

Notat 1.12.2010:

Bakgrunnsnotat til bruk for kommunene i Hedmark og Oppland i forbindelse med høring på:

- Ny folkehelselov
- Ny Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester
- Nasjonal helse og omsorgsplan

Notatet er utarbeidet og forankret på oppdrag av rådmannsutvalgene i KS Hedmark og KS Oppland, samt to arbeidsmøter med følgende bidragsytere: Brit Kværness, Tove Nordli Selnes, Bjørg Veisten og Minnä Marie Mäkinen. I tillegg er innstilling i sak til KS hovedstyres møte 3. desember lagt ved og delvis lagt til grunn i svaret. Eventuelle endringer etter møtet vil sendes ut når det foreligger. Høringssvaret utarbeidet av KS Hedmark og Oppland behandler alle høringsdokumentene under ett. Dokumentet er ikke uttømmende om er ment som et forslag som kommunen kan bruke hele eller deler av etter eget ønske.

Forslag til uttalelse:

Innledning:

Vi slutter oss til intensjonene om en helhetlig helse- og omsorgstjeneste, og mener det er riktig å ha en målsetting om at alle skal ha et likeverdig tilbud om helsetjenester uavhengig av diagnose, bosted, personlig økonomi, kjønn, etnisk bakgrunn og livssituasjon.

Lokalmedisinske sentre og lokalsykehus må gjennom reformen sikres investerings- og driftsmidler som dekker de framtidige behovene for tjenester. Det må klargjøres hvilke oppgaver de skal løse.

Vi vil påpeke noen utfordringer som kommunesektoren har erfart fra tidligere reformer, for eksempel NAV etableringen. Det er viktig at den kunnskapen som er høstet fra implementeringen av NAV tilflytter arbeidet med samhandlingsreformen. Dette gjelder spesielt IKT løsninger, økonomi, kompetanse og samhandling på tvers av forvaltningsnivåer.

Ny lov om kommunale helse og omsorgstjenester

Vi har følgende kommentarer til høringsutkastet:

- Det ses som svært positivt at reformen vektlegger at oppgavene skal løses så nært pasient/bruker som mulig slik at tjenestetilbudet blir mer helhetlig og effektivt.
- Det er positivt at lovforslagene vil underbygge og forsterke kommunens myndighet og at lokal handlefrihet blir fremhevet som et viktig verdigrunnlag.
- Det er viktig å få avklart hvilken status avtalen mellom kommunene og helseforetakene skal ha vedrørende oppgavefordeling, og slik også hvilken rolle et tvisteløsningsorgan

skal ha. Tydeliggjøring av oppgaver, ansvar og myndighet i lovverket vil kunne minske behovet for ytterligere forskrifter, avtaler og tvisteløsningsordninger.

- En forsterket og godt integrert legetjeneste i kommunenes helse- og omsorgstjeneste vil være en forutsetning for at kommunene skal kunne ta flere oppgaver og et større ansvar i helsetjenesten. Det vil bli viktig i det videre arbeid å vurdere hvilke virkemidler som må være på plass for at kommunene skal kunne ivareta sitt økte ansvar.
- Utdanningskapasitet og innhold må tilpasses ut fra behovene for kompetanse i kommunene og helseforetakene. Forskningsinnsatsen og kunnskapsutviklingen må øke betraktelig og omhandle alle aktører. Utvikling av samhandlingskompetanse er viktig i begge forvaltningsnivåer.
- Det er behov for en grundig kostnadsberegning av kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenestene. Det er grunn til tro at det blir betydelige pukkelkostnader i en overgangsperiode som på finansieres. Nye oppgaver må fullfinansieres før de overføres til kommunene.
- Reformen må bidra til bedre elektronisk samhandling i helsesektoren generelt og mellom helseforetakene og kommunene spesielt. Det må bety bedre IT- løsninger og plattformer som gjør det mulig å kommunisere bedre elektronisk mellom helseforetakene, fastlegene, den kommunale helse- og omsorgssektoren og pasient/ bruker. Bruk av systemene må legges til rette slik at det ikke forhindres av store kostnader.
- Implementering av reformen må skje skrittvis, basert på kunnskap og erfaringer. Det blir viktig å sikre at sykehusene ikke bygger ned tilbud før kommunene har bygd opp sine tjenester.

