

## **SAKSFRAMLEGG**

---

Saksbehandler: Toril Løberg  
Arkivsaksnr.: 10/15114-2

Arkiv: G00  
Dato: 10.01.2011

---

### **HØRING OM VIRKEMIDLER I SAMHANDLINGSREFORMEN:**

- **NY LOV OM KOMMUNALE HELSE- OG OMSORGSTJENESTER**
- **NY LOV OM FOLKEHELSE**
- **INNSPILL TIL ARBEIDET MED NY NASJONAL HELSE- OG OMSORGSPLAN 2011 - 2015**

### **INNSTILLING TIL BYSTYREKOMITE HELSE, SOSIAL OG OMSORG / BYSTYRET**

#### **Rådmannens innstilling:**

1. Bystyret slutter seg til rådmannens forslag til høringsuttalelser til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, ny folkehelselov og ny nasjonal helse- og omsorgsplan.
2. Drammen kommune vektlegger at kommunene med økt ansvar, må sikres økt frihet til å organisere og tilpasse tilbudet til lokale behov.
3. Drammen kommune forutsetter at økte kostnader for kommunene fullfinansieres.
4. Dersom kommunal medfinansiering innføres, må det etableres ordninger som sikrer den enkelte kommune økonomisk forutsigbarhet og tilstrekkelig myndighet til å påvirke pasientforløpet.

Osmund Kaldheim  
rådmann

Ingar Pettersen  
konst. helse- og sosialdirektør

## HØRING OM VIRKEMIDLER I SAMHANDLINGSREFORMEN:

- NY LOV OM KOMMUNALE HELSE- OG OMSORGSTJENESTER
- NY LOV OM FOLKEHELSE
- INNSPILL TIL ARBEIDET MED NY NASJONAL HELSE- OG OMSORGSPLAN 2011 - 2015

### 1. Innledning

Helse- og omsorgsdepartementet har sendt på høring:

- Forslag til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester
- Forslag til ny lov om folkehelse
- Hovedlinjer i arbeidet med ny helse- og omsorgsplan 2011 - 2015

De tre hørings sakene er oppfølging av St.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen, Innst. 212 S (2009-2010) Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om samhandlings-reformen og om en ny velferdsreform. I tillegg følger høringsnotatet opp NOU 2004:18 Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene og NOU 2005:3 Fra stykkevis til helt – En sammenhengende helsetjeneste.

Høringsfrist er 18. januar 2011. Kommunenes Sentralforbund har på vegne av kommunene bedt om forlenget høringsfrist for å få tilstrekkelig tid til politisk behandling av hørings-uttalelsene, uten at det har ført fram. Drammen kommune sender administrativ høringsuttalelse innen fristen den 18. januar 2011, og ettersender politisk behandling etter bystyrets vedtak den 15. februar 2011.

Høringsdokumenter kan lastes ned her:

Forslag til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester:

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/hoeringer/hoeringsdok/2010/horing2.html?id=621189>

Forslag til lov om folkehelse:

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/hoeringer/hoeringsdok/2010/horing1/horingsnotat.html?id=621030>

Hovedlinjer i arbeidet med ny helse- og omsorgsplan:

[https://fremtidenshelsetjeneste.regjeringen.no/wp-content/uploads/2010/11/fremtidens\\_helsetjeneste\\_sammendrag.pdf](https://fremtidenshelsetjeneste.regjeringen.no/wp-content/uploads/2010/11/fremtidens_helsetjeneste_sammendrag.pdf)

Forslagene til høringsuttalelser fra Drammen kommune er basert på:

- Innspill fra kommuneoverlegen og virksomhetsledere i helse-, sosial- og omsorgstjenesten i Drammen kommune
- Høringsuttalelser fra Kommunehelsesamarbeidet Vestre Viken
- Høringsuttalelser fra KS

Ungdomsrådet, Eldrerådet og Rådet for funksjonshemmede i Drammen kommune har fått saksutredningen til uttalelse.

## 2. Bakgrunn

Samhandlingsreformen i St. meld. nr. 47 (2008-2009), ble vedtatt av Stortinget i april 2010. Reformen bygger på en overordnet målsetting om å redusere sosiale helseforskjeller, og sikre alle et likeverdig tilbud om helse- og omsorgstjenester - uavhengig av diagnose, bosted, personlig økonomi, kjønn, etnisk bakgrunn og den enkeltes livssituasjon.

