

Høringsuttalelse til regjeringens forslag til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, ny folkehelselov og Nasjonal helse- og omsorgsplan

Generelt

Rådmannen fremmer med dette forslag til Tromsø kommunes høringsuttalelse til forslag til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, ny folkehelselov og Nasjonal helse- og omsorgsplan.

Vi har samarbeidet med Balsfjord og Karlsøy kommuner om ett felles generelt grunnlag for høringsuttalelse. Kommunene fremmer likevel saken for sine politiske organer med de tilpasninger de mener er nødvendige ut fra lokale forhold.

P.g.a. at høringsfristen er 18.1.11 vil det være helse og omsorgskomiteen som avgir Tromsø kommunens uttalelse. Uttalelsen vil bli referert for formannskapet og kommunestyret.

Rådmannen gir slikt forslag til innstilling:

Helse- og omsorgskomiteen slutter seg til rådmannens forslag til høringsuttalelse til forslag til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, ny folkehelselov og Nasjonal helse- og omsorgsplan.

GB

Sammendrag

Helse og omsorgsdepartementet fremla den 18. oktober forslag til ny folkehelselov og ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (tidligere lov om sosiale tjenester, lov om kommunehelsetjenester og lov om folkehelse). I tillegg er grunnlaget for ny Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011 – 2015). lagt ut på nett. Høringsfristen er 18. januar 2010.

Det nye lovutkastet til folkehelselov medfører to typer endringer. Det ene er at relevante lovbestemmelser for folkehelsefeltet samles i en egen lov for alle forvaltningsnivåer. Den andre typen endringer går på endrete og i hovedsak innskjerpede krav til aktørene på å gjennomføre tiltak for å ivareta folkehelsen. Lovens formål er også å redusere sosiale forskjeller i helse.

Forslaget til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester innebærer i hovedsak en videreføring av gjeldende regelverk, men en tydeliggjøring av kommunens overordnede ansvar for helse- og omsorgstjenestene.

Det foreslås presisert at kommunen må planlegge, organisere, gjennomføre, overvåke, evaluere og korrigere virksomheten, slik at tjenestene er i samsvar med lov og forskrift.

Skillet mellom helsetjenester og omsorgstjenester oppheves og at helsepersonelloven skal gjelde for alt personell som yter tjenester etter denne loven. Flere av bestemmelsene i dagens kommunehelselov overføres til ny lov om folkehelse og pasientrettighetsloven.

Lovforslaget er både diagnose- og profesjonsnøytralt.

Departementet ber høringsinstansene kommentere behovet for å lovfeste at kommunene skal sørge for tilbud om døgnopphold til pasienter med behov for øyeblikkelig helsehjelp.

Pasient- og brukerrettigheter videreføres, men samles i pasientrettighetsloven.

Lovforslaget legger økt fokus på kommunens ansvar for helsefremmende og forebyggende arbeid.

Departementet foreslår å innføre lovbestemte krav om at det skal drives systematisk arbeid for å styrke pasientsikkerheten.

Det foreslås å videreføre oppholdsprinsippet skal ligge til grunn for helse- og omsorgstjenester, men at adgangen til å kunne kreve refusjon fra den kommune tjenestemottaker bodde i, forut for institusjonsopphold, ikke videreføres, men at det kan gis nærmere regler for dette gjennom forskrift.

Det foreslås en forskriftsadgang om kommuners medfinansieringsansvar for pasientbehandling i spesialisthelsetjenesten.

Lovforslaget innebærer lovfesting om at kommunene har ansvar for utskrivningsklare pasienter fra dag én og et lovpålagt avtalesystem mellom kommuner og helseforetak.

Det gjennomgående i høringsnotatet er at i følge departementet har de fleste endringene ingen vesentlige administrative eller økonomiske konsekvenser.

Innledning

I St. meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen er det presentert enkelte grep og overordnede prinsipper som skal sikre en fremtidig helse- og omsorgstjeneste som svarer på pasientens behov for koordinerte tjenester, og på de store samfunnsøkonomiske utfordringene ved den demografiske utviklingen og endring i sykdomsbildet.