Ny lov om folkehelse

Vi har følgende kommentarer til høringsutkastet:

- Det er positivt at samhandlingsreformens intensjon har større fokus på å fremme folkehelse og bidra til å motvirke at sosiale helseforskjeller forsterkes.
- Vi tar til orientering at loven ønsker å sikre at offentlige myndigheter skal samordne sin virksomhet knyttet til folkehelsesarbeidet. Samtidig legges det i loven opp til en stor grad av overlapping mellom oppgaver og nivåer. Kommunene er bekymret for at denne samhandlingen innebærer at kommunen må bruke uforholdsmessig mye ressurser på å administrere arbeidet.
- Vi mener at lovens § 27 om allmenn mulighet for samarbeid mellom kommuner (første ledd) ikke tilfører noe nytt. Bestemmelser om kommunesamarbeid hører naturlig hjemme i Kommuneloven. Det fremmer ikke helhetlig tenking dersom ulike særlover skal innføre egne hjemler for samarbeid mellom kommuner på enkeltområder/enkelte fagområder.
- Lovutkastet forutsetter at kommunene innehar en betydelig samfunnsmedisinsk kompetanse. Kommunen er positiv til dette, men ønsker å påpeke den store utfordringen

som ligger i å rekruttere tilstrekkelig samfunnsmedisinsk kompetanse til kommunesektoren. Det framgår ikke av høringen hvilke nødvendige tiltak sentrale myndigheter planlegger for å bedre denne situasjonen.

- Det må sikres nødvendige ressurser til investeringer og drift knyttet til oppgavene som her tillegges kommunene. Det påpekes at forebyggende arbeid i seg selv er langsiktig, at lovforslaget krever rekruttering av medarbeidere med høy og dels spesialisert kompetanse og at det må påregnes en lang periode der (langsiktige) tiltak må finansieres uten at en direkte gevinst kan måles i samme periode.

Saksframstilling og vurdering

1. Innledning

Ny folkehelselov og ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (tidligere lov om sosiale tjenester, lov om kommunehelsetjenester og lov om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet), ble lagt frem for høring 18. oktober med høringsfrist 18. januar 2011. Forslaget innebærer også justeringer i spesialisthelsetjenesteloven. Samtidig er påbegynt arbeid med nasjonal helse og omsorgsplan på høring.

Høringsuttalelsen har spesielt konsentrert seg om ny kommunerolle (oppgaver), avtalesystemet, legetjenesten, kompetanse, finansiering, IKT og implementering. I tillegg er kommuner, fylkeskommuner og statlige myndigheters rolle i ny folkehelselov beskrevet og kommentert.

Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) har ledet interdepartementale grupper som ble nedsatt etter at Samhandlingsreformen, St. meld. nr. 47 (2008-2009) ble behandlet i Stortinget 27. april 2010. KS har fra mai 2010 hatt møter med de interdepartementale arbeidsgruppene og gitt skriftlige og muntlige innspill. Det har i tillegg vært nedsatt en overordnet arbeidsgruppe mellom Helse- og omsorgsdepartementet og KS, som har vurdert ulike økonomiske virkemidler.

Utredningsarbeidene har munnet ut forslag til ny folkehelselov, ny helse- og omsorgslov og ny nasjonal helse- og omsorgsplan (NHOP). Sistnevnte skal opp til stortingsbehandling våren 2011. HOD legger opp til at nettet skal benyttes aktivt til å lese, mene og diskutere.