Målene med samhandlingsreformen er:

- økt livskvalitet og redusert press på helsetjenesten gjennom satsing på helsefremmede og forebyggende arbeid
- dempet vekst i bruk av sykehustjenester ved at en større del av helsetjenestene ytes av den kommunale helse- og omsorgstjenesten, forutsatt like god eller bedre kvalitet samt kostnadseffektivitet .
- mer helhetlige og koordinerte tjenester til pasienter og brukere gjennom forpliktende samarbeidsavtaler og avtalte behandlingsforløp

Målene i reformen skal realiseres gjennom et sett av flere virkemidler:

- lover og forskrifter
- avtaler mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten
- eierstyring av spesialisthelsetjenesten
- faglige styringsverktøy
- planarbeid; Nasjonal helse- og omsorgsplan og krav om lokale felles planprosesser
- ny finansieringsmodell

Ny lovgivning og ny nasjonal helse og omsorgsplan er således noen av virkemidlene som skal understøtte samhandlingsreformen.

## 3. Sammendrag av innholdet i forslagene fra Helse- og omsorgsdepartementet

### 3.1 Forslag til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester

- Kommunens overordnede ansvar for helse- og omsorgstjenester ("sørge-for-ansvar") tydeliggjøres, uten at kommunene samtidig pålegges bestemte måter å organisere tjenestene på.
- Kommunens plikter skal i all hovedsak videreføres, men pliktene foreslås utformet mer overordnet og profesjonsnøytralt. Dette vil gi kommunene et tydeligere og mer helhetlig ansvar og større frihet til å organisere og tilpasse tilbudet i samsvar med lokale behov.
- I forslaget oppheves skillet mellom helsetjenester og omsorgstjenester. I stedet foreslås en felles helse- og omsorgstjeneste med felles regelverk, herunder felles klage- og tilsynsinnsinstans. Helsepersonelloven skal gjelde for alt personell som yter tjenester etter den nye loven.

- Pasient- og brukerrettigheter knyttet til kommunale helse- og omsorgstjenester videreføres og samles i pasientrettighetsloven. Det vil medføre at rettighetene blir mer entydige og helhetlige for pasientene og brukerne, som ofte forholder seg til flere deltjenester i kommunen eller til tjenester både i kommunen og i spesialisthelsetjenesten.
- Kommunens ansvar for helsefremmende og forebyggende arbeid fremheves. Dette må ses i sammenheng med høringsnotatet om lov om folkehelsearbeid.
- Det foreslås lovregulert at kommuner og spesialisthelsetjeneste skal legge til rette for samhandling mellom ulike deltjenester og med andre tjenesteytere, gjennom avtaler. Begrunnelsen for forslaget er at et lovfestet avtalesystem vil kunne bidra til et mer likeverdig partsforhold i avtaler, og sikre en mer enhetlig praksis.
- Fastlegene vil være sentrale i oppfølgingen av samhandlingsreformen. For blant annet å sikre helheten i allmennlegetjenesten, samt sørge for at det legges til rette for økt fokus på forebygging, er regjeringen opptatt av å sikre at kommunene får bedre styring med fastlegene. Ved senere revisjon av fastlegeforskriften kan det derfor være aktuelt å presisere og utdype hvilke tjenester fastlegene skal ha ansvar for å tilby innbyggerne på sin liste, samt innføre funksjons- og kvalitetskrav.
- For at kommunene skal kunne tilby gode alternativer til sykehusinnleggelse for pasienter som har behov for døgnopphold for observasjon, undersøkelse og behandling, vil det være av stor betydning at kommunene etablerer døgntilbud.
- Økonomiske insentiver i form av kommunal medfinansiering og samarbeidsprosjekter mellom helseforetak og kommuner vil legge til rette for at både kommuner og helseforetak vil se seg tjent med å etablere slike tilbud i kommunene.
- Det foreslås å innføre lovbestemte krav om at alle virksomheter i spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal drive systematisk arbeid for å styrke pasientsikkerheten. Det foreslås også å innføre lovbestemte krav til systematisk kvalitetsforbedringsarbeid i alle virksomheter i spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten.
- Et annet forslag i høringsnotatet er å gi departementet myndighet til å stille krav om at dokumentasjon og kommunikasjon av helseopplysninger skal skje elektronisk. Det er allerede lovhjemler som kan tas i bruk for å stille nasjonale krav til standardiserte og sertifiserte løsninger. Helseforetak og kommunehelsetjenesten skal videre legge til rette for elektronisk samhandling. Samlet sett vil dette bidra til en mer effektiv utveksling av viktige pasientopplysninger og dermed også bedre helsehjelp.
- Det foreslås endringer i meldeordningen etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 slik at ordningen blir et rent læringssystem. Ved å flytte meldeordningen fra Statens helsetilsyn til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, kan helsepersonell melde om uønskede hendelser uten frykt for sanksjoner, og dette kan bidra til bedre data om omfang, fordeling og risiko. På den måten kan uønskede hendelser i større grad brukes som grunnlag for årsaksanalyse og læring for å forebygge og redusere faren for pasientskader.

