
Saksbehandlar: Øystein Lappegard
Arkivsaksnr.: 10/1873
Arkiv: F00 &13

HØYRING - NY LOV OM KOMMUNALE HELSE- OG OMSORGSTJENESTER, NY LOV OM FOLKEHELSE OG GRUNNLAGET FOR NY HELSE- OG OMSORGSPLAN

Saka vert avgjort av:

Regionrådet/rådmannsutvalet handsamar saka 17.12.2010. Det enkelte kommune kan deretter, dersom dette er ynskjeleg, handsame saka innan høyringsfristen 18.1.2011.

Vedlegg:

- Vedlegg 1: Framlegg til høyringsuttale utarbeidd av Kommunehelsesamarbeidet Vestre Viken (26 kommunar)
- Vedlegg 2: Framlegg til høyringsuttale frå KS Buskerud/Telemark/Vestfold.

Dokument i saka:

- Stortingsmelding nr. 47 (2008-2009)
- Høyringsnotat – forslag til ny kommunal helse- og omsorgslov (HOD 18.10.2010)
- Høyringsnotat – forslag til ny folkehelselov (HOD 18.10.2010)
- Samandrag av høyringsgrunnlag for Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015): Fremtidens helsetjeneste: Trygghet for alle.

Saksopplysningar:

Regjeringa har sendt ut på høyring tre helsedokument:

- Ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester
- Ny lov om folkehelse
- Grunnlaget for ny nasjonal helse- og omsorgsplan

Høyringsfrist er 18.1.2011.

Rådmannsutvalet har bede om at det vert koordinert og formulert forslag til særskilt høyringsuttale på vegne av kommunane i Hallingdal. Fokus skal her vera det som gir særlege utfordringar og/eller som Hallingdal må vera ekstra merksame på.

Kommunehelsesamarbeidet Vestre Viken (26- kommunesamarbeidet) har utarbeidd framlegg til uttale (vedlegg 1), med fokus på det kommunane i samarbeidet har av andre oppfatningar enn det som ligg i departementet sine framlegg.

KS - BTV har laga utkast til uttale på vegne av kommunane i Buskerud, Telemark og Vestfold (vedlegg 2).

Regionrådet la følgjande framdriftsplan for arbeidet:

Prosjektmedarbeidar i Ål kommune, Steinar Aa, utarbeidar forslag til uttale ut frå innspel frå 26- kommunesamarbeidet, KS - BTV og vurderingar med fokus på Hallingdal. Framlegget vert oversendt Regionrådet innan 13.12.2010.

SAK 69-10

Vurderingane i saka er gjort i samarbeid med og etter innspel frå fagpersonar i Hallingdal som alt sit i ulike høyringsgrupper. Helse- og sosiallederforumet i Hallingdal har hatt eit førebels utkast til denne saksutgreinga til gjennomsyn.

Vurdering:

Regjeringa vil gjennom samhandlingsreforma sikre ei framtidig helse- og omsorgsteneste som

- svarar på pasientane sitt behov for koordinerte tenester
- svarar på dei store samfunnsøkonomiske utfordringane
- gir lik tilgang til gode og likeverdige helse- og omsorgstenester

Dette vil Regjeringa oppnå ved 5 hovudgrep:

- Klarare pasientrolle og samanhengande pasientforløp
- Ny kommunerolle i den samla helse- og omsorgspolitikken med vekt på førebygging og forpliktande avtalesystem for samarbeid og oppgåvefordeling
- Etablere økonomiske insentiv og ordningar
- Utvikle spesialisthelsetenesta slik at den i størst mogeleg grad kan bruke sin spesialiserte kompetanse
- Tilretteleggja for tydelegare prioriteringar.

I tillegg til desse 5 hovudgrepa arbeider Regjeringa med tiltak knytt til å utvikle IKT- system og å utvikle forskings-, utdannings- og personalpolitikken slik at denne underbyggjer måla i samhandlingsreforma.

Dette er i svært korte formuleringar bakgrunnen for framlegget til ny kommunal helse- og omsorgslov, ny folkehelselov og høyringsgrunnlaget for Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015).

