



Uttalelse fra KSNT vedtatt i AU-KSNT 20.12.2010.

1. Generelt

De overordnede målsettingene for Samhandlingsreformen støttes. Iverksetting av reformen krever omfattende endring på flere plan, og de to lovforslagene vil være basis for det som da skal skje. Mye av det som presenteres i lovforslagene er viktig og bra, men noen viktige forhold bør revurderes/forbedres:

a) Samarbeidsregimet/-avtalene.

I høringsnotatene legges det stor vekt på å sikre bedre samhandling innad i kommunen, samt mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Det foreslås lovregulert at kommuner og spesialisthelsetjeneste skal legge til rette for samhandling mellom ulike deltjenester og med andre tjenesteytere. Det foreslås også å innføre et nytt *avtalesystem* mellom tjenestenivåene. Et lovfestet avtalesystem mellom helseforetakene og kommunene antas å kunne bidra til et mer likeverdig partsforhold i avtaler, og sikre mer enhetlig praksis. Det er også viktig for å sikre helhetlige og sammenhengende pasientforløp. Departementet ønsker imidlertid at kommunene og foretakene selv tar ansvaret for å sørge for god samhandling.

Departementet foreslår *ikke* noen tilsvarende lovfestet plikt til avtalebasert samarbeid for kommuner, og vi støtter departementets vurderinger og konklusjon om dette.

Lovforslagene innebærer en stor omlegging av helse- og omsorgssektoren, hvor en av hovedintensjonene er å flytte oppgaver fra spesialisthelsetjenesten til kommunal helse- og omsorgstjeneste. Samtidig legges det opp til betydelige økonomiske utvekslinger og insentiver mellom partene. Dette betinger igjen bruk av markedsliknende – dvs kontraktsbaserte - reguleringsformer. Det er grunn til bekymring om hvorvidt det skisserte regimet kan bli likeverdig og balansert, og så sømløst som ønsket. Når vi her til lands har 4 tungt spesialiserte helseforetak på den ene siden og 430 generalistkommuner av varierende størrelse på den andre, vil det være betydelig skjevhet i tyngde, kapasitet, kompetanse osv i et avtalebasert system hvor partene er overlatt til seg selv. Dessuten gir fastlegenes fortsatt ganske frittstående rolle en krevende tilleggsdimensjon til dette avtalesystemet. Selv om departementet mener at det vil utvikles standardiserte avtaler, vil skjevheten like vel være der, ikke minst i den løpende praktiseringen av avtalene. Ulikhetene i vårt vidstrakte land tilsier også at standardisering i ett og alt er vanskelig, og kanskje heller ikke ønskelig. I stedet for å henvise uklarhetene og interessekonfliktene i denne store **samhandlings**reformen til rettsapparatet, bør det overveies å etablere en offentlig overinstans med helhetlig ansvar for å sikre samhandling, likeverdighet, økonomiske balanse osv mellom helseforetakene og kommunene. Utviklingsevnen i systemet som helhet ivaretas kanskje også best med en slik løsning.

En særlig bekymring med et omfattende avtale-/kontraktsbasert samhandlingssystem, er de transaksjonskostnadene som dette vil medføre, særlig hvis transaksjonene i sum har store

økonomiske konsekvenser og kriteriene kan tolkes ulikt av partene. De økonomiske rammene for reformen må nødvendigvis inkludere dekning for slike administrative merkostnader.

b) Økonomi.

Det økonomiske opplegget for reformen virker uferdig og lite konsistent. På den ene siden legges det opp til et samhandlingsregime basert på økonomiske insentiver når det gjelder pasientflyten mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene. Her er det altså slik at innsats og kvalitet skal lønne seg. På folkehelseområdet gjelder nærmest det motsatte. Departementet argumenterer sterkt for at kommunene ikke skal gis dekning av sine kostnader for økt innsats, samtidig som den økonomiske gevinsten av kommunal innsats kommer andre enn kommunene til gode. Argumentet er at kommunenes innsats egentlig er forutsatt i gjeldende lovverk, og derfor ikke skal kompenseres. Det er vanskelig å forstå at departementet kan argumentere slik og samtidig annonsere et radikalt løft for det kommunale folkehelsearbeidet. Hele satsingen blir dermed lite troverdig, og vil skape frustrasjon i stedet for engasjement i kommunene. Departementet bør snarest erstatte den virkelighetsfjerne formalargumentasjonen i høringsnotatet med en redegjørelse for hva en kommunal folkehelsesatsing vil kreve i virkelighetens verden.