Målene med samhandlingsreformen er blant annet:

- Økt livskvalitet og redusert press på helsevesenet gjennom satsing på helsefremmede og forebyggende arbeid
- Dempet vekst i bruk av sykehustjenester ved at en større del av helsetjenestene ytes av kommunehelsetjenesten – forutsatt like god eller bedre kvalitet, samt kostnadseffektivitet
- Mer helhetlige og koordinerte tjenester til pasienter og brukere gjennom forpliktende samarbeidsavtaler og avtalte behandlingsforløp

Mens helse- og omsorgsloven gir bestemmelser om de forebyggende og kurative oppgavene til helse- og omsorgstjenesten i kommunene, retter folkehelseloven seg mot folkehelseoppgavene kommunen har.

Høringssvaret er basert på tilbakemeldinger fra en arbeidsgruppe i Hedmark og en i Oppland, samt innspill fra rådmannsutvalgene i Oppland og Hedmark og felles fylkesstyremøte for KS Hedmark og Oppland.

2. En ny fremtidig kommunerolle

Det fremgår av høringsnotatet at forslag til nye lover i det all vesentlige kun er en videreføring av gjeldende rett med visse presiseringer. Det er ikke fastsatt i lov at nye konkrete helseoppgaver pålegges kommunene og heller ikke at konkrete eller avgrensede oppgaver skal overføres fra spesialisthelsetjenesten til kommunene.

Regjeringens intensjon er at forslagene til ny lov skal medføre økt aktivitet i kommunene. Lovforslagene fastsetter direkte eller mer indirekte blant annet gjennom formålsbestemmelser, enkelt bestemmelser og avtalesystemet med foretaket visse nye plikter for kommunen. Dette gjelder blant annet;

- Kommunen skal ha økt fokus på forebygging, tidlig intervensjon og tiltak mot unødvendig innleggelse av pasienter i sykehus, herunder også systemarbeid i forhold til oppfølging av disse plikter.
- Kommunen skal ha økt fokus på samarbeid og samordning med andre kommuner, fylkeskommuner og helseforetak, herunder plikt til å inngå avtaler med helseforetak.
- Kommunen skal etablere en egen pasientkoordinator til mennesker med behov for langvarige og sammensatte tjenester.
- Kommunens ansvar for å følge opp allmennlegetjenesten, herunder i forhold til kvalitet, presiseres.
- Kommunen skal vurdere samarbeidsløsninger med helseforetak og andre kommuner, slik som lokal medisinske sentra.
- Alle tjenester og organisering skal vurderes i forhold til en foreslått forsvarlighetsstand.

Med unntak av selve plikten til å inngå avtaler med foretak, og plikten til å etablere en egen pasientkoordinator er de nye pliktene forholdsvis lite konkrete. Gjennomføringen beror derfor i stor grad på kommunens egne valg/ressurser/kompetanse, herunder i forhold til omfang av arbeid og investeringer som skal knytte seg til de ulike plikter. Foretakenes og sykehusenes medvirkning vil videre har stor betydning for gjennomføringen av kommunens oppgaver. Statlige organers tolkning av regelverket både ved tilsyn, klage og bruk av ikke rettslige bindende styringsvirkemidler, vil kunne få betydning for innholdet i de plikter som kommunen pålegges, slik at spørsmålet om hvilke eventuelle regelendringer som foreligger i forhold til dagens rettstilstand, trolig først kan klarlegges etter at loven har virket over tid.

