

SAKSFRAMLEGG

Saksbehandler: Solveig Dahle Hermanstad
Arkivsaksnr-dok.nr: 11/35-1

Arkiv: G01

Høring - ny helse og omsorgslov, ny lov om folkehelse og nasjonal helse- og omsorgsplan

Rådmannens innstilling

Formannskapet slutter seg til rådmannens forslag til høringsuttalelse til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, ny folkehelselov og nasjonal helse- og omsorgsplan.

Klæbu kommune støtter vektleggingen av kommunal organisasjonsfrihet i høringsutkastet og ønsker klarere avgrensning av statlig styringsrett i det endelige lovforslaget.

Klæbu kommune støtter *ikke* den foreslåtte medfinansieringsmodellen og forutsetter at en mulig kommunal medfinansieringsmodell kombineres med mekanismer for å begrense enkeltkommuners finansielle risiko. De økonomiske konsekvensene for kommunene må kartlegges bedre før endelig finansieringsmodell vedtas. Økte kostnader for kommunene forutsettes fullfinansiert.

SAKSUTREDNING

Saksopplysninger

Innledning

Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) la den 18. oktober 2010 fram forslag til

- ny folkehelselov (tidligere lov om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet).
- ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (tidligere lov om sosiale tjenester, lov om kommunehelsetjenester).
- Nasjonal helse- og omsorgsplan lagt ut på nett som blogg (tidligere nasjonal helseplan), <https://fremtidenshelsetjeneste.regjeringen.no/>.

Høringsfristen er 18. januar 2011.

Rådmannen legger fram et samlet forslag til høringsuttalelse i fellesskap med Trondheim, Malvik, Melhus og Midtre Gauldal kommuner, tilpasset Klæbu kommune.

I forslag til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og i samhandlingsreformen legges det opp til økt aktivitet i kommunene. Overføring av aktivitet fra spesialisthelsetjenesten handler om deler av pasientforløp som er aktuelle for ”overføring” til den kommunale helse- og omsorgstjenesten, ikke konkrete eller avgrensede oppgaver. Det legges opp til en gradvis oppbygging av kompetanse for å øke aktivitet og kvalitet i kommunene. Det må være en gjensidighet og likeverdighet mellom kommuner og helseforetak

når kommunene overtar aktiviteter. Lovpålagte avtaler vil være rammen for en slik gjensidig tilpasning.

Sammendrag/oppsummering

Klæbu kommune ser forslaget til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester som en naturlig oppfølging av samhandlingsreformen, og en betydelig forenkling av dagens delte lovverk om kommunens ansvar og plikter. Det gir bedre grunnlag for å oppnå helhetlige og integrerte tjenestetilbud.

I tillegg til den harmoniseringen som nå er gjort mellom sosialtjenesteloven og kommunehelsetjenesteloven, hadde Klæbu kommune gjerne sett at det også blir gjort et arbeid med å se spesialisthelsetjenesten i sammenheng med de statlige spesialpedagogiske sentrene, slik at det blir mindre overlapping og en bedre helhetlig bistand til kommunene når det gjelder barn og unge med behov for spesialundervisning, jfr. forslagene i NOU 18, 2009 *Rett til Læring*, og at dette følges opp i bebudet stortingsmelding.

Klæbu kommune ønsker ikke en innføring av den foreslåtte *medfinansieringsordningen* da den vil gi betydelige økonomiske utfordringer for kommunene. Klæbu kommune foreslår heller at det innføres en øremerket ordning som fullfinansieres fra staten. Dette vil kunne sikre kommunene mot økonomiske tap, samtidig som gevinstene og risikoene ved reformen samles på statlig nivå. En minimumsløsning er at medfinansieringsmodellen utprøves i et avgrenset antall kommuner, og at man høster erfaringer før modellen evt. innføres på nasjonalt nivå. Klæbu kommune støtter flertallet i helse- og omsorgskomiteen pkt 30.4 (s.359-360), sitt syn på utprøving og kvalitetssikring av eventuelle modeller.

De nye lovene er viktige virkemidler for å realisere samhandlingsreformen. Nasjonal helse- og omsorgsplan vil bli et sentralt styringsverktøy i den videre oppfølgingen av reformen. Klæbu kommune støtter intensjonene i samhandlingsreformen, men ser at oppfølging vil kreve store omstillinger, noe som i seg selv er kostnadskrevende. For at kommunene skal lykkes, er det derfor viktig at finansieringen tar høyde for dette.

Ny kommunal helse- og omsorgslov

Formålsparagrafen til det nye lovforslaget er tydelig med vektlegging av forebygging og å tilrettelegge for mestring av sykdom, skade, lidelse og nedsatt funksjonsevne. Målene for sosiale tjenester er videreført. Dette understreker velferdstenkningen med hensyn til å bedre levevilkårene for vanskeligstilte og til å sikre den enkelte borger en aktiv og meningsfull tilværelse.

