

**Saksframlegg**

Utvalg	Utvalgssak	Møtedato
Formannskapet	3/11	18.01.2011
Kommunestyret		

Høringssvar fra Malvik kommune - forslag til ny folkehelselov, kommunal helse- og omsorgslov og nasjonal helse- og omsorgsplan**Saksdokumenter (ikke vedlagt)****Saksopplysninger**

Helse og omsorgsdepartementet (HOD) fremla den 18. oktober 2010 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 frem en samlet høringsuttalelse i fellesskap med Trondheim, Klæbu, Melhus og Midtre Gauldal kommuner.

I forslag til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester om 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.

Vurdering

Forslag til ny folkehelselov

Høringsutkastet til ny folkehelselov legger ansvaret for folkehelsearbeidet til kommunen som helhet, og ikke til helsetjenesten alene. Dette mener vi er et positivt og riktig grep. Det legges vekt på at folkehelsearbeidet skal være synlig i alle sektorer, og at mål og strategier for folkehelsearbeidet forankres etter Plan- og bygningsloven. Loven understreker betydningen av å sette fokuset på det helsefremmende arbeidet i tillegg til fokus på 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.

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 planstrategi (§4) og regional planstrategi (§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 i forhold til 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 på størrelse av gebyrer vil hindre tilfeldige avgjørelser og forskjellsbehandling.

Oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer

Det er svært gledelig at både kommunens, statens og fylkeskommunens ansvar for å fremskaffe 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. Dersom dette skal være overkommelig for kommunene fremover, 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 frem 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 kan indirekte stille krav om at det opprettes en form for koordinatorstilling for folkehelsearbeidet. En tydelig ansvars plassering er viktig, men at kommunen også ikke samtidig 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.

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. Slikt samarbeid er ressurskrevende, og økonomiske virkemidler kan være nødvendig både innen helse- og omsorgssektoren og NAV.

Behovet for felles opplegg og standardisering er stort, og det bør avklares hva som skal gjøres og av hvem; nasjonalt, regionalt og lokalt. Fylkeskommunene skal ifølge 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 på tiltak for å unngå dobbeltrapportering.

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

Forslag til ny helse- og omsorgslov

Generelle kommentarer

Malvik kommune ser positivt på samordning av kommunehelsetjenestelov og sosialtjenestelov, men savner harmonisering ev egenbetaling slik at egenbetaling ikke var avhengig av benevnelsen på boform.

Kommunen skal fortsatt kunne velge om kommunen skal gi tjenestene i *egen regi eller om det skal inngås 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; også til andre grupper enn før. Malvik kommune ser i den forbindelse behov for forenkling og harmonisering av regelverket, samtidig som kommunens styringsmuligheter blir forsterket. Dagens sentrale avtaler bærer preg av profesjonsinteressene både faglig og økonomisk, og det er ikke noen grunn til å tro at presset i den retning blir mindre fremtredende når nye grupper skal omfattes. På denne bakgrunn støtter Malvik kommune forslaget om hjemmel for å kunne gi *forskrift* som regulerer avtaleinngåelse med private aktører.

Departementet legger til grunn at rettighetsbestemmelsene for nødvendige tjenester etter henholdsvis pasientrettighetsloven/kommunehelsetjenesteloven på den ene siden og sosialtjenesteloven på den andre siden, 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”. Malvik 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 og vurdere behov i en helhet, for eksempel praktisk bistand i hjemmet (herunder BPA), støttekontakt, dagtilbud, avlastning).

Malvik 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 etter gjeldende sosialtjenesteloven 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. Malvik kommune legger etter dette til grunn at forslaget til rettighetsregulering vil innebære *videreføring av gjeldende rett*. (se kap.20.5.9)

Utskrivingsklare pasienter

Malvik 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 dag 1, blir det viktig å kvalitetssikre at forskriftens kriterier om utskrivingsklare pasienter oppfylles før betalingskrav kan stilles og at kommunene får overført tilstrekkelig økonomiske midler.

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 begrensinger når de gjelder bruk av faglig skjønn ved individuell tilpasning av tjenester, og når det gjelder kommunal handlingsfrihet ved valg av organisering.

Rollen til fastlegene:

Fastlegene har en helt sentral rolle i det individrettede forebyggende arbeidet, ordningen er lagt til rette for kontinuitet i pasient - legeforsholdet. 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. Per 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. Malvik 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 dekket av fastlegene. Da må avtalen som inngås om dette oppdraget, være tydelig redskap for kommunens internkontroll hva gjelder 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. For å oppnå målene i samhandlingsreformen, trenger kommunene en forsikring om at legene bidrar hensiktsmessig i helsefremmende, forebyggende og kurativt arbeid, samt i tverrfaglig samarbeid. Kommunen må være konkurransedyktig på lønn /arbeidsvilkår til legene. 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.

Koordinatorrollen

Malvik 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.

Koordinering av medisinsk utredning og behandling, herunder henvisning til sykehus, håndteres i dag av fastlegene. Dersom denne enfaglige portvaktfunksjonen skal bestå, kreves en stor grad av samhandling og styring for å sikre at kommunens egne ressurser og tjenester blir utnyttet hensiktsmessig og optimalt.

Øyeblikkelig hjelp

Malvik kommune mener det vanskelig å vurdere konsekvensen av å innføre plikt til etablering av kommunale døgnopphold for personer med behov for øyeblikkelig helsehjelp. Det er svært viktig å sikre god tjenestekvalitet, og et evt slikt tiltak vil stille stor krav til kompetanse i kommunene. Vi anbefaler at det iverksettes forsøksvirksomhet før man konkluderer på dette området. Forsøksordninger bør omfatte kommunale observasjonsposter for personer med avklart medisinsk tilstand da dette sannsynligvis kan bidra til å redusere antallet ø-hjelpsinnleggelser.