Det er viktig at det økonomiske rammeverket fanger opp de ulikhetene man har mellom kommunene. Bl a er det påvist at ulike sosioøkonomiske forhold gir merkbare ulikheter mht til folkehelse og utfordringer knyttet til dette (noe man ønsker å gjøre noe med). Departementet bør utvikle et kriteriesett for dette, særlig for å beregne utgiftsdekningen til kommunene, som reflekterer slike forskjeller i oppgavenes karakter og omfang.

c) Legetjenesten og legenes rolle.

FASTLEGEORDNINGEN: Når kommunene får større oppgaver og mer ansvar for forebyggende arbeid og helsetjenester til befolkningen, vil legetjenesten bli sentral. Kommunene vil ha behov for mer samarbeid med fastlegene og mange kommuner ønsker mulighet for mer styring av fastlegene. Vi mener:

- *Listeansvar:* Fastlegenes ansvar for de som står på listen må forsterkes, dette kan gjerne skje gjennom forskrift. Deler av befolkningen bruker fastlegeordningen for lite. Det gjelder mange ungdommer, noen med psykiske lidelser, en del funksjonshemmede, og en del med alvorlige sykdommer. En del gamle har praktiske vanskeligheter med å komme seg til fastlegen, og mange med kognitiv svikt, f eks demens klarer heller ikke å bruke fastlegen sin på en hensiktsmessig måte. Vi mener at fastlegens ansvar for syke mennesker bør utvides. Fastlegen må også få en sterkere plikt til å samarbeide med kommunale tjenester. Takstsystemet (Normaltariffen) må understøtte endringene.
- *Tilskuddsordningen:* Vi er motstander av å øke kommunens andel av tilskuddet til fastlegene til 50/ 50, dette bør fortsette som i dagens modell.
- *Allmennmedisinske offentlige oppgaver.* Dette er foreslått videreført med mulighet for å kunne pålegge 7.5 timer pr uke. Mange kommuner, kanskje særlig små kommuner opplever dette som for lite til å dekke behovet. Vi mener derfor at dette bør økes til inntil 15 timer/ uke. *Hva slags oppgaver som skal kunne pålegges* er ikke foreslått endret. Vi vil særlig peke på behovet for å kunne pålegge legene arbeid i Distriktsmedisinske sentre. Legestillingene her har noen steder vist seg vanskelige/ umulige for kommunene å få besatt. 7.5 timers-stillinger i DMS vil ikke være hensiktsmessig.

KOMMUNEOVERLEGE: Samfunnsmedisinsk kompetanse er også nødvendig når kommunene får økt ansvar. Kommuneoverlegens kompetanse anses sentral i begge lovforslagene, og vi deler denne vurderingen. Mange kommuner strever imidlertid i dag med å rekruttere og beholde leger i disse stillingene. Interkommunalt samarbeid har vært forsøkt en del steder, men om dette bedrer rekrutteringen på sikt er så vidt vi kjenner til ikke systematisk undersøkt. Mange leger ønsker en kombinasjonsstilling, og kanskje rekrutterer slike stillinger bedre i mange kommuner. Vi mener:

- Rekrutteringen til samfunnsmedisinske stillinger i kommunene må gis betydelig oppmerksomhet i årene framover.
- Høringsnotatet til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester drøfter på sidene 187 ff kommuneoverlegens rolle som medisinsk- faglig rådgiver *i kommunen*. I selve forslaget §5.5 står det imidlertid at kommuneoverlegen skal være medisinsk- faglig rådgiver for helse- og omsorgstjenesten. Vi mener:
- I § 5.5 bør det stå *at kommuneoverlegen er medisinsk-faglig rådgiver for kommunen*.

d) Klageinstans og tilsynsmyndighet.

TILSYNSMYNDIGHET: For begge lovforslag ber departementet om høringsinstansenes syn på hvem som skal være tilsynsmyndighet, Fylkesmannen eller Helsetilsynet.