I tillegg til de økonomiske, juridiske og teknologiske rammebetingelser, er det viktig at kommuner og helseforetak fokuserer på følgende i arbeidet med samhandlingsreformen:

- Behovet for høy kompetanse på samhandling i kommuner og helseforetak
- Behovet for at bruker- og innbyggerperspektivet blir ivaretatt
- Behovet for en god folkehelse

Vurdering:

Det ses som svært positivt at reformen vektlegger at oppgavene skal løses så nært pasient/bruker som mulig slik at tjenestetilbudet blir mer helhetlig og effektivt. Samhandling over forvaltningsnivåene er grunnleggende for å få dette til

Det kan være grunnlag for å stille spørsmål om i hvilken grad det omfanget av formelle samarbeidsavtaler, utstrakt bruk av felles retningslinjer og nye administrative nivåer som foreslås (interkommunale løsninger, lokalmedisinske sentra og helsedirektoratet som en egen "meklingsinstans" for avtaler) bidrar til bedring av tjenestetilbudet for pasientene. Det kan være fare for overbyråkratisering knyttet til ny lovgivning – en lovgivning som skal bygge opp under prinsippene om lavest mulig omsorgsnivå (LEON).

3. Hvilken myndighet er foreslått gitt til kommunene?

Det er flere forslag i høringsnotatet som underbygger og forsterker kommunens myndighet. Det vises blant annet til;

- *Verdigrunnlaget*; Det er i høringsnotatet, som et av flere verdigrunnlag, fremhevet viktigheten av lokal handlefrihet, blant annet i forhold til å organisere tjenestene, men også i forhold til spørsmålet om rettighetsfesting av ytelser til innbyggerne. Høringsnotatet er således mer positivt enn det som fremkom i Berntutvalget i sin tid.

- *Organisere tjenestene*; Høringsbrevet med forslag til ny lovtekst er også klarere på at "sørge for" ansvaret også innebærer rett til å organisere, tilrettelegge, og slik utøve myndighet. Det fremheves for eksempel at kommunen kan opprette tildelingskontor som for eksempel tildeler fysioterapeut tjenester, slik at pasienter som skrives ut fra sykehus etter beslutninger fra kommunen kan gi et helhetlig tilbud om tjenester i kommunen.

- *Pliktlov og ikke rettighetslov*; Lovene skal være pliktlover, og ikke rettighetslover. Det gir større fleksibilitet ved at kommunene kan bruke større grad av skjønn ved organisering av tjenestene. BPA og omsorgslønn er for eksempel ikke foreslått som en rettighet. Mens Berntutvalget fremhevet at det skulle legges "stor vekt" på bruker, fremgår det av høringsnotatet at det skal legges vekt på brukers ønsker ved tildeling av tjenester. Det er presisert at den foreslåtte verdighetsgarantien ikke innebærer mer enn at de kommunale tjenester skal være forsvarlige.

- *Avtalesystemet*; Kommunen og helseforetaket er pålagt å inngå avtaler og lovforslaget stiller visse minimumskrav til innholdet i avtalen. Dersom kommunene og foretaket ikke oppnår enighet, er det foreslått at direktoratet kun skal ha en meklingsfunksjon, men verken direktoratet eller departementet er gitt en påleggsfunksjon og det er ikke en statlig godkjenningfunksjon for avtalene. Den enkelte kommune og helseforetak har slik veto rett for det nærmere innholdet i avtalen.

- *Klage*; Lov om kommunale helse og omsorgstjenester er en sammenslåing av to tidligere lover henholdsvis kommunehelsetjenesteloven og lov om sosial omsorg, hvor fylkesmannen var gitt ulike kompetanse som klageorgan. Det foreslås nå felles klageregler, hvorefter fylkesmannen/helsetilsynet i utgangspunktet har full overprøvingsrett, men hvor "Helsetilsynet i fylket/fylkesmannen skal ved prøving av vedtak fra kommunen legge stor vekt på hensynt til det kommunale selvstyre ved prøving av det frie skjønn, herunder ved kommunens skjønnsmessige vurdering av innretning og nivå på tjenestene utover lovens