### 3.2 Forslag til lov om folkehelse

Høringsnotatet med forslag til ny folkehelselov er en oppfølging av St.meld. nr. 47 (2008-2009) *Samhandlingsreformen*, Innst. 212 S (2009-2010) Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om samhandlingsreformen og om en ny velferdsreform. I tillegg følger høringsnotatet opp blant annet innspill fra høringen av lov om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet og St.meld. nr. 20 (2006-2007) Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller. Høringsforslaget følger videre opp behov for tiltak på beredskapsområdet.

Lovens hensikt er å bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse og bidrar til å motvirke sosiale helseforskjeller. Blant annet har Stortinget uttalt ved behandlingen av samhandlingsmeldingen at *”kommunene gjennom lovverket må gis et tydelig ansvar som gjenspeiler folkehelseperspektivet, forebygging og tidlig intervensjon”*.

Loven skal tydeliggjøre ansvar og oppgaver, samt gi kommunene og fylkeskommunene et bedre verktøy i folkehelsearbeidet. Videre forpliktes staten til å understøtte kommunene og fylkeskommunene i dette arbeidet. En gevinst ved å samle bestemmelser om folkehelsearbeid på alle forvaltningsnivåer er at loven kan legge til rette for en mer samordnet innsats.

Hovedtrekk i lovforslaget er:

- Ansvar for folkehelsearbeid legges til kommunen som sådan. I dag ligger ansvaret i kommunen ved sin helsetjeneste. Forslaget innebærer at kommunen skal bruke alle sine sektorer for å fremme folkehelse, ikke bare helsesektoren.
- Kommunen skal fastsette mål og strategier for folkehelsearbeidet egnet for å møte kommunens egne helseutfordringer. Mål og strategier skal forankres i planprosessene etter plan- og bygningsloven
- Kommunens ansvar for å ha oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer blir konkretisert, slik at de får et tydelig bilde av hva som er de lokale helseutfordringer i den enkelte kommune. Statlige helsemyndigheter og fylkeskommunene skal gjøre opplysninger tilgjengelig og understøtte kommunene
- En drøfting av kommunens helseutfordringer skal blant annet danne grunnlag for lokal planstrategi. På samme måte skal en drøfting av fylkets helseutfordringer inngå i regional planstrategi.
- Bestemmelsene om miljørettet helsevern er i sin helhet overført fra kommunehelsetjenesteloven §4a og utgjør kapittel 3 i den nye folkehelseloven.
- Kommunene skal iverksette nødvendige tiltak for å møte lokale utfordringer

### 3.3 Hovedlinjer i arbeidet med ny helse- og omsorgsplan 2011 - 2015

#### *Fremtidens helsetjeneste: Trygghet for alle*

Nasjonal helse- og omsorgsplan skal vise hvordan reformen skal gjennomføres. Planen skal bli et operativt redskap for prioriteringer innenfor de samlede helse- og omsorgstjenester. Regjeringen legger vekt på at Nasjonal helse- og omsorgsplan skal sikre god politisk styring gjennom å være et strategisk styringsdokument i helsetjenesten.

Den nettbaserte høringen er et ledd i departementets arbeid med planen som tas sikte på å fremmes i form av en stortingsmelding våren 2011. Det tas også sikte på at lovforslagene kan fremmes for Stortinget i form av lovproposisjoner våren 2011.

Ny nasjonal helse- og omsorgsplan omhandler følgende hovedlinjer:

### **Helse og arbeid**

Det skal iverksettes tiltak for å redusere andelen som er sykmeldt eller som faller utenfor arbeidslivet.

### **Styrking av forebyggende innsats**

Forebyggende arbeid i kommunene skal styrkes og fastlegene skal få større ansvar for forebygging av sykdom.

### **Nasjonale kvalitets- og funksjonskrav**

Det ønskes innført nasjonale kvalitets- og funksjonskrav med tilhørende rapporteringskrav til fastlegene. Spesialistutdanningen for allmennleger skal tilpasses nye oppgaver og kompetansebehov og endringer i finansieringsordningen skal utredes.

### **Full behovsdekning i heldøgnsomsorgen innen 2015**

Det er et mål å sikre full behovsdekning i heldøgnsomsorgen (heldøgnsbemannede omsorgsboliger og sykehjem) innen 2015. For å sikre nok kapasitet vil regjeringen gi tilskudd til investeringskostnader for å etablere 12 000 sykehjemsplasser og heldøgns omsorgsplasser, innen utgangen av 2015. Rammene utvides ytterligere dersom søknadsinngangen fra kommunene tilsier det.