Lovforslaget tydeliggjør kommunens plikt til å *sørge for* nødvendige helse- og omsorgstjenester og oppfattes som en ”tjenestelov”. Det skal være mest mulig opp til den enkelte kommune å bestemme hvordan tjenestene organiseres, herunder bestemme hvilke profesjoner som skal brukes. Loven er foreslått *profesjonsnøytral*, med unntak av legetjenesten. Klæbu kommune mener at lovene bør være profesjonsnøytrale fullt ut.

Etter det nye forslaget vil *helsepersonelloven gjelde for alle* som arbeider i tjenester hjemlet i den nye helse- og omsorgsloven. Den enkelte bruker/pasients *rettigheter samles i pasientrettighetsloven*.

Klæbu kommune vil fremheve som positivt, at det er et eget kapittel i lovforslaget som omhandler krav til forsvarlighet, pasientsikkerhet og kvalitet, der verdighet og helhetlige tilbud vektlegges.

Ny lov om folkehelse

Høringsutkastet til ny folkehelselov legger ansvaret for folkehelsearbeidet til kommunen som helhet, og ikke til helsetjenesten alene. Det legges vekt på at folkehelsearbeidet skal være synlig i alle sektorer, og at mål og strategier for folkehelsearbeidet forankres etter plan- og bygningsloven. Dette er i tråd med grunnprinsippene som skal være rettesnor for folkehelsearbeidet:

- utjevning
- helse i alt vi gjør
- bærekraftig utvikling
- føre-var- prinsippet

Dette er i tråd med utfordringene med økning i livsstilssykdommer og med den betydning levekår har for helsesituasjonen til den enkelte.

Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015)

Innholdet i denne planen og lovforslagene er i stor grad overlappende. Klæbu kommune har derfor valgt å knytte hovedvekten av høringssvaret til lovforslagene.

Intensjonene og målsettingene i planen er gode, men virkemidlene er svake sett i forhold til det høye ambisjonsnivået. Det kan også stilles spørsmål ved om virkemidlene vil ha den tilsiktede effekten i forhold til målene.

”Vi ønsker en helsetjeneste som er blant verdens aller beste, både medisinsk, teknologisk og omsorgsmessig. Tjenestene skal være effektive og trygge, og tilgjengelige innen akseptable ventetider – uavhengig av den enkeltes økonomi, bosted, alder, kjønn, funksjonsevne, etniske bakgrunn og livssituasjon.”

Klæbu kommune deler dette ønsket, men vil samtidig minne om utfordringene om bærekraftighet kombinert med stigende forventninger fra befolkningen. Kommunene opplever økende press på og står overfor store utfordringer når det gjelder arbeidskraft og kompetanse. Det må stilles større krav til dokumentert effekt av tilbudene, og sentrale myndigheter bør i større grad bidra til bevisstgjøring av begrensninger og gi tydeligere prioriteringer.

HØRINGSUTTAELSE

Ny lov for helse- og omsorgstjenester

Generelle kommentarer

Klæbu kommune ser positivt på samordning av kommunehelsetjenestelov og sosialtjenestelov, men savner harmonisering av betaling, slik at egenbetaling ikke blir avhengig av benevnelsen på boform.

Kommunen skal fortsatt kunne velge å gi tjenestene i egen regi eller inngå avtaler med private tilbydere. I og med at loven skal være profesjonsnøytral for alle som arbeider under lov om helse- og omsorgstjenester, åpnes det i loven for at alle tjenester kan settes ut til andre grupper enn før. Klæbu kommune ser behov for forenkling og harmonisering av regelverk, og det er ønskelig med sterkere styringsmuligheter. De rammeavtalene KS har inngått med fagorganisasjonene for leger og fysioterapeuter med bakgrunn i dagens lovgivning, gir kommunen lite styringsmuligheter. Avtalene bærer preg av profesjonsinteressene både faglig og økonomisk, og det er ikke noen grunn til å tro at presset i den retning blir mindre framtidig når nye grupper skal omfattes. På denne bakgrunn støtter Klæbu kommune forslaget om hjemmel for å kunne gi *forskrift* som regulerer avtaleinngåelse med private aktører.

Hver for seg har kommunehelsetjeneste- og sosialtjenesteloven vært viktige rammeverk for kommunens virksomhet på områdene. Når disse føyes sammen til én lov, og gir kommunen og de ansatte nye rammer, er det en vesentlig *omstillingsprosess* som må gjennomføres. Forskjellige referanserammer har over tid medført ulike måter å arbeide på. Lovens kapittel 8 lovfester spesielt kommunens plikter til å bidra med *opplæring, videre- og etterutdanning*. Det er verdt å merke seg at kommunens plikter etter kapittel 8 også omfatter de som er tjenesteytere i kraft av avtale med kommunen.

Spesielle kommentarer

Endringer i pasientrettighetsloven

Den enkeltes rettskrav på nødvendige tjenester på et forsvarlig nivå baseres på en individuell vurdering av behov. Reglene i sosialtjenesteloven skiller seg fra reglene i kommunehelsetjenesteloven ved at det er angitt kriterier for når en person har krav på hjelp. I tillegg er det i sosialtjenesteloven angitt hva slags hjelp vedkommende har krav på.