Vi mener at Fylkesmannen bør være tilsynsmyndighet etter begge lovene. Når det gjelder Folkehelseloven er hovedargumentet at folkehelsearbeidet vil berøre også andre sektorer enn helsetjenesten, og at Fylkesmannen ellers har tilsyn med disse sektorene. Vi mener hensynet til samordning av statlig tilsyn med kommunesektoren tilsier at tilsynet bør skje etter kommunelovens kap 10A.

KLAGE: Nåværende klagesituasjon er uoversiktlig. Vi er enig i vurderingen (s 328) om at klagereglene bør forenkles og harmoniseres. Dette gjelder både reglene om hva det kan klages på, hvordan, hvem som er klageinstans og klageinstansens kompetanse.

Hvem skal klagen sendes til: det er foreslått at klagen skal sendes til den instans som har truffet vedtaket eller avgjørelsen, slik at denne forbereder klagebehandlingen og evt selv kan omgjøre vedtaket. Mange klager kan derved avgjøres lokalt og vi tror det er en fordel både for pasient/ bruker og for kommunen som tjenesteyter.

Hvem er klageinstans: Vi ønsker en løsning der Fylkesmannen er klageinstans også for enkeltvedtak etter ny helse- og omsorgslov. Dette innebærer en forenkling for publikum i sammensatte saker, og også en forenkling for kommunen. Vi mener ikke at dette vil innebære noen faglig svekkelse av klageinstansen.

Klageinstansens kompetanse til å fatte nye vedtak: Vi forstår høringsnotatet slik at det foreslås at klageinstansen kan oppheve kommunens vedtak og sende saken tilbake til ny behandling i kommunen, men ikke selv treffe vedtak i saken. Vi støtter dette. Klageinstansen gjør da en lovlighetskontroll. Kommunens budsjettsvar og det finansielle ansvarsprinsipp (høringsnotatet side 327) tilsier at det er kommunen selv som bør fatte nytt vedtak dersom klageinstansen opphever et vedtak som ulovlig.

e) IT-system.

Departementet påpeker at bruk av IT er svært viktig for å kunne sikre en tilfredsstillende produksjon og tilgang av relevant pasientinformasjon i det nye samhandlingsregimet. Dette krever en omfattende utbygging og integrering av helseinformasjonssystemer, basert på bl.a. felles standarder. Vi er enig i at dette er en grunnleggende forutsetning for å oppnå tilfredsstillende samhandling mellom de ulike partene og de respektive nivåene. Høringsutkastet er imidlertid svært lite konkret på hvordan denne utfordringen skal takles. Med erfaring for hvor vanskelig slik systemintegrering har vært hittil, er det sannsynlig at det vil ta lang tid før en tilfredsstillende elektronisk samhandlingsplattform er etablert.

Vi ser ikke bort fra at manglende elektroniske samhandlingssystemer kan ha avgjørende betydning for når ulike deler av Samhandlingsreformen kan gjennomføres. I høringsnotatet er det først og fremst systemene for pasientinformasjon som omtales. Den forvaltningsmessige/retslige delen av reformen vil imidlertid også kreve hensiktsmessige tversgående system, og kvalitetssystemene må samkjøres. Sammen med den omfattende, kontraktsbaserte økonomiske samhandlingen mellom partene vil dette kreve sterk integrering langt inn i deres hovedadministrative system.

Departementets tilnærming er å drøfte noen enkeltstående utfordringer og henvise løsningen til nye forskrifter. Ser man imidlertid på *summen* av de mange utfordringene som melder seg på IT-området, mener vi det kreves et større og mer helhetlig grep fra regjeringens side. Hva må være på plass før første samhandlingstrinn kan iverksettes? Dessuten: å tro at dette ikke vil koste noe for kommunene er urealistisk. Hvis det skal lykkes må man sette kommunene økonomisk i stand til å gjennomføre det.