Samhandlingsreformen bygger blant annet på en overordnet målsetting om å redusere sosiale helseforskjeller, og at alle skal ha et likeverdig tilbud om helsetjenester uavhengig av diagnose, bosted, personlig økonomi, kjønn, etnisk bakgrunn og den enkeltes livssituasjon. Når sykdom rammer, er det viktig at folk skal oppleve at de får tilbud om behandling og pleie med kort ventetid og med størst mulig nærhet til brukeren. Målene med samhandlingsreformen er:

- 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

De nye lovforslagene skal:

1. angi rammene for en ny kommunerolle - kommunenes oppgaver skal tydeliggjøres
2. gi økt innsats på folkehelse og forebygging
3. gi bedre legetjeneste i kommunene
4. understøtte en klarere pasientrolle/helhetlig pasientforløp
5. legge til rette for samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunenes helse- og

omsorgstjeneste

6. legge til rette for at spesialisthelsetjenesten kan utvikles slik at den i større grad kan bruke sin spesialiserte kompetanse

Målene i reformen skal realiseres gjennom et sett av flere virkemidler. Departementets intensjon med de to foreliggende lovforslagene er å harmonisere lovverket slik at det blir et sentralt virkemiddel i oppfølgingen av Samhandlingsreformen og de offentlige utredningene denne bygger på.

Tromsø kommune støtter departementet i at grunnleggende verdier som trygghet, respekt, valgfrihet og medvirkning skal videreføres i den nye loven sammen med de overordnede målsetningene om å redusere sosiale helseforskjeller, og å sikre alle pasient- og brukergrupper lik tilgang til likeverdige og individuelt tilpassede tjenestetilbud av god kvalitet, når de trenger det.

Lovforslagets struktur, formål og virkeområde

Etter departementets vurdering vil en felles lov om kommunale helse- og omsorgstjenester som opptar gjeldende kommunehelsetjenestelov og de resterende deler av sosialtjenesteloven, gi et bedre grunnlag for å oppnå et oversiktlig og helhetlig regelverk enn i to atskilte lover. En felles lov vil særlig ivareta behovene til personer som trenger flere sammensatte tjenester og gjøre det enklere for disse å orientere seg om kommunens plikter.

Lovens formål er å 1)forebygge, behandle og tilrettelegge for mestring av sykdom, skade, lidelse og nedsatt funksjonsevne, 2)fremme sosial trygghet, bedre levevilkårene for vanskeligstilte, bidra til økt likeverd og likestilling og forebygge sosiale problemer, 3)sikre at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig og til å ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre, 4)sikre tjenestetilbudets kvalitet og et likeverdig tjenestetilbud, 5)sikre økt samhandling og at tjenestetilbudet blir tilgjengelig for tjenestemottakerne og at det er tilpasset tjenestemottakernes behov, 6)sikre at tjenestetilbudet tilrettelegges med respekt for den enkeltes integritet og verdighet og 7) bidra til at ressursene utnyttes best mulig.

1. Hvilken myndighet er foreslått gitt til kommunene?

Det er flere forslag i høringsnotatet som vil underbygge og forsterke kommunens myndighet, og departementet fremhever viktigheten av lokal handlefrihet som et av verdigrunnlagene bak loven.

Det er også forslag i høringsnotatet som vil svekke kommunesektorens stilling vis a vis staten og som ytterligere undergraver balansen mellom stat og kommune sammenlignet med dagens situasjon.

1.1 Legetjenesten i kommunene

I nye forslag til lov om helse- og omsorgstjenester i kommunene, og ny lov om folkehelse, er det primært drøftet og foreslått endringer knyttet til *ansvar og plikter* for fastlegene og kommunene. I tillegg er kommuneoverlegens formelle oppgaver og tilknytning til kommunene drøftet.

Departementet foreslår ikke en endring av dagens hovedmodell med fastlegeordningen, herunder et listepasientsystem og at fastlegene som hovedmodell er selvstendig næringsdrivene.

1.1.1 Kommunelegens rolle – medisinsk faglig rådgiver

Bestemmelsen i lovforslaget er i hovedsak en videreføring av gjeldende lov med endring av en saksbehandlingsregel.

Etter gjeldende lov skal kommunelegens tilråding om begrunnelse alltid følge saken når kommunen behandler saker om miljørettet helsevern, smittsomme sykdommer og helsemessig beredskap. Denne særlige saksbehandlingsregelen anser departementet at det ikke lenger er behov for, da forvaltningsloven har regler om forsvarlig saksbehandling. Det vil kunne være å betrakte som en saksbehandlingsfeil om en innstilling innen nevnte fagområder ikke forelegges kommunelegen eller fremmes uten at dennes syn fremkommer.

Kommune(over)legen er og blir for øvrig et viktig bindeledd mellom kommunenes øverste ledelse og fastlegetjenesten og en viktig støttespiller i forhandlinger samhandlingsavtaler med spesialisthelsetjenesten.

Tromsø kommune har ingen merknader til bestemmelsen i lovforslaget.