De som har særlig tyngende omsorgsoppgaver kan etter sosialtjenestelovens § 4-4 kreve at kommunen fatter vedtak om avlastningstiltak. Avlastningstjenester skal gi omsorgsytere nødvendig og regelmessig fritid og ferie og mulighet for å delta i vanlige aktiviteter. Avlastning kan gis både i private hjem og i særskilte tiltak, som for eksempel korttidsplass på sykehjem eller i avlastningsbolig (korttidsinstitusjon for barn/unge).

Sosialtjenesteloven § 4-4 gir ingen materielle rettigheter, men kun en rett til å få et vedtak. Helselovgivningen inneholder ingen tilsvarende bestemmelse. Departementet foreslår å videreføre bestemmelsen, jf. forslaget til ny § 2-1d i pasientrettighetsloven (kap.20.5.8).

Departementet legger til grunn at rettighetsbestemmelsene om nødvendige tjenester etter henholdsvis pasientrettighetsloven/kommunehelsetjenesteloven på den ene siden og sosialtjenesteloven på den andre, i praksis langt på vei tolkes likt når det gjelder vilkårene for å utløse en rettighet. Departementet har derfor foreslått å erstatte dagens mer detaljerte utforming av rettigheter etter sosialtjenesteloven § 4-3 med den rettslige standarden ”nødvendige helse- og omsorgstjenester”.

Klæbu kommune slutter seg til at en slik *endret måte å rettighetsfeste sosiale tjenester skal innebære en videreføring av gjeldende rett, og er ikke ment som noen utvidelse eller innskrenking av den enkeltes rett til tjenester som i dag er omfattet av sosialtjenesteloven.*

Det er viktig å se tjenestene som en helhet. Andre tjenester enn konkrete avlastningstiltak, for eksempel praktisk bistand i hjemmet (herunder BPA), støttekontakt, dagtilbud, barnehageplass, ferieturer etc. , vil også innebære avlastning.

Klæbu kommune støtter også forslaget om å videreføre den enkeltes rettigheter på dagens nivå når det gjelder rett til øyeblikkelig hjelp og barns rett til helsekontroll. Det at rettigheter i gjeldende sosialtjenestelov etter forslaget vil bli regulert på en annen måte enn i dagens lovgivning, vil i seg selv ikke medføre noen utvidelse eller innskrenkning av rettighetene. Klæbu kommune legger etter dette til grunn at forslaget til rettighetsregulering vil innebære *videreføring av gjeldende rett* (se kap.20.5.9).

Utskrivingsklare pasienter

Klæbu kommune er enig i at utskrivingsklare pasienter er kommunens ansvar, og at det kan innføres betaling fra første dag etter at en pasient er utskrivingsklar. Kommunen er likevel bekymret for en utvikling som viser at pasienter får stadig kortere opphold i spesialisthelsetjenesten, noe som ofte betyr at kommunen må håndtere mer komplekse helsetilstander enn tidligere. Når kommunene skal betale fra første dag, blir det viktig å kvalitetssikre at forskriftens kriterier om utskrivingsklare pasienter oppfylles før betalingskrav kan stilles.

Midlene som skal overføres til kommunen for å håndtere utskrivingsklare pasienter, skal enten fordeles etter nøklene i kommunens inntektssystem eller øremerkes etter hvilke kommuner som har utskrivingsklare pasienter på sykehus (s.370). Klæbu kommune mener at man bør unngå et system hvor de som har gjort minst på dette området, blir premiert. Overføringen må også ta høyde for at kommunene kan få en økonomisk utfordring når man må betale for utskrivingsklare pasienter fra første dag, *samtidig* som det forventes at det kommunale tilbudet styrkes for å gjøre det mulig å ta imot pasientene fra første dag.

Fastlegenes rolle:

Fastlegene har en helt sentral rolle i det individrettede forebyggende arbeidet, ordningen er lagt til rette for kontinuitet i pasient-/legeforholdet. I det nye lovforslaget skal fastlegene aktivt følge opp kronikere og andre med særskilt risiko for sykdom. Departementet ønsker å tydeliggjøre fastlegens forpliktelse til å ivareta forebyggende tjenester overfor innbyggerne på egen liste.

I dag er det takster for livsstilsveiledning og livsstilstiltak utløst av diagnose. Evaluering viser at fastlegene derfor ikke diskuterer levevaner med pasienter som ikke har diagnose som utløser takst. Klæbu kommune støtter forslaget om en gjennomgang av denne utformingen.