krav". Det foreslås også at helsetilsynet/fylkesmannen ikke skal kunne treffe nytt vedtak, men kun kan oppheve vedtaket og sende det tilbake til kommunen for å treffe nytt vedtak. Dette er nytt i forhold til i dag. Regelen innebærer at statlig klageorgan nok gis en noe videre kompetanse til å prøve kommunens vedtak enn etter dagens lov om sosiale tjenester, men samtidig begrenses klageorganets kompetanse ved vedtak om helsetjenester. Det forholdet at klageinstansen ikke kan treffe nytt vedtak, er en praktisk viktig endring, og det antas at forslaget vil møte kraftig motbør blant annet fra brukerorganisasjoner. Forslaget til ny rettslige standarder vil imidlertid kunne intensivere prøvingen av kommunens rettsanvendelse både i forhold til tilsyn og klage.

- *Veiledere, uttalelser*, mv fra Helsedirektoratet, mv; Det er i høringsnotatet (s. 254) uttalt at nasjonale faglige retningslinjer og veiledere juridisk sett kun er veiledende, og slik ikke binder kommunen. Det uttales at dersom kommunen velger en annen praksis enn den som er foreslått i veileder eller retningslinjer, bør den være basert på en konkret og begrunnet vurdering. Staten har slik ikke instruksrett over kommunene.

Vurdering:

Det er positivt at lovforslagene vil underbygge og forsterke kommunens myndighet og at lokal handlefrihet blir fremhevet som et viktig verdigrunnlag.

Forslagene som fremmes er til dels preget av detaljstyring. Dette kan føre til en byråkratisering i forvaltningen som bringer ressursene og oppmerksomheten vekk fra brukerne av tjenestene.

4. Samarbeidsavtaler og rettslige forhold

Regjeringen vil lovfeste et krav til at kommuner/samarbeidende kommuner og helseforetak skal inngå samarbeidsavtaler. Et formål med avtalene er at partene skal avtale klare rammer som kan hindre uklarhet om ansvars- og oppgavemessige forhold. Dette praktiseres allerede i dag som et frivillig avtalesystem. Det er kravet om et avtalebasert samarbeid som lovhjemles, men innretningen på dette samarbeidet forutsettes avklart mellom partene. Forpliktende samarbeidsavtaler mellom partene vil være et sentralt verktøy for å sikre et helhetlig og sammenhengende tjenestetilbud.

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester underbygger og forsterker i all hovedsak kommunenes myndighet. Lovforslaget innebærer ingen lovreform, men er en videreføring av gjeldende rett med visse presiseringer. Det legges i stor grad opp til at samhandlingsreformens intensjon skal nås gjennom lokale løsninger/avtaler, og slik er mye av ansvaret for reformens gjennomføring lagt på kommunene.

I lovteksten eller i kommentarene til høringsnotatet er det ikke forsøkt å angi hvor grensene går mellom kommunehelsetjenesteloven og spesialisthelsetjenestelovens ansvarsområder. Det er også uklart hvem av henholdsvis foretak eller kommunene som får ansvar for tjenester hvor det opprettes samarbeidsløsninger som intermediære avdelinger, distriktsmedisinske senter, mv.

Forslaget til ny lover vil på mange måter styrke HOD (Helse og omsorgsdepartementet) sin posisjon i forhold til kommunesektoren også utover gjeldende rett. HOD vil rettslig kunne treffe avgjørelser uavhengig av hva kommunene og foretakene har avtalt, og også uavhengig av hva et eventuelt avtalt tvisteløsningsorgan måtte ha fastsatt.

Det er uklart hvor langt partene kan inngå bindende avtaler, og det blir da tilsvarende uklart hvilket mandat og rolle et tvisteløsningsorgan etter avtalen kan gis.

Vurdering:

Det er viktig å få avklart hvilken status avtalen mellom kommunene og helseforetakene skal ha vedrørende oppgavefordeling, og slik også hvilken rolle et tvisteløsningsorgan skal ha.

