

Helse- og sosialsektoren



ÅL KOMMUNE
Torget 1, 3570 ÅL

Det kongelige helse- og omsorgsdepartement
Postboks 8011 Dep

0030 OSLO

Helse- og omsorgsdepartementet	
Saksnr.: 200500444	Dok.nr.: 27
Arkivnr.: 500	Behandlingsdato: 30.05.05
Ansvarlig: KTA	Saksbeh.: EV
Utskrift:	

Arkivkode
024 G00 &13

Vår ref.
05/00702 - Lappegard

Dykkar ref.
200500444

Dato
27.05.2005

HØRING: NOU 2005:3 "FRA STYKKEVIS TIL HELT - EN SAMMENHENGENDE HELSETJENESTE"

Bakgrunn

NOU 2005: 3 "Fra stykkevis til helt – en sammenhengende helsetjeneste" er sendt på høring med høringsfrist 1/6-2005. Rådmannsutvalget i Hallingdal, for kommunene Flå, Nes, Gol, Hemsedal, Ål og Hol, har bedt en arbeidsgruppe bestående av kommunelege I Harald Lystad, Hemsedal, kommuneoverlege Nils Høva, Nes og kommuneoverlege Øystein Lappegard, Hol og Ål kommuner, om å utarbeide et høringssvar på vegne av Hallingdalskommunene.

Høringssvaret følger i hovedsak de spørsmålsstillinger som er nevnt i høringsbrev av 01.03.05.

1. Økonomiske og organisatoriske rammebetingelser

Denne høringsinstansen er enig i at styrkeforholdet mellom forvaltningsnivåene i helsetjenesten er skjevt. Selv om primærhelsetjenesten er fundamentet i helsetjenesten, blir denne stående svakt i samarbeidet. Hovedgrunnene til dette er at

- spesialisthelsetjenesten selv definerer hvilke pasienter de vil behandle
- det er ingen ankeinstans ved uenighet mellom partene
- kommunene mangler et felles forum som kan ta kommunenes sak overfor de lokale helseforetakene.

Ingen av de tiltak utvalget foreslår, vil gjøre noe med disse årsakene. Det bør utprøves i avtalene mellom helseforetakene og kommunene at avgjørelser som kommunalt helsepersonell er uenige i, skal drøftes mellom helseforetaket og kommunen, og at uenighet skal søkes løst på et nivå over det behandlerende fagpersonell (f.eks på overlege – kommuneoverlegenivå). Det bør vurderes å opprette faste ankeutvalg med sammensetning fra helseforetak og kommuner som kan ta beslutninger innen svært kort tid. Det bør igangsettes forsøk med å la et lokalt kommunelegeforum være en dialogpartner med helseforetakene i overordna saker.

Telefon: 32 08 50 00
Faks: 32 08 50 99

E-post: postmottak@aal.kommune.no
Internett: <http://aal.kommune.no>

Bankgiro: 2320 20 29531
Bankgiro skatt: 7855 05 06199
Organisasjons nr: 864 952 992



HALLINGDAL

Det er et hovedproblem i dagens helsetjeneste at pasientbehandling i stor grad skyves over på kommunene (kortere behandlingstider i sykehus, økt dagbehandling, flere og flere avanserte behandlinger forventes løst i kommunene, feriestengte avdelinger i helseforetakene) uten at denne utviklingen følges opp med økte bevilgninger til kommunene. Dette er statens ansvar å rette opp.

Denne høringsinstansen er enig i at det bør kunne igangsettes begrensede forsøk med sameie av tjenestearnaer mellom kommuner og helseforetak. Hovedregelen bør imidlertid være at spesialisthelsetjenesten skal ha ansvaret for å bygge ut tilbudet til de såkalte gråsonepasientene. Et hovedargument for dette er at spesialisthelsetjenesten nødvendigvis vil måtte differensiere sitt pasientrettede tilbud, - det er ikke mulig i det lange løp å kunne tildele høyspesialiserte senger til allmenne problemstillinger. Det bør utvikles et tilbud med distriktsmedisinske sentra eller avdelinger knyttet til alle helseforetak (uansett by eller land) der pasienter med generelle indremedisinske og kirurgiske problemstillinger kan innlegges for observasjon, forberedende opphold eller etteropphold. Døgnprisen vil her kunne ligge svært mye lavere enn på de høyspesialiserte avdelingene. Denne løsningen bør også ses i lys av den eldrebølgen som ligger foran oss og de eldre pasientenes behov for en annen type spesialisthelsetjeneste enn i dag. Hallingdalskommunene har gode erfaringer med et slikt distriktsmedisinsk tilbud gjennom Hallingdal sjukestugu.

2. Brukermedvirkning

Det er vanskelig i små kommuner å få til gode ordninger for reell brukermedvirkning på systemnivå (få pasienter innen hver sykdomskategori, vanskelig å finne pasienter som kan representere større grupper). Det viser seg at i noen grad vil fagpolitikerne i en kommune (f.eks helse- og sosialutvalget) innta en posisjon som ombudsmenn for pasientgrupper. Det kan også tenkes brukerutvalg satt sammen på tvers av kommunegrenser. Videre bør dialogkonferanser utvikles som et arbeidsverktøy i brukermedvirkningen.