2. Utkast til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester.

Vedrørende § 3-5. Kommunens ansvar for øyeblikkelig hjelp: Høringsnotatet pålegger kommunene straks å motta pasienter som trenger helsehjelp, når det etter de foreliggende opplysninger må antas at den hjelp kommunen kan gi er påtrengende nødvendig. Departementet mener dette er et grunnleggende virkemiddel for å få til en dreining mot behandling i kommunene fremfor sykehus. Videre ber departementet i kapittel 13.4 om synspunkter på om kommunene bør pålegges en plikt til å ha et tilbud om døgnopphold i helse- og omsorgstjenesten til pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp.

Vi mener tilbudet må være like enkelt tilgjengelig som innleggelse for øyeblikkelig hjelp i sykehus og kunne rekvireres av legevakt eller fastlege. En slik plikt vil kunne være problematisk å gjennomføre for mindre kommuner. Vi mener derfor dette kun skal være en frivillig oppgave for kommunene og ikke lovfestes slik det legges opp til i høringsnotatet.

Vedrørende § 6-2. Krav til avtalens innhold: Lovteksten slik den er utformet i høringsnotatet påpeker at samarbeidsavtalen mellom kommuner og regionale helseforetak skal omfatte en rekke tjenester som listes opp i ti punkter. Slik dette er formulert vil punktene 1-9 kunne tolkes som *skal*-regler, mens man derimot i punkt 10 vedrørende samarbeid om forsknings- og utviklingsarbeid utformer denne kun som en *bør*-regel. Kommunene må få et likelydende ansvar som spesialisthelsetjenesten for at det foregår forskning og undervisning. Kommunene må sikres ressurser til å kunne inngå samarbeid lokalt og regionalt om relevante forsknings- og utviklingsarbeid. Videre må kommunene betraktes som en like verdig part som spesialisthelsetjenesten angående søknader på regionale forskningsmidler.

Vedrørende § 6-7. Samarbeid og gjensidig bistand mellom kommuner: I forslag til lovtekst legges det føringer for at departementet i forskrift eller enkeltvedtak kan pålegge samarbeid mellom enkeltkommuner når det anses påkrevet for en forsvarlig løsning av helse- og omsorgstjenesten i kommunene, herunder gi bestemmelser om hvilke oppgaver det skal samarbeides om og fordeling av utgifter. I departementets vurdering og forslag kapittel 25.6.2 viser departementet til at selv om det er ønskelig at mange av kommunene inngår avtalebasert samarbeid, vil departementet *ikke* (vår uthevelse) foreslå å pålegge slikt samarbeid gjennom lov. Departementet påpeker også i kapittel 24.4.2 at et samarbeid mellom kommuner i utgangspunktet bør inngås frivillig. Vi er i mot at kommunene skal pålegges en lovpålagt plikt til samarbeid. Vi ønsker at kommunene skal få beholde retten til frivillig inngåelse av samarbeidsavtaler, gjennom de muligheter departementet skisserer for interkommunale samarbeidsmodeller i kapittel 24.3.

Vedrørende kapittel 7. Individuell plan, koordinator og koordinerende enhet: Kommunene pålegges her et overordnet ansvar for å sette i gang arbeidet med en individuell plan og for å koordinere planarbeidet. I tillegg pålegges kommunene å oppnevne koordinatorene for pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester. Plikten til å opprette individuell plan er tidligere nedfelt både i kommunehelsetjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven. Etter departementets vurdering i kapittel 22.4.3 bør hovedansvaret (vår utheving) for å utarbeide og

koordinere individuell plan nå ligge hos kommunen i de tilfellene en person har behov for tjenester både fra kommunen og spesialisthelsetjenesten. Denne tydeliggjøringen av et overordnet ansvar pålagt kommunene finner vi fornuftig. Skal kommunene kunne følge opp dette ansvaret må det også følge tilstrekkelige ressurser med plikten.

Vedrørende § 8-1. Undervisning og praktisk opplæring: Kommunene plikter å medvirke til undervisning og praktisk opplæring av helse- og omsorgspersonell. Deler av kommunehelsetjenesten i Norge har allerede en omdømmeutfordring. Skal kommunene kunne legge til rette for optimale læringsprosesser i ulike helseprofesjonsutdanningers praksisstudier må de sikres rammer som gir muligheter for dette. Kommende helse- og omsorgsarbeidere må få oppleve meningsfulle, utviklende og kunnskapskrevende utfordringer i kommunehelsetjenesten, noe som krever godt tilrettelagte og planlagte praksisstudier. Kommunene må sikres tilstrekkelige ressurser til organisere praksisstudiene og gi god veiledning i tett samarbeid med utdanningsinstitusjonene. Gjennom positive og kvalitativt gode praksisstudier vil kommunene enklere kunne rekruttere nyutdannet helse- og omsorgspersonell til sine helse- og omsorgstjenester.