Det er også grunn til å påpeke at en ytterligere klargjøring av oppgavefordeling, ansvar og myndighet i lovverket, ville kunne føre til en bedre forståelse av roller og derav lette samhandling på system og individnivå. Behovet for – og omfanget av ytterligere forskrifter og partnerskapsavtaler kunne bli mindre. Dette også for å forhindre byråkratisering.

5. Legetjenesten

Bedre og mer integrerte legetjenester i kommunene er et sentralt område i samhandlingsreformen og en forutsetning for økt kommunalt ansvar og større oppgaver. For å sikre at legeressursene anvendes til de prioriterte områdene er det nødvendig å knytte fastlegene tettere styringsmessig til kommunen. Det er også nødvendig at det blir stilt funksjons- og kvalitetskrav til fastlegen knyttet til innbyggerne på deres liste.

Regjeringen forutsetter at veksten i legetjenester i hovedsak skal skje i kommunene. Dette skal gi rom for økt innsats til prioriterte grupper på fastlegens liste i tillegg til en styrking av allmennmedisinske offentlige oppgaver. Regjeringen vil legge til rette for sterkere kommunal styring av fastlegene. Det foreslås å forskriftsfeste nasjonale kvalitets- og funksjonskrav med tilhørende rapportering. Fastlegens listeansvar presiseres og utvides, blant annet til proaktiv oppfølging av pasienter som ikke selv oppsøker legen. Regjeringen beskriver også fordeler og ulemper ved å gi kommunene større finansieringsansvar.

Vurdering:

En forsterket og godt integrert legetjeneste i kommunenes helse- og omsorgstjeneste vil være en forutsetning for at kommunene skal kunne ta flere oppgaver og et større ansvar i helsetjenesten. Det vil bli viktig i det videre arbeid å vurdere hvilke virkemidler som må være på plass for at kommunene skal kunne ivareta sitt økte ansvar.

6. Kompetanse

Kommunene er gitt et betydelig ansvar for å realisere reformens målsettinger. Den nye kommunerollen med økt ansvar og nye oppgaver får store konsekvenser med behov for styrket kompetanse og godt lederskap. Dette gjelder helsefaglig kompetansebygging knyttet til nye oppgaver i kommunehelsetjenesten, analysekompetanse og ledelseskompentanse. Dette kompetansebehovet må i tillegg til endring i utdanningenes innhold og styrking av kapasitet, understøttes av etter- og videreutdanning.

Dette stiller kommunene overfor nye kompetanseutfordringer: Hvordan skal antallet kommunalt fagpersonell økes og hvordan skal kommunene styrke kompetansen blant de som allerede jobber i sektoren?

Det er viktig at de myndighetsmessige rammebetingelsene understøtter at det utdannede helse- og sosialpersonell i større grad enn til nå blir kanalisert til den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Med unntak av det allerede iverksatte tiltaket "Omsorgsplan 2015" ser det

ikke ut som om regjeringen tar tak i kapasitetsutfordringene som kommesektoren står ovenfor på dette feltet. Utdanningsinstitusjonene er i for stor grad rettet inn mot arbeid i spesialisthelsetjenesten. Det må legges vekt på å utdanne helse- og sosialpersonell som er tilpasset de fremtidige kommunale oppgavene.

En stortingsmelding om utdanningene for velferdstjenestene (Helse, NAV, barnevern) skal legges fram høsten 2011. Innen helse vil meldingen legge premisser for tilpasning av helsefagutdanningenes innhold og organisering i lys av Samhandlingsreformen og endringer i arbeidslivets behov. Meldingen skal ta for seg utdanningene på fag- og yrkesopplæring, fagskole og universitets- og høghskolenivå. Etter- og videreutdanning som er nødvendig for å legge grunnlag for samhandlingsreformen må finansieres av staten og gis prioritett.