Det regjeringen kaller en presisering av listeansvaret, er en utvidelse i forhold til intensjonen i dagens fastlegeordning. Kommunens kurative legeoppgaver og viktige deler av den forebyggende innsatsen forventes at fastlegene skal dekke. Da må avtalen som inngås om dette oppdraget, være tydelig redskap for kommunens internkontroll for legetjenesten. Fastlegens forpliktelse overfor listepasientene ligger i forskriften i dag, mens kravene til kvalitet og forsvarlighet ligger i helsepersonelloven. Styringsbehovet sett fra kommunens side retter seg mot en forutsigbarhet i tilgjengelighet og kvalitet i den kommunale legetjenesten. Kommunen trenger en forsikring om at legene bidrar hensiktsmessig både i forebyggende og kurativt arbeid, for eksempel når mange kommunale helse- og omsorgsoppgaver utføres i et tverrfaglig samarbeid.

Kommunen må være konkurransedyktig på lønn til legene, selv om kravene til tverrfaglig samarbeid i noen grad fortrenger tid fra kurativ praksis. Kommunalt legearbeid må være meritterende for spesialistutdanningen i allmennmedisin på en fleksibel måte. En endret kommunerolle og endret kommunehelsetjeneste må derfor føre til endrede regler for spesialistutdanningen for å sikre rekruttering.

Nasjonale standarder

Høringsdokumentenes forslag om innføring av en rekke nasjonale kvalitetsstandarder er sannsynligvis nødvendig for å sikre kvalitet og likeverdighet innenfor enkelttjenester av kritisk innhold. Det forutsettes at pasientrettighetsloven tydeliggjør og sikrer de rettigheter personer i dag har ut fra sosialtjenestelovens utforming.

Dette kan imidlertid gi betydelige ulemper i form av økt offentlig ansvar, byråkratisering og begrensninger når de gjelder bruk av faglig skjønn ved individuell tilpasning av tjenester, og når det gjelder kommunal handlingsfrihet ved valg av organisering.

Koordinatorrollen

Klæbu kommune støtter en lovfesting av plikt til å oppnevne koordinator for personer med behov for sammensatte og langvarige tjenester. Kommunen etterlyser imidlertid en sterkere presisering av funksjonen, for eksempel en presisering av at dette ikke er en rolle/funksjon på

systemnivå, men brukerens nærmeste kontaktperson. Det er viktig å sikre at denne ordningen ikke utvikler seg til å bli et eget organisatorisk mellomnivå. Koordinering av medisinsk utredning og behandling, herunder henvisning til sykehus, håndteres i dag av fastlegene. Dersom denne faglige portvaktfunksjonen skal bestå, kreves en større grad av styring for å sikre at kommunens egne ressurser og tjenester blir utnyttet hensiktsmessig.

Øyeblikkelig hjelp

Klæbu kommune finner det vanskelig å vurdere konsekvensen av å innføre plikt til etablering av kommunale døgnopphold for personer med behov for øyeblikkelig helsehjelp. Vi anbefaler at man iverksetter forsøksvirksomhet før man konkluderer på dette området. Et slikt delt ansvar betinger tydelige retningslinjer og kriterier for ansvarsfordeling mellom kommune og sykehus, mulighetene for kvalitetssikring og kompetanseutvikling. Det må sikres at nye øyeblikkelig hjelp ordninger kommer i stedet for de eksisterende og ikke i tillegg til.

Forsøksordninger bør omfatte kommunale observasjonsposter for personer med avklart medisinsk tilstand da dette sannsynligvis kan bidra til å redusere antallet øyeblikkelig hjelp innleggelser.

Brukerstyrt personlig assistanse, BPA

Klæbu kommune støtter departementets vurdering av ikke å lovfeste BPA som organiseringsform for praktisk bistand. BPA er for mange brukere en ypperlig organiseringsform for slike tjenester, men kommunen vil fortsatt kunne finne andre måter å dekke deler eller hele tjenestetilbudet. Brukerens medvirkning i utformingen av tjenestetilbudet må uansett sikres, sammen med en god måte å sikre kvaliteten i tjenestene som ytes.

Den nye loven legger opp til en vesentlig endring i forbindelse med oppholdsprinsippet (kap.28) og bestemmelsen om refusjon mellom kommuner. Denne endringen vil kunne få store konsekvenser for spesielt institusjonskommuner. Dette vil i tillegg ikke bare gjelde der det er snakk om refusjon fra hjemkommunen hvis bruker velger å bosette seg i institusjonskommunen etter endt institusjonsopphold, men også et ansvar for å yte tjenester mens bruker er i institusjon.

I verste fall vil dette kunne medføre at kommuner bevisst søker sine brukere inn på institusjoner i andre kommuner for å slippe kostnader med en ressurskrevende bruker. Dette vil igjen kunne ha negative konsekvenser. Det er for eksempel generelt for stor "opphopning" av rusmisbrukere i de større byene.

Klageordningen

Klæbu kommune er enig i at det er en tydelig forenkling/forbedring med felles klageinstans for felles ny lov og anbefaler fylkesmannen som klageorgan. Kommunen anbefaler også at fylkesmannen kan prøve alle sider av vedtaket. Kommunen støtter videre forslaget om endring

når det gjelder om klageorganet skal fatte endringsvedtak. Klageorganet skal kunne oppheve kommunens vedtak, og at det så skal sendes tilbake for ny behandling i kommunen.

