

Vedlegg 1:

Høringsuttalelse ny Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og ny Lov om folkehelsearbeid

Generelle vurderinger:

Helsetjenesten vil de neste 10-20 år stå overfor betydelige utfordringer som følge av endringer i befolkningens sammensetning og behov. Samhandlingsreformen beskriver behovet for en ny innretning av samfunnets samlede innsats for å møte disse utfordringene.

Helse Midt-Norge RHF (HMN RHF) deler vurderingen av de utfordringene vi står overfor, og har lagt de samme utfordringene til grunn for arbeidet med vår Strategi 2020.

HMN RHF støtter behovet for økt innsats for å forebygge sykdom og å tilrettelegge for at flere av helsetjenestens oppgaver kan legges til kommunene. Skal en lykkes med dette viktige reformarbeidet vil *summen av virkemidler* være avgjørende. Lovendringer, finansieringsordninger og prioritering av ressurser må innrettes på en måte som understøtter en ønsket omstilling i tjenestetilbudet.

HMN RHF vil understreke at tilgangen på rett kompetanse blir helt avgjørende for å lykkes. Det er derfor behov for et nasjonalt samarbeid om både innhold og kapasitet i de ulike helse- og omsorgsutdanningene.

Skal vi lykkes med Samhandlingsreformen må både bruker- og arbeidstakerorganisasjonene involveres. Målet må være gode pasientforløp på tvers av sektorer og forvaltningsnivå. Samhandlingsreformen vil utfordre både ledelses- og profesjonskulturer i helse- og omsorgstjenesten

Uttalelse til forslag i høringsutkastene:

Ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester:

HMN RHF er enig i at forslaget om en ny kommunal helse- og omsorgslov vil tydeliggjøre kommunenes overordnede ansvar for helse- og omsorgstjenestene og gi kommunene et sørge for ansvar på linje med det ansvaret de regionale helseforetakene har for spesialisthelsetjenester.

Lovforslaget åpner for stor frihet til den enkelte kommune til å tilpasse tilbudet i samsvar med lokale behov. Dette sammenholdt med en overordnet og profesjonsnøytral utforming av de kommunale pliktene kan utfordre kravene til kvalitet i tjenestetilbudet. En kommunestruktur med mange små kommuner kan ytterligere styrke en slik bekymring. Det bør vurderes om tjenestene enten i lov eller forskrift bør gis et så tydelig innhold at det går frem hvilken kompetanse som er nødvendig for å utføre oppgavene, og hvilke oppgaver det bør vurderes å samarbeide med andre kommuner om å løse.

Fastlegenes framtidige rolle:

HMN RHF deler departementets vurdering om fastlegenes sentrale rolle for å nå målene med samhandlingsreformen. I høringsnotatet foreslås en presisering av gjeldende forskriftshjemmel om at det kan gis forskrifter om kvalitets- og funksjonskrav. HMN støtter departementets

intensjon om endringer i fastlegeforskriften slik at fastlegenes ansvar knyttes sterkere til kommunenes overordnede ansvar både innenfor forebygging og behandling. Innføring av nasjonale kvalitets- og funksjonskrav for fastlegenes virksomhet og tilhørende krav til rapportering, vil bidra både til en kvalitetsheving og bedre kommunal styring med virksomheten.

Forholdet mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten:

Samhandlingsutfordringene både innad i kommunene, mellom kommuner, og mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten er helt sentrale i arbeidet mot bedre helsetjenester. I høringsutkastet foreslås det å lovfeste et avtalesystem som skal sikre samhandlingen mellom kommuner og helseforetak. I tillegg til å sikre pasientene sammenhengende, koordinerte tilbud av høy kvalitet, skal avtalesystemet sikre samhandlingsreformens intensjon om overføring av oppgaver fra spesialisthelsetjenesten til kommunene.

HMN RHF ser behovet for en sterkere formalisering av samhandlingen, men mener det er nødvendig å gi sterke nasjonale føringer på innholdet i de lokale avtalene for å unngå store ulikheter i tilbudene.