1.1.2 Fastlegeordningen – endringer og nye krav til fastlegene

Departementet ønsker å tydeliggjøre kommunens overordnede ansvar for fastlegeordningen i kommunen. Det anses ellers å regulere fastlegeordningen i større grad gjennom forskriften fremfor gjennom et noe uoversiktlig sett av avtaler. Lovforslagets bestemmelse om legefordeling til kommunens helse- og omsorgstjenester er en videreføring av gjeldene lov.

Departementet varsler en revidert forskrift om fastlegeordningen med blant annet innføring av nasjonale kvalitets- og funksjonskrav med tilhørende rapportering. Forskriften vil bli sendt på høring på vanlig måte. Forslaget til utvidet forskrift reiser noen prinsipielle spørsmål om hvor mye staten skal gripe inn i og styre noe som partene (kommunene og fastlegene) normalt bør kunne finne fram til gjennom forhandlinger og avtaler. På den andre side kan det å løfte noe fra avtale og inn i forskrift, åpne opp for at forhold kan komme inn i avtaleverket slik at fastlegene og kommunene kan løse de lovpålagte oppgaver og ansvar. Det er vanskelig å vurdere forslaget om mer omfattende forskriftfesting før endelig forslag til formulering foreligger.

Det varsles at det ikke vil bli foreslått noen økning av påleggshjemmelen på 7,5 timer til offentlige legeoppgaver. Imidlertid ønsker departementet å la det være opp til den enkelte kommune å bestemme hvilke oppgaver den ønsker å organisere utenfor fastlegenes ordinære praksis og inn under 7,5 timer/uke.

Departementet foreslår ikke konkret en endring av dagens finansieringsmodell, men vil allikevel innhente synspunkter på om finansieringen skal dreies fra 75 % refusjon og 25 % per capitatilskudd, til 50 % refusjon og 50 % per capitatilskudd. Begrunnelsen er bl.a. at en endring vil kunne gi kommunen større mulighet til å få prioritert andre allmennlegeoppgaver for eksempel forebyggende oppgaver. Høy stykkprisandel gir uheldige insentiver med hensyn til enkelte målsettinger for tjenesten.

Etter Tromsø kommunes mening synes de endringene som er foreslått i lovutkastet å virke formålstjenelige. Det er positivt at det tydeliggjøres at det er kommunen og ikke den enkelte fastlege som har det overordnende ansvaret for at innbyggerne i kommunen tilbys fastlegetjenester.

Men samtidig er det viktig at endringene må følges med tilstrekkelige virkemidler slik at kommunen kan sikre at ansvaret kan overholdes.

En kvalitativt god allmennlegetjeneste er en hjørnestein i kommunenes helse- og omsorgstjeneste. Den skal sikre alle innbyggere tilgang på helsetjenester og være den grunnmuren som spesialisthelsetjenesten bygger på. Allmennlegetjenesten er en sentral samarbeidspartner for de øvrige kommunale helse- og omsorgstjenester og inngår i en helhetlig kommunal helse- og omsorgstjenesten.

Det er tre hovedfelter der kommunen ser utfordringer i samarbeidet med fastlegeordningen.

Det ene er sikring av systematisk kvalitetsarbeid blant fastlegene. Dette er i stor grad et individuelt ansvar i dag. Loven legger opp til en styring i form av rapportering. Men dersom kommunen skal ha et reelt ansvar for kvaliteten holder det ikke med virkemidler for å holde oversikt over kvalitet, man må også ha virkemidler for å følge opp manglende kvalitet.

Det andre området er å sikre tilgjengelighet, både i form av tilgjengelighet på telefon, tilgjengelighet til time hos fastlege og tilgjengelighet i form av åpningstid. Dagens rammeavtale stiller så romslige krav til tilgjengelighet at kommunen i realiteten ikke har innflytelse på dette området. Et eksempel på dette er at legekontorene velger å holde stengt i enkelte perioder uten at kommunen kan gjøre annet enn å prøve å øke bemanningen på legevakt.

Det tredje feltet er samarbeid om pasienter som er felles mellom fastlege og den kommunale pleie- og omsorgstjeneste. Her ser vi samarbeidet varierer i stor grad mellom fastlegene uten at kommunen har noen virkemidler til å korrigere slike utfordringer.

Når vi allerede i dag ser klare forbedringsområder vil nye tiltak for å holde oversikt over kvalitet ikke nødvendigvis ha stor betydning dersom ikke kommunen får de virkemidlene til å gjennomføre korrigeringer i de tilfeller kvaliteten ikke vurderes å være tilstrekkelig.

Tromsø kommune mener at det er tvilsomt om kommunene får mer styring med hva legene gjør ved å øke finansieringsansvaret, (50/50 fordeling av basistilskudd/takster). Finansieringsmodellen omfatter dessuten bare kurative oppgaver. Kommunen går mot dette forslaget.