Regjeringen har som mål å etablere 12 000 årsverk i omsorgstjenestene i perioden 2008-2015. Perioden måles fra utgangen av 2008 til utgangen av 2015. Det er behov for om lag 12 000 årsverk i perioden 2008-2015 dersom man tar utgangspunkt i befolkningsfremskrivningene, ingen standardheving, uendret helsetilstand og at nesten hele årsverkbehovet dekkes av de kommunale omsorgstjenestene.

Det foreslås å lovfeste verdighetsgarantien og rett til dagtilbud for mennesker med demens.

### **Rehabilitering og habilitering**

Kommunene skal få et større ansvar for rehabilitering og habilitering. Det vurderes å avklare grenseoppgangen mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjeneste innenfor rehabilitering. Det skal arbeides med å fremskaffe data, utvikle gode kvalitetsmål og innenfor forskning på rehabilitering.

### **Oppgavefordeling mellom sykehus**

Regjeringen vil videreføre arbeide med en oppgavefordeling mellom sykehus. Dagens desentraliserte sykehusstruktur skal opprettholdes, men det vil bli endringer i tjenestetilbudet på enkelte sykehus. Spesialisthelsetjenesten skal bidra med kompetanseutveksling og kompetanseoppbygging i kommunene. Desentraliserte spesialisthelsetjenester skal videreutvikles.

### **Akuttmedisin**

Akuttmedisin skal styrkes ved tydeligere krav til kvalitet og kompetanse for ambulanserbiler. Det skal utvikles kvalitets- og resultatmål for akuttmedisinske tjenester utenfor sykehusene, og iverksettes tiltak for å styrke legevakttjenesten.

### **Opptappingsplan for rusfeltet**

Det er foreslått å forlenge opptappingsplanen for rusfeltet med to år.

### **Brukermedvirkning**

Brukermedvirkningen skal styrkes ved å lovfeste brukermedvirkning i kommunene, plassere ansvar for individuell plan i kommunene, samt tydeliggjøre koordinatorfunksjonen for brukere som har tjenester fra flere instanser i helse- og omsorgstjenesten.

### **Pasientsikkerhet**

Arbeid med kvalitet og pasientsikkerhet skal styrkes ved at det skal etableres flere nasjonale faglige retningslinjer, styrke kravene til spesialisthelsetjenesten og styrke arbeidet med kvalitet i primærhelsetjenesten. Det skal etableres flere kvalitetsmål i pleie- og omsorgssektoren. Det vil bli lovfestet krav til å drive systematisk pasientsikkerhetsarbeid. I tillegg vil det bli etablert et nasjonalt lærings- og rapporteringssystem.

### **Forskning**

Helse- og omsorgsforskning og innovasjon skal være prioriterte områder innenfor forskning.

### **IKT**

Det vil være en videreutvikling av sikkert helsenett; eResept, elektroniske meldinger og automatisk frikort tas i bruk. Det vil bli utviklet kjernejournal og nasjonal helseportal.

## **4. Forslag til høringsuttalelser fra Drammen kommune**

### **4.1 Høringsuttalelse til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester**

Den nye loven om kommunale helse- og omsorgstjenester vil sammen med forslaget til ny folkehelselov erstatte kommunehelsetjenesteloven, sosialtjenesteloven og lov om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet.

#### **Generelt**

Virkemidlene i form av lovgivning, avtaler, eierstyring, styringsverktøy, nasjonale planer og finansiering, vil bli avgjørende for at Samhandlingsreformen skal lykkes. Sentrale deler av virkemiddelpakken er foreløpig ikke tydeliggjort tilstrekkelig. Det er derfor vanskelig å vurdere administrative og økonomiske konsekvenser for kommunene. Drammen kommune forutsetter at departementet kommer tilbake med en entydig konsekvensanalyse av virkemidlenes økonomiske konsekvenser.

Lovforslaget innebærer en rekke tiltak som vil kreve økning de kommunale budsjettene. Eksempler på dette er:

- lovfestet verdighetsgaranti
- rett til dagtilbud for mennesker med demens
- personlig koordinator
- etablere flere kvalitetsmål i pleie og omsorgstjenesten
- lovfeste krav til systematisk pasientsikkerhetsarbeid

Drammen kommune forutsetter at slike tiltak fullfinansieres. På denne bakgrunn foreslår Drammen kommune at det nedsettes et teknisk beregningsutvalg med representanter fra staten, kommuner, helseforetaket, samt uavhengige eksperter som skal kostnadsberegne konsekvenser av lovendringer, forskrifter og andre virkemidler i samhandlingsreformen. Disse beregningene legges til grunn for sikring av kostnadsdekning av alle de tiltak som lovforslaget innebærer.