Hallingdalskommunane har lang erfaring for interkommunalt samarbeid på helse- og omsorgsområdet. Det står likevel svært mykje att for å utnytte kapasitet og kompetanse på tvers av kommunane i regionen til beste for pasientar og tenestemottakarar. Vi trur Regjeringa sine hovudgrep er avgjerande og meiner framlegget til nye lover og nasjonale planar er eit godt grunnlag for å utvikle samarbeidet vidare.

Hallingdalskommunane har 30 års erfaring frå samarbeid med sjukehuset/helseforetaket. Dette gjeld særleg Hallingdal Sjukestugu. Erfaringane underbyggjer grunnidèen i samhandlingsreforma: Helsetenester og tiltak skal så langt som mogeleg ystast i pasienten sitt nærmiljø. Pasientar vert sparte for belastande reisetid og samfunnet for fråvær. Brukarundersøkingar viser at pasientar i Hallingdal **opplever** nærleik og tryggleik til tenestene.

Det sterke fagmiljøet ved Hallingdal Sjukestugu har i mange år vore ein viktig bidragsytar for fagleg utviklingsarbeid og rekruttering til helse- og omsorgstenestene i Hallingdal. Ein grunnidè i samhandlingsreforma og dei nye lovene er at helse- og omsorgstenester skal vera likeverdige og tilgjengelege for alle. Samhandling mellom kommunar og mellom kommunar og spesialisthelsetenesta skal difor vera eit av helse- og omsorgssektoren sine viktigaste utviklingsområde framover.

Hallingdalskommunane er no i eit forprosjekt og planlegg frå 2011 eit hovudprosjekt i samarbeid med Vestre Viken HF for å utvikle Hallingdal Sjukestugu som lokalmedisinsk senter etter samhandlingsreforma sine intensjonar. I dette prosjektet skal òg vurderast kva for

SAK 69-10

funksjonar som i framtida skal liggja ved Hallingdal Sjukestugu og kva som skal fordelast mellom kommunane eller leggjast til kvar kommune.

Frå 2008 har Ål Bu- og behandlingssenter vore Undervisningssjukeheim for Buskerud. Frå 2011 har Helsedirektoratet endra namnet til Utviklingssenter for sjukeheimar i Buskerud. Gjennom samarbeid med Høgskulen i Buskerud (HiBu), Hallingforsk og ulike kompetansesentra, får regionen gjennom Utviklingssenteret vera med på fagutvikling og forskning som er viktig for å oppfylle mål i samhandlingsreforma.

I gjennomgangen av høyringssvara frå KS BTV og kommnehelsesamarbeidet Vestre Viken har vi særleg hatt fokus på korleis dei fortrinn regionen har, kan tilpassast nye lover og dei planar Regjeringa har for helse- og omsorgspolitikken i framtida.

Det er særleg to tilhøve som må ha fokus for Hallingdalskommunane:

- Styrke og vidareutvikle Hallingdal Sjukestugu som lokalmedisinsk senter og sikre at spesialisthelsetenesta framleis har base der.
- Alle kommunane er store hytte- og turistkommunar. Dette medfører at folketalet til ei kvar tid er vesentleg større enn det faste innbyggjartalet. Både dette og sesongvariasjonane i folketalet representerer store utfordringar for helse- og omsorgstenestene i Hallingdalskommunane.

Rådmannen si innstilling:

Regionrådet for Hallingdal vedtek å slutte seg til høyringsuttalen utarbeidd av Kommnehelsesamarbeidet Vestre Viken (vedlegg 1) og høyringsuttalen utarbeidd av KS BTV (vedlegg 2) med følgjande tilleggskommentarar og merknader:

1. Generelt

- a. Interkommunalt samarbeid i Hallingdal
Hallingdalskommunane har gode erfaringar med interkommunalt samarbeid på helse- og omsorgsområdet. Framlegget til nye lover og Nasjonal helse- og omsorgsplan gir godt grunnlag for å vidareutvikle dette.
- b. Samarbeid mellom kommunane i Hallingdal og Helseforetaket. Hallingdal sjukestugu som lokalmedisinsk senter.
Grunnidèen i samhandlingsreforma er at samhandling mellom kommunar og mellom kommunar og spesialisthelsetenesta skal vera eit av helse- og omsorgssektoren sine viktigaste utviklingsområde framover.
Hallingdalskommunane har 30 års erfaring frå samarbeid med Helseforetaket.
Kommunane i Hallingdal og modellen Hallingdal Sjukestugu har fått stor merksemd i arbeidet med samhandlingsreforma. Framlegget til nye lover og Nasjonal helse- og omsorgsplan gir godt grunnlag for å vidareutvikle den modellen vi har i Hallingdal for samarbeid og fagutvikling mellom kommunane og spesialisthelsetenesta.
- c. Funksjonsdeling og tenesteorganisering
Hallingdalskommunane og Vestre Viken HF samarbeider om eit prosjekt for å utvikle Hallingdal Sjukestugu som lokalmedisinsk senter etter samhandlingsreforma sine intensjonar. I dette prosjektet vert òg vurdert kva for funksjonar som i framtida skal liggja ved Hallingdal Sjukestugu og kva som skal fordelast mellom kommunane eller leggjast til kvar kommune. Kommunane i Hallingdal vil i denne høyringa presisera

SAK 69-10

behovet for at spesialisthelsetenesta også i framtida er basert ved Hallingdal Sjukestugu som lokalmedisinsk senter etter 2012.

d. Finansiering

Samhandlingsreforma vil krevje store meirkostnader på kommunalt nivå m.a. til overordna systemarbeid, arbeid med avtaleverket, felles IKT-system og fagprogram. Helseforetaket har til no drifta Hallingdal Sjukestugu. Om denne modellen ikkje let seg vidareførast, må kommunane få tilført nødvendige ressursar. Høyringsdokumentet antydar ei 3-delning mellom kommunane, lokalt helseforetak og regionalt helseforetak. Kommunane i Hallingdal vil i denne høyringa presisera behovet for klarare styringssignal både når det gjeld finansiering og plan for opptrapping av reformarbeidet frå 2012.

e. Ansvarsavklaring

Vår erfaring med mange års samarbeid med spesialisthelsetenesta, er at spørsmål om kven som har det juridiske ansvaret for pasienten, ofte vert eit hinder for gode og fleksible samarbeidsløysingar. Dette er eit område som må finne ei avklaring før ein kan vone å få til reelle samarbeidsløysingar på lokalplan.

2. Vedrørande framlegg til ny lov om kommunale helse- og omsorgstenester

- a. Hallingdal er ein stor reiselivsregion. Helse- og omsorgstenestene vert sett under betydeleg press av tilreisande. Desse utfordringane er sterkt aukande ikkje minst pga at fleire gjer fritidsbustaden til bustad nr. 2. Utfordringane er størst i høve til legevakt og omsorgstenester. Dersom Regjeringa vel å halda på opphaldsprinsippet, må det snarleg koma endringar som sikrar utgiftsdeling mellom opphaldskommunen og heimkommunen.
- b. Ein har i mange år hatt innarbeidd praksis med øyeblikkeleg hjelp-innleggelsar i sjukeheimane i Hallingdal og har gode erfaringar med dette. Ved å lovfeste dette som ei plikt for kommunen, må dette følgjast opp med fullfinansiering av kostnadane ved slikt tilbod. Rekruttering og kompetanseheving av personell på sjukeheimane og auka legedekning blir viktige tema, det må avsetjast midlar til dette.
- c. Vi støttar uttalen om å utarbeide overordna kriteriar for innlegging og utskrivning frå sjukehus. Vår erfaring er likevel at slike kriteriar må kunne tilpassast lokale tilhøve slik det er gjort mellom Hallingdalskommunane og Hallingdal Sjukestugu.
- d. Ordninga med finansiering av ressurskrevjande brukarar er svært byråkratisk og arbeidskrevjande. Aldersgrense for ordninga må opphevast og ordninga fullfinansierast frå staten si side.
- e. Ei styrking av kommuneoverlegen si rolle er nødvendig for planlegging og implementering av dei endringane samhandlingsreforma legg opp til. Regelverket må presisera funksjon, omfang og finansiering. Ein tilrår i samsvar med sentralt avtaleverk å bruke omgrepet kommuneoverlege.
- f. Vi vil understreka behovet for at det vert utarbeidd kvalitets- og funksjonskrav for fastlegetenesta i kommunane.
- g. Vi er skuffa over at tilplikta offentleg allmennmedisinsk legearbeid ikkje er auka. St.meld. 47 skapte sterke forventningar til dette som lovtkastet ikkje innfrir. Hallingdalskommunane utnyttar alt i dag dette potensialet fullt ut.
- h. Vi meiner det er behov for å forklare og definere fleire omgrep som er brukt i lovteksten. Lova heiter Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. ”Omsorg” er ikkje nytta vidare i lovteksten og heller ikkje definert i § 1-3. ”Heldøgntjenester i eget hjem eller institusjon” treng óg forklaring og presisering, då ein lokalt har hatt mange diskusjonar rundt spørsmål om utbygging av sjukeheimplassar eller omsorgsbustader.