Plikt til elektronisk dokumentasjon og forsendelse av helseopplysninger

Klæbu kommune støtter kravet om at enheter og organisasjoner skal dokumentere elektronisk. Samtidig er det viktig å få understreket at det mest utfordrende i denne sammenhengen, er at arbeidsprosessene må endres i den enkelte enhet/organisasjon. En tommelfingerregel tilsier at ved innføring av nye elektroniske verktøy fordeler kostnadene seg på 20 % teknologi og 80 % organisasjonsutvikling. Dette blir ofte ikke godt nok ivare tatt, og man bør tenke ut en strategi på overordnet nivå som tydeliggjør dette perspektivet, i motsatt fall greier man ikke å hente ut noen målbar gevinst i å innføre nye systemer (og nye måter å jobbe på).

Klæbu kommune er av den formening om at et krav til elektronisk dokumentasjon i kommunesektoren bør kunne bli innført i løpet av 2012. Særlig etter at den obligatoriske rapporteringen gjennom IPLOS -registeret ble innført for noen år siden, er det ingen grunn til å vente med dette. Imidlertid viser undersøkelser, og andre større samarbeidsprosjekt mellom kommuner, at selv om man har innført elektroniske verktøy, er graden av hvor mye av systemet som faktisk er tatt i bruk, samt innholdet i systemet, svært varierende. Dette betyr at man ikke uten videre kan forvente at 100% innføring av elektroniske fagsystem i sektoren betyr tilsvarende bruk av disse.

Lokalmedisinske senter

Ved etablering av lokalmedisinske senter er det viktig at man utvikler modeller der nye tiltak ikke kommer i tillegg til de gamle, men til erstatning for gamle, mindre kostnadseffektive arbeidsformer og organisasjonsmodeller.

Forslag til ny folkehelselov

Høringsutkastet til ny folkehelselov legger ansvaret for folkehelsearbeidet til kommunen som helhet, og ikke til helsetjenesten alene. Det legges vekt på at folkehelsearbeidet skal være synlig i alle sektorer, og at mål og strategier for folkehelsearbeidet forankres i plan- og bygningsloven. Loven understreker betydningen av å sette fokus på det helsefremmende arbeidet i tillegg til forebygging. Ved å legge ansvaret for folkehelse på kommunen som sådan, har en lagt til rette for at livskvalitet kan bli et hovedtema i all planlegging. Barnehage og skole er de store universelle områdene hvor helsefremmende og forebyggende tiltak når alle barn og unge. Når det gjelder den voksne befolkningen er arbeidsmiljøets betydning for helsefremmende og forebyggende arbeid betydelig for å fremme livskvalitet og redusere sykefravær.

Dette er også i tråd med utfordringene med økning i livsstilssykdommer og med den betydning levekår har for helsesituasjonen til den enkelte.

Lovforslaget stiller økte krav når det gjelder systematikk, kunnskapsbaserte tiltak, prioritering og integrering av folkehelsehensyn inn i kommunens øvrige aktiviteter.

Lovforslaget inneholder bestemmelser om at drøfting av helseutfordringer skal inngå i kommunal plan (§4) og regional plan (§21), med henvisning til plan- og bygningsloven. Lovforslaget inneholder en bestemmelse om at kommunen skal fastsette mål og tiltak i folkehelsearbeidet som skal gjelde for all aktuell kommunal virksomhet, herunder lokal samfunnsutvikling, planlegging, forvaltning og tjenesteyting.

Miljørettet helsevern kontra miljørettet folkehelsearbeid

Arbeidet med miljørettet helsevern innebærer i dag mye helsefremmende arbeid.

Helsevernbegrepet blir litt misvisende overfor disse arbeidsoppgavene, som særlig er knyttet til deltakelse i behandling av kommuneplaner og reguleringsplaner. Et navneskifte til miljørettet folkehelsearbeid vil bedre gi uttrykk for det samlede arbeidet som utføres innenfor feltet.

Overtredelsesgebyr og straff §§ 17 og 18

Det har lenge vært et savn av sanksjonsmuligheter i forbindelse med enkelthendelser som bryter med regelverket. Et overtredelsesgebyr, som foreslått i lovforslaget, vil kunne avhjelpe dette savnet. En statlig forskrift med kriterier for størrelse av gebyrer vil hindre tilfeldige avgjørelser og forskjellsbehandling.

Ansvar for fagområdet miljørettet helsevern

Enheter som har ansvaret for å ivareta miljørettet helsevern i kommunene har både godkjenning, tilsyn, rådgivnings-, veilednings- og andre myndighetsoppgaver. Det er ofte en vanskelig balansegang å være rådgiver for eksempel i utarbeidelse av rutiner og vedlikeholdsprogram, for så i neste omgang å skulle føre tilsyn med de samme områdene en selv har vært med på å utforme.

Oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer

Det er svært gledelig at både kommunens, statens og fylkeskommunens ansvar for å framskaffe oversikt over både helseforhold hos befolkningen og faktorer og utviklingstrekk i miljø og lokalsamfunn som kan ha innvirkning på befolkningens helse, er fastslått. For å kunne drive målrettet arbeid med å utjevne sosiale ulikheter i helse er kommunene avhengige av å få data på levekårssonenivå regelmessig. Både strategimeldingen om sosial ulikhet i helse og Marmot-rapporten til WHO, lister opp 6 indikatorer som må være med i framtidige levekår-/helseundersøkelser. 2-3 av disse er indikatorer som bare kan framskaffes ved å spørre befolkningen (helseadferd, sosial integrering og helsetjenestetilbud). Dersom dette skal være overkommelig for kommunene framover, må kommunene få et tilbud tilsvarende det en har i

Sverige. Der kan en bestille hele eller deler av en standardisert spørreundersøkelse fra staten som en kan sende ut til hele eller et representativt utvalg av befolkningen i kommunen. Bare ved å spørre befolkningen, kan en få fram data som sier noe om opplevelse av sammenheng, mestring og fysiske og sosiale omgivelseskvaliteter. En standardisert, nasjonal liste over livskvalitetsindikatorer vil også gjøre det lettere å sammenligne seg med andre kommuner.

Lovens formål bygger både på generelle helsefremmende tiltak for befolkningen som helhet og har også som mål å redusere sosiale helseforskjeller. Det kan synes vanskelig å oppnå dette med det foreliggende lovforslaget fordi det foreligger få retningslinjer for hvordan det kan gjøres i praksis. At kommuner/fylkeskommuner gis slikt ansvar er grunnlag for å problematisere at loven ikke har økonomiske og administrative konsekvenser. Krav om ny praksis i folkehelsearbeidet må tolkes som en ny oppgave og dermed godtgjøres, all den tid det får store administrative og kompetansemessige konsekvenser.

Forslaget til ny folkehelselov stiller indirekte krav om at det opprettes koordinatorstillinger for folkehelsearbeidet. En tydelig ansvars plassering er viktig. Det er også viktig at kommunen ikke pålegges bestemte måter å organisere tjenestene på eller pålegges bruk av nærmere bestemte profesjonsgrupper. Kommunen må gis frihet til selv å velge hvordan ansvaret oppfylles. På overordnet nivå må kommunene inneha kartleggings-/utrednings-/analysekompetanse for å ivareta kravene til oversikt over folkehelsesituasjonen og -utfordringer. Klæbu kommune støtter en organisering som legger sterkere vekt på dette.

Tverrsektoriell innsats er nødvendig, og særlig er det sentralt at det personorienterte arbeidet innenfor helsetjenestene er koordinert med NAV. Dette må også medføre at helsetjenesten og særlig fastlegen som sentral aktør inngår i samarbeid med NAV. Erfaringene fra prosjekter viser at slikt samarbeid er nødvendig for å bidra til å bedre helhetssituasjonen for utsatte familier. Slikt samarbeid er ressurskrevende, og økonomiske virkemidler kan være nødvendig både innen helse- og omsorgssektoren og NAV.

Klæbu kommune er fornøyd med kvalifiseringsprogrammet, gjennom dette tiltaket håper kommunen å bedre de økonomiske betingelsene mange familier lever under. Behovet for felles opplegg og standardisering er stort, og det bør avklares hva som skal gjøres og av hvem både 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. Det foreligger allerede mye helsestatistikk, og det bør sees blant annet til effektiviseringsnettverkene og arbeidet som allerede pågår i KOSTRA for å unngå dobbeltrapportering.

Målet om å bedre kompetansen på innvandrernes helsesituasjon er viktig. Dårlig helse, og spesielt dårlig psykisk helse, hindrer språkopplæring og deltakelse i arbeids- og samfunnsliv, og kan resultere i dårlige levekår som gjerne går igjen i generasjoner. Her er samarbeid nøkkelen.

Klæbu kommune er spesielt bekymret for den psykiske helsetilstanden hos barn og unge, særlig i de tilfellene dårlig psykisk helse fører til frafall fra skolen. De har da en økt sannsynlighet for å få vesentlig dårligere levekår enn normalbefolkningen. Det er sentralt at det gjennom opplæringsloven legges til rette for fleksible løp som kan gi en bedre opplæringssituasjon for disse ungdommene. I tråd med prinsippet om tidlig intervensjon må spesialisthelsetjenesten jobbe tett med skoleverket for å gi et helhetlig tilbud til denne gruppen.

Klæbu kommune anbefaler at Fylkesmannen blir tilsynsmyndighet, og ikke helsetilsynet, da det vil underbygge at folkehelsearbeidet er et tverrsektorielt ansvar og ikke helsetjenestens.

Nasjonal plan for helse- og omsorgstjeneste

Generelle kommentarer

Nasjonal plan er et viktig virkemiddel i det videre arbeidet med utviklingen av framtidens helsetjenester og oppfølging av samhandlingsreformen..