### **Hjemmebaserte helse- og omsorgstjenester**

Drammen kommune vil understreke at hjemmebaserte helse- og omsorgstjenester spiller en viktig rolle i samhandlingsreformen. Ny lov om helse- og omsorgstjenester har for lite fokus på hjemmebaserte tjenester. Hjemmebasert omsorg kommer tidlig i kontakt med pasienten og spiller en viktig rolle for å oppnå et helhetlig pasientforløp, som starter og slutter i hjemmet. En robust hjemmebasert omsorg utgjør derfor mye av grunnlaget for å skape en helhetlig helsetjeneste.

### **Kommunenes ansvar og myndighet i reformen**

Samhandlingsreformen legger opp til at kommunene skal tilføres ansvar for nye oppgaver i helsetjenesten. Dette forutsetter også at kommunene har nødvendig myndighet, virkemidler og ressurstilgang og at dette hjemles i loven.

### **Samordning av lovverket som regulerer helse- og omsorgstjenester**

Drammen kommune er positiv til at lovverket samordnes og at lovforslaget er profesjons-nøytralt. Dette kan bidra til mer helhet i helse- og omsorgstjenesten, både internt i kommunen og i samhandling med spesialisthelsetjenesten.

Helsepersonelloven bør etter endret innhold skifte navn til *Lov om personell som yter helse- og omsorgstjenester*, for å inkludere alle yrkesgrupper i helse- og omsorgstjenesten.

### **Kommunens ”sørge for”-ansvar**

Lovforslaget beskriver ikke klart nok hva som ligger i kommunens ”sørge for”-ansvar. Kommunens ”sørge for”-ansvar må presiseres, for å unngå at helseforetakets disponeringer legger føringer for den enkelte kommune. Dette kan gjøres ved å beskrive de deler av pasientforløpet som kommunen har ansvar for, både når det gjelder øyeblikkelig hjelp og utskrivningsklare pasienter. En tydelig definisjon av begrepet ”utskrivningsklar pasient” er en forutsetning.

### **Kommunens ansvar for helsefremmende og forebyggende arbeid**

Drammen kommune støtter forslaget om kommunens ansvar for helsefremmende og forebyggende arbeid. Kommunene har kontaktflate til innbyggerne i hele livsløpet, fra helsestasjon til eldreomsorg. Derfor har det samlede kommunale tjenestespekteret et stort potensiale når det gjelder forebyggende helsearbeid og tidlig intervensjon. For å få til dette er det viktig med gode insentiver.



### **Legetjenesten**

Forslaget uttrykker behov for sterkere kommunal styring av legetjenesten. Det endelige lovforslaget må tydelig avspeile dette. Kommunens overordnede ansvar for fastlegeordningen bør nedfelles i forskrift, for å sikre kommunene nødvendig styringsrett. Drammen kommune foreslår at kommunal styringsrett av fastlegene lovestes.

Det må vurderes nye virkemidler for å stimulere leger til spesialisering i geriatri, allmenn- og sykehjemsmedisin. Det må også vurderes virkemidler for å stimulere til grupperettet og befolkningsrettet legearbeid, gjennom utdanning av leger innen samfunnsmedisin. Lovforslaget må hjemle adgangen til å styre videre- og etterutdanningen til de spesialiteter samfunnet har behov for.

### **Pasient og brukerrettigheter**

Drammen kommune støtter forslaget om at pasient- og brukerrettigheter samles i pasientrettighetsloven. I § 3-6 Pasient-, bruker- og pårørendeopplæring blir betegnelsen ”opplæring i dagliglivets gjøremål” ikke dekkende. I opplæringen vil det også nødvendigvis måtte gis informasjon /opplæring knyttet til medisiner, behandling og mestring.

Likeledes bør Pasientrettighetsloven endre navn til *Pasient – og brukerrettighetsloven*, for å inkludere brukere av omsorgstjenester.

### **Pasientsikkerhet - forsvarlighetskrav og kvalitetsforbedringsarbeid**

Drammen kommune støtter forslaget om å innføre lovbestemte krav om at det skal drives systematisk arbeid for å styrke pasientsikkerheten.

Det er nødvendig å drøfte hvordan kravet til forsvarlighet skal forstås og anvendes på en mest mulig hensiktsmessig måte. Dette er vesentlig fordi det er dette kravet virksomheter og personell pålegges å overholde.

### **Klagebehandling og tilsyn**

Drammen kommune støtter forslaget om at helsetilsynet/fylkesmannen ikke skal kunne treffe nytt vedtak, men kun kan oppheve vedtaket og sende det tilbake til kommunen for å treffe nytt vedtak. Forslag til nye rettslige standarder for kvalitet, forsvarlighet og faglige retningslinjer vil legge sterke føringer for kommunens rettsanvendelse, både når det gjelder klagebehandling og tilsyn.