Vedrørende § 8-2. Videre- og etterutdanning: Nord-Trøndelag er et distriktsfylke med ulike utfordringer knyttet til kompetanse og rekruttering. Utfordringene i nordre del av fylket er lange geografiske avstander og en spredt bebyggelse. Innbyggerne i Nord-Trøndelag har et lavere utdanningsnivå enn gjennomsnittet i landet for øvrig. I følge SSB har kun 18,2 % av innbyggerne i Nord-Trøndelag en kortere universitets eller høgskoleutdanning (t.o.m 4 år), mens landsgjennomsnittet ligger på 20,8 %. Kun 3,5 % av innbyggerne i Nord-Trøndelag har i 2009 lengre universitets- eller høgskoleutdanning (over 4 år), mens landsgjennomsnittet ligger på 6,5 %. Ut fra dette kan man anta at kommunene i Nord-Trøndelag i utgangspunktet har et lavere kompetansenivå på sine ansatte i helse- og omsorgstjenestene enn gjennomsnittet i landet for øvrig. Dette gir kommunene i Nord-Trøndelag større utfordringer i å fylle den kompetanse som kreves når samhandlingsreformen skal implementeres. Det blir svært viktig at lovutkastene sikrer kommunene tilstrekkelige rammer til å tilrettelegge for relevant og nødvendig videre- og etterutdanning for sine helsearbeidere på alle faglige nivå. Kunnskapsdepartementet må forplikte utdanningsinstitusjoner på ulike nivå til å tilrettelegge for videre- og etterutdanninger som er tilpasset kommunehelsetjenestens behov, gjerne i form av desentraliserte deltidsutdanninger.

3. Utkast til ny lov om folkehelse.

Dersom kommunene skal iverksette tiltak for å:

- bidra til sosial utjevning av dokumenterte helseforskjeller
- bredde tiltakene i folkehelsearbeidet til alle tjenesteområder
- sørge for tidlig intervensjon
- få resultater som sikrer en bærekraftig utvikling

må kommunene, i motsetning til formuleringer mange steder i utkast til plan, oppleve ressursmessige stimuli for å dekke mersatsingen. Det er riktig at kommunene også i dag har mye det samme ansvaret, men Ny folkehelselov signaliserer en tydeligere satsing og forventer klare resultater, og kommunene sitter med det overordna ansvaret. Dette bør tilsi økte ressurser for å kunne sikre mulige samfunnsmessige gevinster. Ett moment er også at det vil være kommunene som må stille med ressursene for tiltakene, mens det er i stor grad spesialisthelsetjenestene (reduerte antall innleggelser) og Staten (NAV) som drar økonomisk gevinst av effekten av vellykkede kommunale tiltak.

Mange av kommunene i nord delen av vårt fylke er tynt befolket og må ha et samarbeide over kommunegrensene for å klare å oppfylle lovkravet. I tillegg er andelen av eldre i denne delen av fylket større enn i fylket eller landet under ett. Tall fra SSB viser for eksempel for Indre Namdal:

- Gj.snitt 6,85 % av befolkning er over 80 år
- Gj.snitt i Nord Trøndelag er 5,15 % og for hele landet 4,62 % (SSB 2008)
- I 2030 vil 9,49 % av befolkningen være over 80 år.

- For Nord Trøndelag vil 6.78 % og for hele landet 5,65 % ha oppnådd samme alder i 2030.

Dette innebærer at behovet for forebyggende helsetjenester vil være større her enn i andre deler av landet dersom man skal redusere framtidige sykehusinnleggelser. Det er derfor helt nødvendig å etablere et system som fanger opp forskjeller innenfor landsdeler/kommuner som ivaretar denne ulikheten.