Intensjonene og målsettingene er gode, men virkemidlene er svake sett i forhold til det høye ambisjonsnivået. *”Vi ønsker en helsetjeneste som er blant verdens aller beste, både medisinsk, teknologisk og omsorgsmessig. Tjenestene skal være effektive og trygge, og tilgjengelige innen akseptable ventetider – uavhengig av den enkeltes økonomi, bosted, alder, kjønn, funksjonsevne, etniske bakgrunn og livssituasjon.”*

Klæbu kommune er i utgangspunktet enig i dette, men vil samtidig minne om utfordringene når det gjelder bærekraftighet kombinert med stigende forventninger fra befolkningen. Kommunene opplever økende press på tjenestene. Vi står overfor store utfordringer når det gjelder arbeidskraft og kompetanse. Det må stilles større krav til dokumentert effekt av tilbudene, og kanskje bør sentrale myndigheter i større grad bidra til bevisstgjøring av begrensningene og prioriteringene.

Kommunal medfinansiering

To alternative medfinansieringsmodeller er skissert; den ene er aldersbetinget og den andre basert på diagnose- og behandlingsbehov. Tildeling av tjenester må alltid baseres på behov, og finansieringsmodeller må støtte opp under dette. Det er samtidig svært viktig at spesialisthelsetjenesten styrker kompetansen og tilbudene til den geriatriske pasient.

Omleggingen av finansieringsordninger er beskrevet slik at den er ment å gi kommunene valgmuligheter, enten betale for utskrivingsklare pasienter eller etablere bedre ordninger selv. Tilsvarende ser man for seg at kommunen enten skal betale for 10 % av døgnplassene og 10 % av polikliniske tilbud ved sykehus, eller kommunene kan etablere egne mer

kostnadseffektive tiltak. Klæbu kommune støtter intensjonen bak dette, men finner det vanskelig å se hvordan dette skal gjøres i praksis.

I høringsutkastet er tidligere forslag om generell medfinansiering forlatt, og man gjenstår med to alternative modeller; en aldersbasert modell for somatiske pasienter over 80 år og en modell basert på diagnose og medisinske innleggelser/behandlinger.

Klæbu kommune ønsker ikke en innføring av foreslåtte medfinansieringsordning da dette vil gi betydelige økonomiske utfordringer for kommunene. Kommunen foreslår heller at det innføres en øremerket ordning som fullfinansieres fra staten. Dette vil kunne sikre kommunene mot økonomiske tap, samtidig som gevinstene og risikoene ved reformen samles på statlig nivå. En minimumsløsning er at medfinansieringsmodellen utprøves i et avgrenset antall kommuner, og at man høster erfaring før modellen innføres på nasjonalt nivå. Trondheim kommune støtter flertallet i helse- og omsorgskomiteen sitt syn på utprøving og kvalitetssikring av eventuelle modeller.

Klæbu kommune mener at forskrift om kommunal medfinansiering bør utsettes til det er klargjort hva som faktisk menes med kommunal medfinansiering. Selv om det haster å få på plass en finansieringsordning, så er det bedre å innføre en godt fundamentert ordning i 2013, enn en dårlig modell i 2012.

Intensjonen bak kommunal medfinansiering er god. I pkt. 30.1 heter det:

”Kommunal medfinansiering skal gi et incentiv for kommunene til å vurdere hvordan egen innretning av kommunale tjenester kan påvirke forbruket av spesialisthelsetjenester, og motivere kommuner og sykehus til å samarbeide.”

Dessverre gir foreslåtte ordning ingen incentiver til kommunene om å opprette egne tilbud. Årsaken er at det er først når kommunene kan gi et tilbud som er 1/5 av kostnaden til sykehuset at kommunene unngår å tape penger. Hvis kommunene etablerer et tilbud til mer enn 1/5 av kostnaden, så taper kommunene penger.

Poenget er illustrert ved følgende enkle *eksempel*:

Før reform:

- Sykehuset behandler 10 pasienter til 1 mill. per stykk = 10 mill.

Etter reform

- Kommunen behandler 2 av de 10 til halv kostnad
 - Sykehuset behandler 8 pasienter til 1 mill. per stykk = 8 mill.
 - Kommunen behandler 2 pasienter til 0,5 mill. per stykk = 1 mill
 - Samlet kostnad etter reform 9 mill.
- Kostnad kommunen:
 - Får overført 20 % av den gamle rammen inntekt = 2 mill.
 - Kommunen behandler 2 pasienter til 0,5 mill. per stykk = 1 mill
 - Medfinansiering sykehuset 20 % x 8 mill. = 1,6 mill.

- Kommunen taper 0,6 mill.

Dette betyr at kommunene blir nødt til å finansiere ordningen med andre midler enn det som kommer gjennom selve ordningen. I høringsutkastet står følgende beskrevet:

”De medfinansieringsmodeller som vurderes, vil ikke alene sette kommunene i stand til å fullfinansiere alternative kommunale tilbud. Nye tilbud må derfor sees i sammenheng med øvrige virkemidler og økonomiske rammebetingelser.”

Disse såkalte øvrige virkemidlene og økonomiske rammebetingelser er ikke beskrevet.

