, regionalt og lokalt. Fylkeskommunene skal i følge lovforslaget bistå kommunen i å foreta kommunale analyser og tolkninger av data, jf. mulige forklaring av årsakssammenhenger, styrker og svakheter i dataene. Imidlertid foreligger det allerede mye helsestatistikk, og det bør sees blant annet til effektiviseringsnettverkene og arbeidet som allerede pågår i KOSTRA for å unngå dobbeltrapportering.

I PBL § 7.1/§10.1 sies det generelt at ”planstrategien skal redegjøre for regionale (kommunale) utviklingstrekk og utfordringer, vurdere langsiktige utviklingsmuligheter og ta stilling til hvilke spørsmål som skal tas opp gjennom videre regional planlegging. Det betyr at det er opp til fylkeskommunen/kommunen selv å avgjøre hvilke utfordringer og spørsmål som skal tas opp i videre planlegging.

De nye bestemmelsene gir fylkeskommuner/kommuner pålegg om område (her: folkehelse) som skal være med i planstrategien, det betyr at man fraviker prinsippet om at kommunen og fylkeskommunen selv skal avgjøre hva som er viktig. Med en så omfattende definisjon som legges til grunn for folkehelsearbeid anses denne delen av forslaget som en inngripen i viktige lokaldemokratiske prinsipper.

Ullensaker kommune mener det er rimelig at Fylkesmannen er tilsynsmyndighet fordi dette sikrer et helhetssyn med tanke på lokaldemokratisk forankring i Plan og bygningsloven.

Ullensaker kommune mener at det er positivt med en utvikling hvor folkehelse vektlegges i lovs form, men stiller spørsmål ved den underliggende premissen om at den foreslåtte nye folkehelseloven vil frembringe bedre folkehelse, uten at dette skal ha betydelige økonomiske eller administrative konsekvenser for kommunen.

Krav til samarbeid, helseovervåking og statistikk i lovforslaget vil ha betydelig økonomiske og administrative kostnader både ressurs- og kompetansemessig.

4. Hvordan er nye oppgaver og plikter foreslått finansiert?

Ullensaker kommunes vurdering

På en rekke områder legges det opp til endringer som skal gi brukerne et bedre tilbud, men som samtidig er forutsatt ikke skal medføre økonomiske virkninger av betydning for kommunene. Dette gjelder blant annet:

- Krav til at koordinerende enheter i kommunene får et systemansvar for arbeidet med individuell plan.
- Rett til et verdig tjenestetilbud (verdighetsgarantien)
- Krav til lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak

Kommunal medfinansiering

Begge de aktuelle modellene - avgrenset til pasienter over 80 år eller all medisinsk behandling (uavhengig av alder) - vil gi kommunene incentiver til å gi nye og bedre kommunale tilbud til eldre medisinske pasienter. Helseforskere har fremhevet at kommunene særlig gjennom et bedre tilbud til denne gruppen kan redusere behovet for spesialisthelsetjenester. Modellen avgrenset til det medisinske området gir bredere incentiver til styrket kommunal innsats på rehabiliteringsområdet – uavhengig av pasientenes alder. Den aldersbestemte modellen vil på sin side gi sterkere incentiver til fallforebygging for eldre over 80 år, ved at kommunene må medfinansiere kirurgiske inngrep for eldre.

Det er enkelte særlige utfordringer knyttet til en aldersbasert modell: Det kan skape mistanker om aldersdiskriminering, forstått som at eldre ikke får samme mulighet for behandling i spesialisthelsetjenesten som yngre. Dette er allerede fremholdt fra flere, også fra kommunehold. Det vil også være slik at mange av de tilbud kommunene målretter for eldre blant annet for å redusere egne medfinansieringsutgifter, også vil være gode tilbud for personer under 80 år. Det vil ikke være mulig eller ønskelig å nekte personer kommunale tjenestetilbud begrunnet med at de er under 80 år. Avgrensning til det medisinske området vil trolig være mindre kontroversielt, og tilbudene kommunene bygger ut for å redusere sine utgifter vil trolig i liten grad bli benyttet av personer som kommunene ikke har medfinansieringsansvar for.

Det er behov for en grundig kostnadsberegning av kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenestene. Det er behov for en videre utredning også av andre forhold: som fastsettelse av et maksimalt beløp kommunene skal betale pr. innleggelse og hvordan kommunen skal kompenseres for det økte finansieringsansvaret. Det ligger et utfordrende økonomisk fremtidsbilde i forslaget til medfinansieringsordning, at kommunen eksempelvis vil få ekstra utgifter til medisiner, utstyr og hjelpemidler i takt med at beboere på sykehjem og andre institusjoner vil ha større og mer avansert behov for pleie. 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.

Dersom spesialisthelsetjenesten skal gjøre mindre og kommunen mer på dette området må innsparinger på spesialisthelsetjenesten og merkostnader for kommunen beregnes med sikte på å flytte ressurser fra spesialisthelsetjenesten til kommunen. Statlige myndigheter må ikke tillate nedbygging av helsetjenestetilbud innen spesialisthelsetjenesten før kommunen har bygd opp et likeverdig tilbud.