### **Kommunalt medfinansieringsansvar**

Finansieringsordningen er ikke utredet og konsekvensene er ikke avklart. En lovhemling av kommunalt medfinansieringsansvar må utsettes til konsekvensene er avklart. Det vises for øvrig til det som er sagt tidligere om opprettelse av et teknisk beregningsutvalg.

### **Lovfestet avtalesystem**

Lovforslaget innebærer en lovfesting av avtalesystemet mellom helseforetaket og den enkelte kommune. Dersom dette gjennomføres er det en klar forutsetning at likeverdighet mellom avtalepartene sikres. Når man lovfester et avtalesystem er det en forutsetning at det ved uenighet mellom partene må etableres et uavhengig tvisteorgan. Videre må lovteksten gi rom for viktige lokale tilpasninger i den enkelte kommune, slik at alle kan få et likeverdig helse- og omsorgstilbud.

### **Koordinerende funksjon og IP**

Den nye loven legger opp til at helseforetaket kun unntaksvis har ansvar for individuell plan. Dette innebærer at kommunene får et større ansvar for individuell plan. Dette vil også medføre økt ressursbehov i kommunene.

### **Økonomiske og administrative konsekvenser**

En forutsetning for å lykkes med reformen er en robust, god og bærekraftig kommunehelsetjeneste og at oppgaver som tillegges kommunene fullfinansieres. Det vil bli nødvendig å bygge opp et apparat for å håndtere nye oppgaver og en ny arbeidsform. Reformen vil i en oppstartsperiode kreve ressurser investeringsmessig og i form av kompetanseoppbygging. Disse forhold er foreløpig ikke hensyntatt.

Drammen kommune savner risikoanalyser og konsekvensvurderinger i høringsnotatet, som kan belyse administrative og økonomiske konsekvenser for kommunene. Det forutsettes at alle tiltak fullfinansieres. Det vises for øvrig til det som tidligere er sagt om kommunalt medfinansieringsansvar.

## **4.2 Høringsuttalelse til ny lov om folkehelse**

Dagens mange forskjellige lover om folkehelsearbeid er fragmentert og legger dårlig til rette for et systematisk og helhetlig folkehelsearbeid. Det er viktig at ny folkehelselov sikrer bedre helhet i forebyggende innsats mellom kommunen og fylkeskommunen, og mellom tjenesteområdene i kommunen. Det er positivt at ny folkehelselov regulerer både kommunens, fylkeskommunens og statlige helsemyndigheters oppgaver i folkehelsearbeidet. Drammen kommune slutter seg til forslaget til ny folkehelselov, som retter seg mot alle forvaltningsnivåer og sektorer/faktorer som påvirker innbyggernes helse.

### **Nasjonal satsing**

Forslag til Folkehelselov er en positiv og viktig samling av lovverket for å fremme den nasjonale satsingen på folkehelsearbeid. Lovforslaget må imidlertid følges med økonomiske insentiver til kommunene for å kunne satse videre innen dette arbeidet.

En økt satsing på folkehelsearbeid bør være en del av en ny handlingsplan (opptrappingsplan) slik at både fylkeskommuner og kommuner har mulighet for å planlegge, implementere og iverksette aktuelle tiltak gradvis.

### **Kommunens ansvar for folkehelsearbeidet**

Hovedtiltakene for å fremme folkehelse ligger i stor grad utenfor helsetjenestene. Lovforslaget legger ansvaret for folkehelsearbeidet til kommunen/kommunestyret og ikke lenger helsetjenesten i kommunen alene. Dette er en nødvendig og fornuftig endring fordi brorparten av folkehelsearbeidet gjennomføres i andre etater enn helsetjenesten, også av frivillige organisasjoner og private tiltak.

### **Primærforbygging - barn og ungdom**

Barn og unge vil fortsatt være et av de viktigste satsningsområdene for folkehelsearbeidet i kommunene. I arbeidet med lokale folkehelsestrategier må kommunene engasjere ungdom i prosessen, for å finne fram til forebyggingsstrategier og tiltak som har effekt.

### **Fylkeskommunens rolle i folkehelsearbeidet**

Lovteksten beskriver at fylkeskommunen skal være en pådriver for og samordne folkehelsearbeidet, blant annet gjennom alliansebygging og partnerskap. Drammen kommune mener at fylkeskommunens oppgaver må avgrenses til det ansvar som ligger i fylkeskommunen som regional utviklingsaktør.