I tillegg møter kommunene tre tilleggsutfordringer. For det første har kommunene ingen styring med hvorvidt de ledige plassene fylles opp med nye pasienter. I så fall må kommunene også finansiere 20 % av disse kostnadene også, dersom også disse pasientene faller innenfor medfinansieringsordningen.

For det andre så er hele intensjonen med reformen at kommunene skal tidlig inn og forebygge. Da påløper kommunene også en identifiseringsrisiko. I en gitt risikogruppe vet man ikke konkret hvilke pasienter som vil bli innlagt på sykehus. Det betyr at i tillegg til at tiltakene skal være til 1/5 av kostnaden skal de også nå flere innenfor definerte risikogrupper.

For det tredje er det ikke kommunene som legger inn pasienter i sykehusene. De aller fleste pasientene legges inn av spesialisthelsetjenesten selv, og svært mange legges inn akutt via legevakt eller direkte via AMK. Bare et mindretall legges direkte inn av fastlegene.

Formannskapet i Klæbu har vedtatt at ingen tiltak i forbindelse med samhandlingsreformen skal iverksettes før de er fullfinansiert fra staten. I kapittel 12.3.1 i høringsnotatet – forslag til ny kommunal helse- og omsorgslov står følgende:

”Dersom kommunene ikke velger å bygge opp eget tilbud og fortsetter å benytte seg av spesialisthelsetjenestetilbud i samme omfang som tidligere, skal helseforetakene få midlene som er flyttet til kommunene tilbake i form av en døgnattsats for utskrivningsklare pasienter og en medfinansieringssats på 20 pst. av pasientbehandling i en mulig avgrenset modell for kommunal medfinansiering. Helseforetakenes økonomiske situasjon vil da være uendret.”

Den beste måten kommunene kan tilpasse seg medfinansieringsordningen på uten å tape ressurser, er sannsynligvis å gjøre ingenting. Selv med en passiv tilpasning så vil noen kommuner tape på ordningen og noen kommuner tjene på ordningen. Kommuner som får mindre ressurser gjennom inntektssystemet enn de utgifter som genereres gjennom opphold på sykehus og medfinansiering, vil tape ressurser. Dette vil tradisjonelt være vertskommuner for sykehus, da vi vet at nærhet til sykehus genererer mer innleggelser.

Klæbu kommune støtter målsetningene om en bærekraftig utvikling, og mener at de sterkeste virkemidlene for å sikre både kvalitet og kostnadsreduksjon ligger i en sterkere satsing på forebygging, tidlig intervensjon og rehabilitering. Kommunen stiller seg imidlertid skeptisk til at de økonomiske virkemidlene vil ha den tilsiktet virkningen. Å knytte insitamentene til styrket forebygging/tidlig intervensjon direkte til redusert behov for sykehusopphold og poliklinisk virksomhet vil kreve svært høy treffsikkerhet når det gjelder kommunale tiltak, og det vil kreve prioritering av tiltak med umiddelbar effekt. Dette kan virke svært begrensende mht satsing på mer langsiktige tiltak innen folkehelsearbeid og tidlig intervensjon og fokusering på kommunale øyeblikkelig-hjelptiltak (egentlig hastetiltak da øyeblikkelig hjelp per definisjon alltid skal medføre innlegging i sykehus, jfr. lovens definisjon av øyeblikkelig hjelp).

For å sikre kravet til effektivisering og bærekraftig utvikling, bør man sikre at nye tiltak kommer i stedet for de gamle, og ikke i tillegg. Samtidig må vi ta høyde for at effekten av tiltakene ikke kommer umiddelbart og at gevinsten ikke alltid tilfaller den instansen som har gjort investeringene.

Kompetanseoppbygging, forskning og utviklingsarbeid

Behovet for arbeidskraft og kompetanse vil øke i årene som kommer, og det er viktig at det tas høyde for utfordringene på dette området både når det gjelder finansiering og fremdrift ved gjennomføring av samhandlingsreformen.

Dette nødvendiggjør flere tiltak. Det må utdannes tilstrekkelig helsepersonell, og det må sørges for relevant kompetanse i utdanningene tilpasset framtidige kommunale oppgaver. Per i dag mangler universiteter og høyskoler tilfredsstillende veiledningskompetanse for FOU-aktivitet i primærhelsetjenesten. For å bedre dette må en større del av undervisning og forskningen knyttes direkte opp mot kommunal praksis både når det gjelder basiskompetanse, spisskompetanse relatert til problemstillinger i kommunale helse- og omsorgsfag, metode- og tjenesteutvikling. Forskning i spesialisthelsetjenesten har begrenset overføringsverdi til primærhelsetjenesten.

Rekrutterings- og kompetansehevingstiltak for å imøtekomme reformens intensjoner vil måtte kreve økonomiske ressurser i kommunene, og trolig vil dette også ha tariffmessige konsekvenser. I tillegg må det snarest utvikles meritterende praksisplasser for spesialistutdanning (allmennmedisin) i kommunene.

Økonomiske og administrative konsekvenser

Ingen