Døgntilbud - utvidet kommunalt ansvar for øyeblikkelig hjelp. Det vises til at de viktigste virkemidlene for å få etablert behandling i kommunene er redusert betaling for medfinansiering eventuelt supplert med tilskudd fra helseforetakene. Det kan ikke forutsettes – slik det gjøres i høringsbrevet - at dette vil være tilstrekkelig til å etablere nye døgnplasser til øyeblikkelig hjelp i kommunen.

Utvidet betalingsansvar for utskrivningsklare pasienter:

Det er tatt inn regneeksempler av hvor mye midler som skal overføres gitt omfang i pasientdøgn og ulike døgnsatser i høringsdokumentet. De beregningsmessige forutsetningene må gjennomgås og kvalitetssikres.

Økonomiske og administrative konsekvenser

Det er vanskelig å overskue økonomiske og administrative konsekvenser da flere endringsforslag henvises til mer utredning. Og Samhandlingsreformen møtes med forventninger om innsats på mange plan. Høringsdokumentene viser til flere kostnadsdrivende elementer: Etablering av funksjons- og kvalitetskrav, mer kommunal styring av fastlegene, nye ressurser innenfor fastlegeordningen, overføring av aktivitet fra spesialisthelsetjenesten, etablering av tilbud i kommunen, styrking av legevakt, satsing på rehabilitering osv. Alt dette medfører at kommunen må øke sin kompetanse og legge mer ressurser inn i sine tjenester. Ikke minst vil nødvendig styrking og utvikling av kompetansen i kommunen, inkludert økning av legestillinger/- hjemler, innebære behov for økte ressurser.

Medfinansieringsmidler vil ikke være tilstrekkelig til å finansiere utvidelse av rehabiliteringstilbud i kommunen.

Ullensaker kommune mener at de økonomiske virkningene ved et øyeblikkelig hjelp døgntilbud må beregnes med sikte på fullfinansiering. Ansvarsdelingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene bør samtidig klargjøres. Innenfor psykiatri og rus ligger ikke forholdene til rette for at det kan innføres en betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter fra 2012.

Ullensaker kommune mener at de økonomiske og administrative konsekvenser er vanskelig å overskue, men mener de vil bli betydelige og langt høyere enn antydnet i høringsnotatet. Dette gjelder også legetjenesten.

5. Hvilke utfordringer medfører forslagene innen kompetanse, forskning og IKT?

Ullensaker kommunes vurdering

Kompetanse

Det er fornuftig at man ser kompetanseutvikling og kompetanseoverføring i sammenheng med de lovpålagte samarbeidsavtalene fordi avtalene da vil knyttes opp mot konkrete mål, oppgaver og ansvarsområder. Dette legger grunnlag for strategisk kompetansestyring i kommunene, og planer for kompetanseutvikling for hhv kommune og foretak.

En sentral utfordring i forbindelse med de lovpålagte samarbeidsavtalene er å sikre likeverdighet mellom kommunene og helseforetakene. Dersom likeverdigheten ikke er på plass kan det oppstå samarbeidsutfordringer knyttet til finansiering, forskning, rekruttering av arbeidskraft og kompetanseheving av ansatte. Det blir viktig å sikre at samarbeidsavtalene tydeliggjør arbeidsgiveransvar, og sørger for at det ikke oppstår utfordringer knyttet til f.eks. ulike lønns- og arbeidsvilkår.

Mulighetene som ligger i velferdsteknologi utover IKT er nær sagt fraværende i både forslag til nasjonal helse og omsorgsplan og i lovforslagene.

Samhandlingsreformen vil føre til at kapasiteten i den kommunale helse- og omsorgstjenesten må styrkes. Det er viktig at de myndighetsmessige rammebetingelsene understøtter at det utdannede helse- og sosialpersonell i større grad enn til nå blir kanalisert til den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Ullensaker kommune mener behovet for arbeidskraft nødvendiggjør flere tiltak. Det må utdannes tilstrekkelig helsepersonell med relevant kompetanse.

Ullensaker kommune vil fortsette arbeidet med å utvikle gode og interessante arbeidsplasser, der medarbeideren blir værende og sikres kompetanseutvikling. En fortsatt innsats rettet mot flere i større og hele stillinger samt reduksjon av sykefravær vil gi bedre utnyttelse av dagens ansatte.

Forskning

Ullensaker kommunes vurdering

Forskning med relevans for kommunehelsetjenesten og folkehelsearbeid må økes betydelig. Generelt er det behov for mer praksisnær forskning og spesielt vil vi fremheve behovet for å styrke forskningen innen allmennmedisin, men også på områder som tjenesteyting og -utvikling i kommunehelsetjenesten, teknologi og organisasjon og ledelse.

Et økt kommunalt ansvar for forskning og undervisning må kompenseres fullt ut fra statens side.

IKT og dokumentasjon

Ullensaker kommunes vurdering

Ullensaker kommune planlegger oppkopling til Norsk Helsenett (NHN) i 2011.

Det er viktig at alle kommuner kommer seg opp på et teknologisk minimumsnivå for at man skal hente ut potensialet som ligger i elektronisk samhandling. Dersom alle er i stand til å sende og motta elektroniske meldinger, slipper man å opprettholde egne rutiner for å utveksle papirmeldinger med de aktørene som henger etter. Det vil også sikre at alle innbyggerne er sikret det samme tilbudet som f.eks. Nasjonal kjernejournal.