Det er større behov for å styrke offentlig allmennmedisinsk arbeid, og dette utføres ved at kommunen ansetter leger i hel- eller deltidstillinger. Det er viktig å opprettholde høy produktivitet og god tilgjengelighet til fastlegen for folk flest.

1.2 Avgjørelser om tildeling og avslag på hjelp

Det er viktig at tildeling av helse- og omsorgstjenester skjer på en måte som sikrer rettferdig og riktig fordeling, og at den enkeltes rettssikkerhet blir ivaretatt. Samtidig er det viktig at tjenestene ikke blir ”overbyråkratisert”, og at det ikke blir brukt unødvendig tid på skriftlighet og vedtaksprosedyrer.

Etter sosialtjenesteloven skal forvaltningsloven som hovedregel gjelde, og tildeling av sosiale tjenester skal regnes som enkeltvedtak. Søknaden skal klargjøres, det skal samles inn opplysninger, og disse skal vurderes i forhold til lover og retningslinjer. Til slutt skal det fattes et skriftlig vedtak og søker har klagerett.

Etter kommunehelsetjenesteloven skal forvaltningsloven gjelde for vedtak om hjemmesykepleie og vedtak om tildeling og bortfall av plass i sykehjem eller boform for heldøgns omsorgs og pleie. Dette betyr at de samme saksbehandlingsreglene som gjelder ved tildeling av sosiale tjenester, skal følges i slike saker.

Hovedregelen etter kommunehelsetjenesteloven er imidlertid at forvaltningsloven ikke skal gjelde for vedtak om helsehjelp. Dette betyr at særreglene i helselovgivningen gjelder for avgjørelser som ikke dreier seg om hjemmesykepleie eller sykehjemsplass.

Kommunale helsetjenester (unntatt hjemmesykepleie og sykehjemsplass) ytes som regel uten at det er fremmet en formell søknad. Tjenestene ytes ofte ved personlig henvendelse og direkte kontakt mellom det enkelte helsepersonell og den enkelte pasient.

Helsepersonellet foretar forskjellige faktiske handlinger, diagnostiske vurderinger og kliniske beslutninger.

Helselovgivningen skiller seg m.a.o. ut når det gjelder reglene om forhåndsvarsel, begrunnelse, krav til skriftlighet og underretning om vedtak. En viktig årsak til at disse kravene ikke er innført i helsesektoren, er at det ville medføre mye merarbeid og bli svært tidkrevende å begrunne alle innvilgelser og avslag på helsehjelp i et skriftlig vedtak.

Etter alminnelig rettsoppfatning anses ikke konsultasjoner, diagnostisering, behandling og henvisninger som enkeltvedtak, men som faktiske, eventuelt prosessuelle handlinger. Dette betyr at reglene om enkeltvedtak uansett ikke gjelder for disse handlingene.

Ved tildeling av hjelp direkte fra det enkelte helsepersonell vil det avgjørende være helsepersonellens faglige vurdering av pasientens behov.

Det vil bli lagt ulike hensyn til grunn ved tildeling av tjenester i en tilnærmet øyeblikkelig hjelp situasjon og i tilfeller der kommunen mottar en søknad og har bedre tid til å foreta en mer omfattende vurdering av behovet sett opp mot alternative måter å gi et forsvarlig tjenestetilbud på. Det kan derfor være mest hensiktsmessig både for kommunen/tjenesteyterne og pasientene og brukerne at forvaltningslovens anvendelse knyttes opp mot hvor akutt hjelpebehovet er, eller om behovet er kortvarig eller av mer varig karakter. Unntaket fra forvaltningsloven i helselovgivningen skyldes særlig hensynet til at helsetjenesten må kunne iversette et avgrenset behandlingstilbud så raskt som mulig. Ved tildeling av tjenester av mer langsiktig eller varig karakter må det stilles strengere krav til opplysninger i saken, både om brukerens behov og bruk av offentlige ressurser. Her har forvaltningsloven saksbehandlingsregler som skal sikre en forsvarlig offentlig myndighetsutøvelse.

Etter en helhetsvurdering er departementet kommet til at reglene i forvaltningsloven om enkeltvedtak som hovedregel ikke bør komme til anvendelse ved tildeling og avslag på hjelp etter pasientrettighetsloven. Departementet legger avgjørende vekt på at reglene i forvaltningsloven om enkeltvedtak ikke passer for beslutninger som treffes i den kliniske virksomheten.