### **Folkehelsekompetanse**

Folkehelsekompetansen i kommunen må vektlegges. Folkehelsekoordinatoren i kommunen har en svært sentral rolle for å samordne kommunenes innsats, men det bør ikke være en lovpålagt funksjon. Kommunene bør stå fritt til å velge hvordan koordinering av folkehelsearbeidet skal organiseres.

### **Fastlegens rolle**

Fastlegens ansvar og rolle i folkehelsearbeidet bør presiseres tydeligere enn realiteten er i dag. Denne klargjøringen kan med fordel tas inn i den nye forskriften til loven. Politisk styring og kontroll med ønsket retning på prioriteringer, forebyggende arbeid og samhandling må tydeliggjøres i lovteksten. Kommunenes forpliktelser gjennom fastlegearbeidet må gjenspeiles i de virkemidlene og kontrollmekanismene kommunene blir gitt rådighet over. Dette må hjemles i lov og forskrift.

### **Kommunelegefunktjonen**

Det bør komme tydeligere frem at flere kommuner kan samarbeide om kommunelegefunktjonen.

### **Samfunnsmedisinsk kompetanse**

Tilgang til samfunnsmedisinsk kompetanse er nødvendig av hensyn til å ivareta liv, helse og rettsikkerhet. Betydningen av medisinsk faglig ledelse i kommunen vil være stor internt i kommunen i samhandling med andre aktører. Det må bygges videre på de gode erfaringer som finnes fra kommuner hvor det har fungert godt, og det må legges til rette for at tilstrekkelig samfunnsmedisinsk kompetanse utvikles for å dekke kommunenes behov.

### **Økonomiske og administrative konsekvenser**

Kommunene har i dag ikke nok tilgjengelige data om helseutfordringer i befolkningen. Det vil derfor kreve mye ressurser for å framskaffe nødvendige helsedata om innbyggerne i kommunen. Dersom forslagene i ny folkehelselov ikke skal medføre økte kostnader i kommunene, må det raskt etableres nasjonale verktøy der kommunene kan hente nødvendige data, for å møte økte krav til systematikk og strategisk planlegging i folkehelsearbeidet.

For øvrig vises til det som er sagt tidligere vedrørende kommunalt medfinansieringsansvar og økonomiske og administrative konsekvenser, i høringsuttalelsen om ny lov om helse- og omsorgstjenester.

### **4.3 Innspill til ny nasjonal helse- og omsorgsplan 2011 - 2015**

#### **Folkehelse**

Fokus på samfunnsrettede forebyggende tiltak støttes. Understrekingen i folkehelselovutkastet av ansvar innenfor alle samfunnsområder, og dermed for hele kommunens ansvar, er basert på dagens erkjennelse av sammenheng mellom samfunnsforhold og helse.

Fordeling av ansvar for folkehelse mellom kommune og fylkeskommune må konkretiseres.

#### **Sosial ulikhet og helse**

Planutkastet understreker tydelig betydningen av strategier og universelle tiltak som retter seg mot hele befolkningen, og som bidrar til å forhindre at mennesker faller utenfor. Økende egenandeler i helsetjenesten bidrar til å øke terskelen for grupper med betydelig behov for helsetjenester. Dette kan være til hinder for å oppnå økt fokus på fastlegeordningens tjenester for utsatte grupper.

#### **Desentraliserte spesialisthelsetjenester**

Den varslede satsingen på økt desentralisering av spesialisthelsetjenesten støttes. Økt bruk av poliklinikk, dagbehandling og ny teknologi gjør at spesialisthelsetjenester blir mindre avhengig av en statisk sykehusstruktur. Dette kan sikre gode pasientforløp og større nærhet til behandlingstilbudet.

#### **Finansiering av helsetjenester**

Planutkastet sier at de økonomiske virkemidlene i samhandlingen skal støtte målet om mer forebygging og tidlig innsats. På nåværende tidspunkt er rammene for de økonomiske virkemidlene for lite konkretisert. Det er behov for betydelig større grad av konkretisering av størrelsesorden på økonomiske virkemidler, forutsigbar opptrapping og hvordan den økonomiske pukkeeffekten og økte administrative oppgaver skal løses.

Samhandling bør bygge på en omforent og eksplisitt ansvars- og oppgavedeling, og kapasitet og finansiering må være i samsvar med dette. Rus- og til dels psykiatriområdet er preget av manglende avklaring av ansvars- og oppgavedeling. En basis på nasjonalt nivå er nødvendig for å avklare samarbeidslinjene lokalt.