SAK 69-10

- i. Vi meiner formuleringa i §3-3 ”..systematiske tiltak for å identifisere personer som står i fare for å...” er uheldig og umogeleg for kommunane å følgja opp.

3. Vedrørande framlegg til ny lov om folkehelse

- a. Auka satsing på folkehelsearbeid må gjennomførast som ein opptrappingsplan slik at kommunane kan planleggja, implementera og gjennomføra tiltak over tid. Det må følgja økonomiske midlar med ein slik plan som t.d. etter modell frå opptrappingsplanen for psykisk helse. Det er og viktig at planen legg føringar for omfanget av folkehelsearbeidet.
- b. Hallingdalskommunane har betydelege erfaringar med frisklivsarbeid. Dette er likevel berre eit delområde i folkehelsesatsinga. Folkehelsearbeid i brei forstand krev ny kompetanse, samarbeid og statleg finansiering inn i kommunane.
- c. Med erfaring frå partnarskapsarbeid innan folkehelse der kommunane i Hallingdal har erfart at sentrale tilskot har blitt borte utan varsel, vil vi understreke behovet for langsiktige og forutsigbare avtalar mellom partane.

4. Vedrørande innspel til nasjonal helse- og omsorgsplan

- a. Kommunane i Hallingdal meiner at tilgangen på kompetanse vert den største utfordringa i samhandlingsreforma. Vi har gode erfaringar i regionen med fag- og kompetanseutvikling som følgje av Hallingdal Sjukestugu og nå dei siste to åra gjennom Utviklingssenteret for sjukeheimane i Buskerud og Hallingforsk. Dette bidreg til rekruttering, fagutvikling og stabilitet lokalt. Det må leggjast føringar for desentraliserte opplæringstilbod og e-læring i kommunane. Kommunane sitt ansvar for fagutvikling og forskning må presiserast sterkare.
- b. For distriktskommunar er bilambulansenesta svært viktig for å oppretthalde beredskap og likeverdig helseteneste ved behov for akutt hjelp. Både omfanget og innhaldet i ambulansenesta representerer utfordringar i samarbeidet med Helseforetaket fordi kommunane ikkje har avgjerande innverknad. Kommunane i Hallingdal imøteser sterkare styringssignal som tek omsyn til dei ekstra utfordringane distriktet har med omsyn til avstanden til sjukehus og folketalsvariasjonane. Ein vil understreke at Statens Luftambulansetjeneste sin base ved Hallingdal Sjukestugu bidreg sterkt til å sikre akuttmedisinsk beredskap og likeverdige helsetenester i regionen.
- c. Vi er skuffa over at den varsla styrkinga av fastlegeordninga ikkje er konkretisert. Planen må leggja føringar for utdanningsstillingar for å sikre rekruttering av allmennlegar til distriktskommunane.

Helse- og sosialsektoren, 09.12.2010

Øystein Lappgard
kommuneoverlege
sign.

Steinar Aa
prosjektmedarbeider