Vurdering:

- *Høringsutkastene gjenspeiler i alt for liten grad tilbudene som befolkningen mottar i kommunene i dag og den kompetansen som finnes innen forebygging og spesifikke helsetjenester. Dette bør utdypes ytterligere for at utgangspunktet for å foreta endringer skal bli riktig, samt sikre tillitt til- og oppslutning om endringer.*
- *Ytterligere insitamenter for bedre samhandling i allerede eksisterende flerfaglige team i kommunene, der spesialisthelsetjenesten bidrar med kompetanse, er et vesentlig område å legge innsats i videre.*
- *Omleggingen i helse og omsorgssektoren krever kompetanseutvikling på alle nivåer. Utdanningskapasiteten og utdanningenes innhold må tilpasses behovene for kompetanse i kommunene og helseforetakene.*
- *Forskningsinnsatsen og kunnskapsutviklingen må øke betraktelig. Den må omfatte alle deler av omleggingen og alle aktørene, både samfunn, administrasjon og organisering, økonomiske og faglige aspekter, og ikke minst resultat for brukerne av tjenestene.*
- *Utvikling av samhandlingskompetanse er viktig på begge forvaltningsnivåene, der likeverdighet mellom yrkesgrupper og aktører legges til grunn og ikke minst i ledelsesutvikling.*

7. Finansiering

Det er forutsatt at det skal gis kompensasjon for økte kommunale kostnader knyttet til henholdsvis kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunal betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter fra første dag. For begge disse endringene er det forutsatt videre utredning av økonomiske virkninger og hvordan kompensasjon skal tilføres kommunene.

Det er to alternative modeller for medfinansiering som er aktuelle for det somatiske området: All behandling av personer over 80 år eller all medisinsk behandling (uavhengig av alder). For begge modellene er det lagt til grunn 20 pst kommunal medfinansiering. Omfanget av kommunal medfinansiering er anslått til å utgjøre henholdsvis 1,5 mrd. kroner ved den aldersbestemte modellen og 3,6 mrd. kroner ved en modell avgrenset til det medisinske området. Dette innebærer at den aldersbaserte modellen gir lavest finansiell risiko for kommunene.

Utbygging av et kommunalt døgnbehandlingstilbud ved øyeblikkelig hjelp er forutsatt finansiert ved at kommunen sparer medfinansieringskostnader og ved eventuelle bidrag fra helseforetakene.

De to kommunale medfinansieringsordningene bør drøftes for å avklare hvilken modell som bør velges, og hvordan kommunene skal kompenseres. Medfinansieringsmidler vil ikke være tilstrekkelig til å finansiere alternative rehabiliteringstilbud i kommunene. Dersom spesialisthelsetjenesten skal gjøre mindre og kommunene mer på rehabiliteringsfeltet må innsparinger på spesialisthelsetjenesten og merkostnader for kommunene beregnes med sikte på å flytte ressurser fra spesialisthelsetjenesten til kommunene.

De økonomiske virkningene ved et øyeblikkelig hjelp døgntilbud må beregnes med sikte på fullfinansiering. Ansvarsdelingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene bør samtidig klargjøres. Innenfor psykiatri og rus ligger ikke forholdene til rette for at det kan innføres en betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter fra 2012.

Vurdering:

Det er behov for en grundig kostnadsberegning av kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenestene.

Ny oppgaver må fullfinansieres. Pukkelkostander må dekkes. Det må settes inn midler til kapasitetsbygging og kompetanseutvikling. Det er behov for en ytterligere gjennomgang av oppgavefordeling og finansiering når det gjelder rusfeltet, psykiatri, rehabilitering og gråsonefeltet mellom sosiale tjenester og barnevern.

Det er ikke ønskelig å dele opp begrepene habilitering/rehabilitering ytterligere.

Når oppgaver flyttes fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten, flyttes kostnadene til kommunene. Det forutsettes at dette medfører økte overføringer til kommunene.