#### **Utdanning og rekruttering**

Tilgang på nok og riktig kvalifisert personale er helt avgjørende for å kunne møte helsetjenestebehovet på kort og lang sikt. Innspillsgrunnlaget til ny nasjonal helse- og omsorgsplan mangler en tydelig nasjonal utdanningsstrategi for å fylle behovet for økt antall kompetente helsearbeidere. Dette haster. De viktigste suksessfaktorene for samhandlingsreformen er kapasitetsøkning og dreining av utdanningene, slik at disse er tilpasset de nye oppgavene for kommunene. Dette må synliggjøres i den nye helse- og omsorgsplanen.

#### **Kvalitet og læringskultur**

Forbedringskunnskap og ledelse bør integreres i grunn, videre- og etterutdanning for helseprofesjonene.

Utvikling av gode kvalitetsindikatorer er viktig, men svært vanskelig. Kunnskapssenterets evaluering av det eksisterende settet av norske nasjonale kvalitetsindikatorer viser at det er langt fram.

Dataprogrammer som henter indikatorer fra elektroniske pasientjournaler og lignende kilder må så langt som mulig kunne brukes både i lokalt og sentralt kvalitetsarbeid.

### **Forskning og innovasjon**

Ved at det kan bli en felles plattform for styringsverktøy i kvalitetsarbeidet både i kommunehelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten, vil det bli lettere å hente ut data som kan brukes i forskning.

Det etterlyses en langt større satsing på forskning og kunnskapsutvikling med utgangspunkt i primærhelsetjenesten, både i tilknytning til allmennmedisinske og øvrige kommunale tjenester. Det bør stimuleres til systematikk for evaluering av ulike behandlingstiltak.

Det må gis insitamenter som gjør kommunene i stand til å utvikle seg til en kompetent forskningsarena og en likeverdig samarbeidspartner i trepart-samarbeid mellom kommune, spesialisthelsetjeneste og akademia.

### **IKT, e-helse og personvern**

Mange av utfordringene her er økonomiske tunge investeringer av maskinvare og programmer, samt opplæring av helsepersonell. Infrastruktur for IKT bør være statlig finansiert.

### **Legemidler og legemiddelbruk**

Det er grunn til å uttrykke bekymring rundt forholdene med feil medisinerings, og manglende informasjon som sikrer riktig medisinerings fra lege til pasient. Beskrivelse av dagens situasjon er således godt beskrevet. Virkemidler sees i sammenheng med situasjonsbeskrivelse og mål for perioden. Virkemidlene vurderes som hensiktsmessige, spesielt fremheves kommunefarmasøyt gjerne i et flerkommunalt samarbeid som hensiktsmessig opp mot legemiddelbehandling og pasientsikkerhet. Evt. etablering av kommunefarmasøyt må finansieres via økte rammer til kommunene.

### **Legetjenester i kommunene**

Organiseringen av legetjenesten med hovedsakelig selvstendig drevne virksomheter krever et systematisk arbeid for å motvirke avstand mellom fastleger og kommunens ansatte, både i form av informasjon og involvering, samt å sikre systematisk tverrfaglig samarbeide om pasientene. Kommunene må kunne engasjere fastlegene i oppgaver utover de oppgavene som er lovens minimum.

### **Rehabilitering og habilitering**

Området er særlig aktuelt for veiledning fra spesialisthelsetjenesten, og det bør legges vekt på ambulerende tilbud ut i kommunene.

### **Tannhelsetjenesten**

Målene for tannhelsetjenesten er uklare. Det etterlyses en mer konkret og målbar plan, slik at dette kan måles og evalueres på en god måte.

### **Pasientforløp og brukervedvirkning**

Plikt for helsepersonell til å delta i arbeidet med individuell plan støttes

### **Økonomiske og administrative konsekvenser**

Drammen kommune savner risikoanalyser og konsekvensvurderinger i høringsnotatet, som kan belyse administrative og økonomiske konsekvenser for kommunene.

Det forutsettes at alle tiltak fullfinansieres. Statlig lovnad om full behovsdekning i heldøgnsomsorgen innen 2015 for alle som ønsker det, forutsetter ikke bare statlig tilskudd til bygging av omsorgsboliger og sykehjem, men også fullfinansiering av driften av tjenestetilbudet.

Drammen kommune mener at samhandlingsreformen vil kreve en ny gjennomgang av det kommunale inntektssystemet. Dette gjelder både behovet for en økning av den totale ramme som følge av nye oppgaver, og de enkelte inntektskriterienes virkning på fordelingen mellom kommunene.

Vedlegg:

1. Høringsuttalelse fra Kommunchelsesamarbeidet Vestre Viken
2. Høringsuttalelse fra KS

Eventuelle uttalelser fra Rådet for funksjonshemmede, Eldrerådet og Ungdomsrådet legges fram i bystyrekomiteens møte den 1. februar 2011.