Det forventes i loven at det helseforebyggende aspektet skal inn i alle deler av den kommunale tjenesteyting og planlegging i tillegg til alle de andre områdene man skal ta hensyn til. Dette kan medføre at målfokuset i planarbeidet blir så bredt at det egentlige målet blir vanskelig å oppfylle.

Det er positivt med en utvikling hvor folkehelse vektlegges i lovs form for både kommune og fylkeskommune, men vi stiller spørsmål ved det underliggende premisset om at den foreslåtte nye folkehelseloven vil frembringe bedre folkehelse, uten at dette skal ha betydelige økonomiske eller administrative konsekvenser for kommunene/fylkeskommunene.

Krav til samarbeid, helseovervåkning og statistikk i lovforslaget vil ha betydelig økonomiske og administrative kostnader det ikke er tatt høyde for i høringsnotatet. De økte kravene som stilles på folkehelseområdet medfører merkostnader for kommunene/fylkeskommunene både ressurs- og kompetansemessig.

Kommunenes rolle i det miljøretta helsevernet er kjent fra gjeldende lov om kommunehelsetjeneste. Kommunenes ansvar for dette området blir presisert i lovforslaget. For kommuner i Nord Trøndelag vil dette medføre stort behov for samarbeide over kommunegrensene. Kanskje fylkeskommunen burde hatt et større ansvar på dette området slik at trykket på tilsyn og oppfølging hadde blitt likt i alle kommunene. Små kommuner må foreta prioriteringer både av hensyn til økonomi og tilgang på kompetanse.

I kapittel 4 § 20 får fylkeskommunen anledning til å samarbeide over fylkesgrensene. Vi mener at fylkeskommunens ansvar for samarbeid bør forsterkes. Årsak til et slikt ønske er at det i dag er store forskjeller på samarbeid over fylkesgrensene. Det er uten tvil en gevinst for små kommuner som er naboer over en fylkesgrense, at gode tiltak som iverksettes hos naboen også kan innføres i egen kommune, for eksempel gjennom et samarbeidsprosjekt kommunene i mellom. Vårt forslag: I §20 må det hete: *To eller flere fylkeskommuner skal samarbeide dersom det er nødvendig for å støtte kommunesamarbeid over fylkesgrensene.*

Rekrutteringsproblematikken til helsefag må gis økt oppmerksomhet. Dersom samhandlingsreformen i enda større grad bidrar til at helseforetakenes rolle spesialiseres, og at all etterbehandling skjer i kommunene, vil det medføre økte vansker med å rekruttere fagpersonell til kommunene. Utsagn fra helsefagstudenter er allerede i dag at man helst ønsker å arbeide på sykehusene. Dette kan særlig få negative utslag for det forebyggende arbeidet helt avhengig av hvilken status og prioritet forebyggende helsearbeid vil få i kommunene.

Forskning viser også at kosthold, fysisk aktivitet og tobakksbruk henger sammen med sosioøkonomisk status. Jo høyere inntekt og utdanning, desto sunnere helseatferd. I Nord Trøndelag har man et lavt utdanningsnivå og lav inntekt. Videre påvirkes vår livsstil og helseatferd av samfunnsutviklingen. HUNT undersøkelser viser at vi har utfordringer på dette området. Det må fortsatt satses på slike undersøkelser som gir et godt grunnlag for å iverksette tiltak som kan bedre tilstanden. På generelt grunnlag må forskning rettet mot folkehelse gis prioritet slik at satsingsområdene har en dokumentert bakgrunn.

Satsing på folkehelse tiltak for å bedre helsesituasjonen, samt objektive data om befolkningens helsetilstand bør legges inn som et kriteriedatum for overføring til kommunene, basert på for eksempel resultater fra HUNT undersøkelser. Også andre forhold som høy arbeidsledighet, lav utdanning, høyt sykefravær, osv bør kunne utløse større overføringer til kommunene slik at satsing på tiltak for å bedre situasjonen finansieres. En slik praksis vil fange opp ulikheter i utfordringene mellom de enkelte kommuner.

Det har i lansering av helsereformen blitt lovt at satsing på folkehelse skal gi økonomisk gevinst for kommunene. Dette framkommer ikke av lovforslaget, men i utarbeidelse av senere direktiver for folkehelsearbeidet må denne lovnaden etterleves.