Denne høringsinstansen er enig i at en klar ansvars plassering på kommunene for utarbeidelse av individuell plan, vil øke graden av gjennomføring. Spesialisthelsetjenesten må ha plikt til å initiere en individuell plan og til å medvirke. Det er imidlertid ikke til å komme unna at innføringen av individuell plan har medført en stor merbelastning på kommunene som ikke er kompensert økonomisk. For en overgangsperiode på 5 år bør kommunene få en kompensasjon for denne arbeidstiden i forhold til antall avsluttede individuelle planer innrapportert til fylkeslegen. Dette ville sikre en gjennomføring av individuell plan på landsplan.

Vi er ikke uenige i at pasientombudsordningen skal kunne omfatte kommunehelsetjeneste og sosialtjeneste, men er redd for at dette blir et nytt eksempel på ordninger som vil gi merarbeid og merutgifter for kommunene uten at det følger finansiering med ordningen. En nullkostnads løsning for kommunene må derfor være en forutsetning.

3. Forslag knyttet til samhandling mellom tjenesteutøverne

Høringsinstansen er enig i at det er ønskelig å få klarere funksjons- og kvalitetskrav i fastlegeordningen, herunder tiltak som styrker det offentlige legearbeidet og deltaking i tverrfaglig samarbeid. Det er et særlig behov for å se på tilsynslegefunksjonen ved sykehjem i forhold til fastlegeordningen. Behovet for økt antall korttidsplasser på sykehjem med tanke på medisinsk behandling og rehabilitering, er vanskelig å kombinere med at en tilsynslege er fast ansvarlig for disse pasientene den korte tiden de er innlagt. Det bør vurderes om fastlegene skal overta ansvaret for korttidsinnlagte sykehjemspasienter.

De fleste små kommuner har allerede fullt ut benyttet den tiden som legene kan tilpliktes til offentlig arbeid. En styrking av det offentlige legearbeidet eller det samfunnsmedisinske arbeidet må derfor komme på andre måter. Særlig vil en advare mot å stykke opp det samfunnsmedisinske arbeidet. Dette bør tillegges minimum halve stillinger og gjerne løses i et interkommunalt samarbeid.

Fra et samfunnsmedisinsk synspunkt er det en klar fordel at finansieringen av fastlegene vektet med større vekt på basistilskuddet.

Vi er enige i intensjonen om å bygge opp et avtalebasert samarbeid mellom kommunene og helseforetakene. Det bør utarbeides sentrale maler for slike avtaler, men med sjekklister på områder som bør vurderes innarbeidet i en avtale ut fra lokale forhold.

Praksiskonsulentordningen anses viktig for å bedre samarbeid mellom helseforetak og kommuner. Det bør imidlertid også legges til rette for at sykehusleger kan arbeide i kommunehelsetjenesten. Vi er i prinsippet enige i at veiledningsplikten må gjelde begge veier, men ser at dette er vanskelig å finne praktiske løsninger på. En omvendt praksiskonsulentordning kan være et hjelpemiddel for å få dette til.

4. Annet

Denne høringsinstansen er uenig i at ordningen med pasientansvarlig lege på sykehus avvikles. Det er en av de vanligste tilbakemeldinger fra pasienter som har mottatt tjenester fra spesialisthelsetjenesten, at de savner en person som de kan forholde seg til. Dette er et viktig tiltak for å styrke pasientrettighetene i forhold til spesialisthelsetjenesten.


Vi er enige i at lærings- og mestringssentrene må gis en mer robust finansiering. Lærings- og mestringssentre som bygger på samarbeid mellom første- og andrelinjetjenesten bør kunne utløse en særlig gunstig finansiering.

Det er et meget viktig forslag som lanseres om å sidestille finansieringen av legemidler i og utenfor institusjon. Dette er en viktig brikke for å kunne øke mengden med kortidsopphold og terminal behandling ved sykehjemmene.

Det er også tvingende nødvendig at det nå kommer på plass ordninger for å finansiere interkommunale legevaktordninger. Hallingdalskommunene arbeider med å finne slike løsninger, men opplever at de økonomiske konsekvensene er til hinder for å finne fram til gode løsninger.

Samhandlingsmilliarden kan virke som en katalysator for å framskynde et godt samarbeid. Det er imidlertid en forutsetning at dette er friske midler og at de ikke tas fra kommunenes rammetilskudd. Videre må det ligge klare kriterier og prioriteringer på bruken av disse midlene.

Med hilsen


Øystein Lappegard
kommunelegeoverlege Hol og Ål

(sign)
Harald Lystad
kommunelege I Hemsedal

(sign)
Nils Høva
kommuneoverlege Nes

Kopi: Rådmannen i Flå, Nes, Gol, Hemsedal, Ål, Hol