Kommunale tilbud om døgnopphold for pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp:

I høringsnotatet betones betydningen av at kommunene etablerer gode døgntilbud som alternativ til sykehusinnleggelse for pasienter med behov for døgnopphold til observasjon, undersøkelse og behandling. HMN har god erfaring med etablering av slike tilbud som samarbeidsprosjekter mellom foretak og kommuner og delt finansiering. Skal en lykkes med ambisjonen om å redusere behovet for sykehusinnleggelser for enklere medisinske tilstander, er en helt avhengig av at fastlegene/legevakslegene kan spille på alternative tilbud i kommunene. Tilbudet kan organiseres i egen kommune eller i samarbeid med andre. For mange kommuner vil det være naturlig å organisere slike tilbud i tilknytning til kommunale eller interkommunale legevaksordninger. Det vil være avgjørende at det økonomiske grunnlaget for et slikt tilbud er lagt gjennom de finansieringsordningene som vedtas.

HMN RHF ser at det kan bli krevende å lovhjemle et slikt tilbud allerede fra 2012, bl.a. fordi dette vil kreve at kommunene kan bygge opp kompetanse som kreves. Men vi vil anbefale at det i lovteksten åpnes for at et slikt pålegg kan reguleres gjennom forskrift.

Koordineringsansvaret:

HMN RHF deler departementets vurderinger om et økende behov for at helsetilbudene koordineres på en forpliktende måte både på det enkelte forvaltningsnivå og i mellom kommuner og foretak. HMN har også erfart at ordningen med individuell plan, koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet i kommunen og spesialisthelsetjenesten og ordningen med pasientansvarlig lege ikke fullt ut har fungert etter intensjonen.

Når det gjelder koordinerende enhet, er ordningen etablert både regionalt, i foretakene og i kommunene i vår region. HMN er enig i Helsedirektoratets vurdering om at de koordinerende enheter er viktige i forhold til å sikre kompetanseutvikling og gode systemer for samhandling og bruk av individuell plan. En presisering av plikten til koordinerende enhet både i den nye loven om kommunale helse- og omsorgstjenester og i spesialisthelsetjenesten, samt at hovedansvaret for utarbeiding av individuell plan legges til en instans (kommunen), vil etter HMNs syn være viktige skritt til forbedring av koordineringsoppgavene.

HMN er også enig i at ordningen med pasientansvarlig lege ikke har fungert etter intensjonen, men mener at koordineringsansvaret fortsatt må gis en organisatorisk forankring mot de pasienter som trenger dette mest. Rollen som koordinator i spesialisthelsetjenesten kan slik HMN ser det, innehas av andre profesjoner enn legene, men lovteksten bør inneha krav til helsefaglig bakgrunn.

Finansieringsordninger:

Kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter:

Det er ulike syn i våre helseforetak på forslaget i høringsdokumentet. Alle er imidlertid enige i at kravet om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter blir skjerpet. Alle er også enige i at det utvikles en nasjonal definisjon av utskrivningsklar pasient både for somatikk, psykiatri og rus og at det fortsatt blir en nasjonal betalingsatts. Flere av foretakene er imidlertid kritiske til at finansieringen av alternative tilbud skal skje gjennom reduksjon av spesialisthelsetjenestens rammer.

Volumet av utskrivningsklare pasienter ved enkelte av våre institusjoner er først og fremst et kvalitativt/faglig problem. Pasientene har fått den behandlingen sykehuset kan gi, og venter på kommunale tjenester som bl.a. kan bidra til en nødvendig rehabilitering. Det er derfor etter vår vurdering nødvendig å ta i bruk sterke insentiver for å løse denne utfordringen. Forslaget som foreligger vil kunne gi de nødvendige insentivene, avhengig av den innretningen det gis.