Beregninger viser at en region som etablerer LMS med 10 intermediær – og observasjonsplasser, får en tilleggskostnad på 12 millioner kroner knyttet til drift. Finansiering av intermediære sengeplasser trenger derfor ytterligere klargjøring.

8. IKT og systemutvikling

I ny lov foreslås det å gi departementet myndighet til å stille krav om at dokumentasjon og kommunikasjon av helseopplysninger skal skje elektronisk. Eksisterende hjemler vil tas i bruk for å stille nasjonale krav til standardiserte og sertifiserte løsninger. Helseforetak og kommunehelsetjenesten skal videre legges til rette for effektiv elektronisk samhandling.

Vurdering:

Ibruktakelse/ implementering av nye IKT- løsninger er en forutsetning for en mer effektiv samhandling. Reformen må bidra til bedre elektronisk samhandling i helsesektoren generelt og mellom helseforetakene og kommunene spesielt. Det må bety bedre IT- løsninger og plattformer som "snakker sammen" og gjør det mulig å kommunisere bedre elektronisk mellom helseforetakene, fastlegene, den kommunale helse- og omsorgssektoren og pasient/ bruker.

Felles plattformer, som kommunal- og offentlig ikt-arkitektur må utvikles og finansieres sentralt.

IKT-systemer må legges til rette slik at det ikke blir spørsmål om kommunene har råd til å benytte dem. De må være åpne og tilgjengelige for alle som de er ment å tjene.

En harmonisering av kvalitetssystemer, administrative systemer, retningslinjer og rutiner må utføres ved deltakelse fra berørte parter og det vil være en fordel med felles opplæring.

9. Implementering

Regjeringens intensjon er at reformen skal gjennomføres over tid, hvor de ulike tiltakene innføres gradvis. Det arbeides med en egen kronologisk fremdriftsplan for iverksetting av de ulike virkemidler i gjennomføringen av samhandlingsreformen.

Vurdering:

Implementering må skje skrittvis, basert på kunnskap og erfaringer. Det blir viktig å sikre at kommunene kan bygge opp sine tjenester før tilbud ved sykehusene bygges ned.

10. Kommuner, fylkeskommuner og statlige myndigheters rolle i ny folkehelselov

Med forslaget til ny folkehelselov etableres et nytt fundament for å styrke folkehelsearbeidet i politikk- og samfunnsutvikling og i planarbeid ut fra regionale og lokale utfordringer og behov. Det foreslås blant annet krav til å ha god oversikt over helseutfordringene i den enkelte kommune og at disse utfordringene skal danne grunnlag for strategier, mål og tiltak forankret i plansystemet etter plan- og bygningsloven. Videre legges det gjennom lovforslaget et grunnlag for bedre samordning mellom kommuner, fylkeskommuner og statlige myndigheter.

Hovedtrekk i lovforslaget er at:

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

Vurdering:

Det er positivt at folkehelsearbeidet blir tydeliggjort og dermed styrket gjennom lokale og regionale planstrategier i samhandling mellom kommuner, fylkeskommuner og statlige helsemyndigheter. Det synes imidlertid å være underforstått at den nye folkehelseloven skal frambringe bedre folkehelse uten nevneverdige administrative eller økonomiske konsekvenser for kommunene. Dette betviles, siden det settes krav til samarbeid, overvåking og statistikkarbeid samt at folkehelse inkluderes som tema i kommunens øvrige planarbeid. Dessuten er det allerede utfordringer for kommunene å skaffe til veie tilstrekkelig kompetanse, for eksempel innen samfunnsmedisin. Dette må vektlegges i det videre arbeidet.

Folkehelsekoordinatorstilling er viktig i kommunene, for å stimulere til tverrsektoriell og nivåovergripende arbeid. Stillingen bør være sentralt administrativt plassert og ha nærhet til

det politiske nivået. Det er grunn til å etterspørre hvordan folkehelse tilsvarende skal ivaretas tverrdepartementalt i staten sentralt.