Brukerstyrt personlig assistanse, BPA

Malvik 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.

Klageordningen

Malvik kommune er enige i at det er en tydelig forenkling/forbedring med felles klageinstans for felles ny lov og anbefaler fylkesmannen som klageorgan.

Plikt til elektronisk dokumentasjon og forsendelse av helseopplysninger

Malvik 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 ivaretatt, og man bør tenke ut en strategi på overordnet nivå som tydeliggjør dette perspektivet – i motsatt fall greier man aldri å hente ut noen målbar gevinst i å innføre nye systemer (og nye måter å jobbe på).

Lokalmedisinske senter

Det er viktig at slike tiltak ikke blir et mål i seg selv, og at man derfor blir tydeligere på hvilke resultater, tjenester og tjenestekvalitet man vil oppnå. Ved etablering av lokalmedisinske senter er det dessuten 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 nasjonal helse- og omsorgsplan

Malvik kommune opplever stort engasjement når det gjelder utviklingen av fremtidens helsetjenester og oppfølging av samhandlingsreformen. Nasjonal plan skal være et viktig virkemiddel i det videre arbeidet. Intensjonene og målsettingene er gode, men virkemidlene er svake sett i forhold til det høye ambisjonsnivået.

Det at innbyggerne sikres et en trygg og verdig bosituasjon (og unngå bostedsløshet) har stor betydning for folks helse og det å bekjempe fattigdom. Dette perspektivet savnes og bør etter vår mening få et større fokus i planen.

Malvik kommune vil 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 sentrale myndigheter bør i større grad bidra til bevisstgjøring av begrensningene og de nødvendige 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 finansieringsordning(er) 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. Malvik kommune ser at intensjonen kan være god, men mener at det kan være vanskelig å gjennomføre 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. Malvik kommune mener uansett at nye modeller ikke kan baseres på alder.

Malvik kommune ønsker ikke en innføring av foreslåtte medfinansieringsordning da dette vil gi betydelige økonomiske utfordringer for kommunene. Vi 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 et sted; på statlig nivå. En minimumsløsning er at medfinansieringsmodellen utprøves i et avgrenset antall kommuner, og at man høster erfaring derfra før modellen innføres på nasjonalt nivå.

Malvik kommune mener at en lovhjemmel for departementene til å kunne gi forskrift om kommunal medfinansiering utsettes til hva som faktisk menes med kommunal medfinansiering er klart. 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 står 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 for 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 tillegg utfordringer.

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 å 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 speialisthelsetjenesten selv, og svært mange legges inn akutt via legevakt eller direkte via AMK. Bare et mindretall legges direkte inn av fastlegene.

Malvik kommune har dessuten dårlig erfaringer med reformer som har løse lovnader om fullfinansiering. Kommunestyret i Malvik har vedtatt at ingen tiltak i forbindelse med samhandlingsreformen skal iverksettes før de er fullfinansiert fra staten. I kapittel 12.3.1 i høringsnotatet 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.

Malvik 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. Vi stiller oss imidlertid skeptiske 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 styre fokus mot kommunale øyeblikkelig-hjelpstiltak (egentlig hastetiltak da øyeblikkelig hjelp per definisjon alltid skal innlegges i sykehus, jfr. lovens definisjon av øyeblikkelig hjelp).

For å sikre kravet til effektivisering og bærekraftig utvikling, bør man sikre at nye tiltak kommer istedenfor 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 fremtidige kommunale oppgaver.

Per i dag mangler universiteter og høyskoler tilfredsstillende veiledningskompetanse for FOU-virksomhet 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.

Sammendrag / oppsummering

Malvik kommune ser forslaget om 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 Malvik 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 over lapping 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.

Malvik kommune ønsker ikke en innføring av den foreslåtte *medfinansieringsordningen* da den vil gi betydelige økonomiske utfordringer for kommunene, spesielt for vertskommunene til de store sykehusene. Vi 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 et sted; dvs. 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.

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.

Malvik 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

I høringsutkastet begrunnes forslaget med å bruke begrepet omsorgstjenester ved at det er samlebegrep for de tjenestene som er regulert i sosialtjenestelovens kap. 4 og 6. Malvik kommune omtaler tjenestene som reguleres av lovforslaget som helse- og velferdstjenester og oppfatter begrepet ”velferd” som et mer aktivt og profesjonsnøytralt begrep enn ”omsorg”.

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 både i forhold 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. Vi mener at lovene bør være profesjonsnøytrale fullt ut.

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

Malvik 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. Dette er nytt i forhold til gjeldende kommunehelsetjenestelov og sosialtjenestelov.

Ny lov for 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

Disse grunnprinsippene samsvarer med vedtatte kommuneplanens samfunnsdel (2010 – 2021) i Malvik. Dette er også 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. Malvik 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 om hvorvidt 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.”

Malvik 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.

Det at innbyggerne sikres et en trygg og verdig bosituasjon (og unngå bostedsløshet) har stor betydning for folks helse og det å bekjempe fattigdom. Dette perspektivet savnes og bør etter vår mening få et større fokus i planen

Rådmannens innstilling

Formannskapet slutter seg til rådmannens forslag til høringsuttalelse til ny helse- og omsorgslov, folkehelselov og nasjonal helse- og omsorgsplan.

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

Malvik 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.

Behandling i Formannskapet - 18.01.2011

Innstillingen ble enstemmig vedtatt.

Vedtak i Formannskapet - 18.01.2011

Formannskapet slutter seg til rådmannens forslag til høringsuttalelse til ny helse- og omsorgslov, folkehelselov og nasjonal helse- og omsorgsplan.

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

Malvik 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.