- Rammen som trekkes fra spesialisthelsetjenesten må fordeles til kommunene ved ordinær fordelingsnøkkel. Å gi rammene bare til de kommunene som har utskrivningsklare pasienter vil oppleves som straff til de som har prioritert å tilrettelegge et tilbud.
- Satsen som anvendes (pris per liggedøgn) må være stor nok til at det blir et økonomisk insentiv å tilrettelegge alternativt tilbud i kommunen, men må ikke være så stor at den overstiger døgnkostnadene i sykehus.

Kommunal medfinansiering:

Også her er det delte syn i våre helseforetak. Alle synes å gå mot forslaget om medfinansiering for eldre over 80 år, fordi det kan virke stigmatiserende på en aldersgruppe med store behov.

HMN RHF deler dette synet, og vil derfor anbefale at en evt. medfinansiering i første omgang knyttes opp til somatiske pasienter i indremedisinske avdelinger og poliklinikker. Det må imidlertid være en klar målsetting at en på sikt skal innføre ordningen også for psykisk helsevern, rusbehandling og rehabilitering.

Som departementet selv understreker, så er kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten ment som en *insentivordning*, og vil ikke alene kunne finansiere alternative tilbud i kommunene. Tilbudene må finansieres ved kombinasjoner av de nevnte finansieringsløsningene.

"Spleiselagsmodellen":

Dette er en finansieringsmodell Helse Midt-Norge kjenner godt. I departementets høringsutkast anbefales "spleiselagsmodellen" som en aktuell finansieringsform også i framtiden. Erfaringene er at det har vært en god modell for å etablere alternative tilbud i kommunen. Avtalene som regulerer disse tiltakene har gitt en gjensidig forpliktelse til å bidra til det faglige innholdet, og de såkalte "intermediære avdelingene" har blitt en faglig ressursbase i kommunene. Det er også verd å merke seg at ingen av de kommunene som det er inngått avtale med har problem med å håndtere utskrivningsklare pasienter

Ordningen som er brukt i Midt-Norge har hatt form som pilotprosjekt, der kommunen(e) dekker 1/3 av kostnadene, helseforetaket 1/3 og Helse Midt-Norge RHF 1/3.

Når disse tilbudene som en del av samhandlingsreformen skal bli et kommunalt tilbud, er det urimelig å fortsette med en tilsvarende fordelingsnøkkel. Kommunene vil få tilført midler både som del av ordningen med utskrivningsklare pasienter og gjennom en forventet generell vekst i kommuneøkonomien. Erfaringene med å i fellesskap bidra til faglig kvalitet i disse institusjonene er imidlertid så gode, at vi vil foreslå å fortsette med en delingsmodell der helseforetakene for eksempel finansierer 1/3 av kostnadene. Gjennom avtaler kan dermed både foretak om kommuner forplikter seg til å drive disse institusjonsplassene som et mellomledd mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen. Spesialisthelsetjenesten kan settes i stand til et slikt samarbeid gjennom den årlige tildelte rammen.

Ny lov om folkehelsearbeid

Kommunenes ansvar for helsefremmende og forebyggende arbeid tydeliggjøres i den nye loven. Dette er en nødvendig presisering for å styrke dette viktige arbeidet. Skal vi lykkes med fortsatt å kunne gi et likeverdig helsetilbud til befolkningen også i framtiden, må det satses betydelig mer for å styrke folkehelsen og forebygge sykdom. Dette er et område der forskningsaktiviteten bør styrkes.

HMN slutter seg til forslaget om å videreføre kommunelegeordningen. En kommunelege med samfunnsmedisinsk kompetanse vil bli en viktig premissleverandør spesielt i det forebyggende arbeidet, i styringsdialogen med fastlegene, og mellom kommunene og helseforetaket. Det er imidlertid bekymringsfullt at det er få søkere til de samfunnsmedisinske stillingene generelt og i kommunehelsetjenesten spesielt. I det videre arbeidet med en nasjonal helse- og omsorgsplan bør det utredes strategier for å sikre rekruttering til disse stillingene.