Etter departementets vurdering bør imidlertid reglene om enkeltvedtak som utgangspunkt gjelde ved tildeling av hjelp som ytes på institusjon eller i hjemmet, og som strekker seg over et visst tidsrom. Tildeling av slik hjelp skjer som regel ikke i klinisk virksomhet, men som oftest via for eksempel et tildelingskontor i kommunen.

Etter departementets syn bør det imidlertid gjelde unntak fra reglene om enkeltvedtak ved tildeling av hjelp som skal dekke akutte eller kortvarige behov. I slike tilfeller er det behov for å ha fleksible og smidige ordninger, og departementet antar at det kan være hensiktsmessig å sette en grense ved tildeling av hjelp som gjelder et tidsrom på maksimum to uker. Etter departementets vurdering er det tilstrekkelig at de øvrige reglene i forvaltningsloven og i pasientrettighetsloven om rett til informasjon, medvirkning, klage mv. gjelder i disse tilfellene. Departementet vil understreke at hensikten med forslaget er å dekke behovet for å ha smidige regler i akutsituasjoner. I de tilfellene det er behov for å innvilge hjelp i hjemmet eller på institusjon for en lengre periode, skal forvaltningslovens regler om enkeltvedtak følges.

Departementets forslag går ut på at forvaltningslovens regler om bare skal gjelde ved tildeling av hjelp som gjelder tjenester i hjemmet og plass i institusjon for et tidsrom på over to uker. Departementet ber særlig om tilbakemelding fra høringsinstansene til dette forslaget.

Kommunalt råd for funksjonshemmede i Tromsø kommune har uttalt at forslaget om at forvaltningslovens regler om enkeltvedtak bare skal gjelde for vedtak om hjemmetjenester og heldøgntjenester i hjem eller institusjon over to uker svekker rettsikkerheten til brukeren.

Etter rådets mening innebærer forslaget at vedtak om avlasting, personlig assistanse utenom hjemmet herunder støttekontakt er unntatt fra kravet om skriftlighet og begrunnelse. Dette mener rådet ikke er holdbart.

Tromsø kommune viser til at ovennevnte forslag kan innebære at på sikt innrettes tjenesten slik at tjenestene ikke utmåles for mer enn to uker. Dette får betydning for klageretten og forutsigbarheten for brukere og pasienter reduseres med påfølgende utrygghet på grunnleggende områder. Vi foreslår at det presiseres i lovutkastet at avgjørelser på tjenester opp til to uker omfatter pasienter/brukere der det er overveiende sannsynlig at tjenesten ikke strekker seg utover dette tidsrommet.

1.3 Klageordning

Klageordningen foreslås regulert i pasientrettighetsloven med tilpasning til reglene om klage i forvaltningsloven. Det legges opp til at det skal være en felles klage- og tilsynsinstans istedenfor to.

Det foreslås felles klageregler, hvoretter fylkesmannen/helsetilsynet i utgangspunktet har full overprøvingsrett av både rettsanvendelsesskjønnet og kommunens frie skjønn, men hvor klageinstansen skal ved prøving av vedtak fra kommunen legge stor vekt på hensynt til det kommunale selvstyre ved prøving av det frie skjønn (valg av lovlige alternative tilbud o.a.), 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. Forslaget til ny

rettslige standarder vil imidlertid kunne intensivere prøvingen av kommunens rettsanvendelse både i forhold til tilsyn og klage.

Det foreslås at kommunen selv velger om de skal opprette egne klageorganer som i dag gjelder etter kommunehelsetjenesteloven.

Pasientrettighetsloven § 7-1 foreslås opphevet. Etter denne bestemmelse kan pasient eller representant for pasienten som mener at nærmere bestemmelser er brutt, anmode den som yter helsehjelpen, om at rettigheten blir oppfylt. Dette betyr at klagen skal sendes til organet som har truffet enkeltvedtaket eller avgjørelsen.

Det er etter Tromsø kommunes vurdering en fordel at det blir en felles klageinstans. Ved å legge klageordningen med helsetjenester under fylkesmannen vil denne bli mer samordnet og oversiktlig.

Kommunen vil understreke betydningen av forslaget om å presisere pasientrettighetsloven slik at klageinstansen ved prøving av vedtak, skal legge stor vekt på hensynet til det kommunale selvstyret ved prøving av det frie skjønn. Klageinstansen bør kun overprøve kommunale vedtak i forhold til loven, og en svært begrenset adgang til å overprøve kommunens frie skjønn.

Det er å anse som en stor fordel at klageinstansen ikke skal treffe nye vedtak i saken, men ved oppheving av kommunale vedtak, sende saken tilbake til ny behandling i kommunen selv om dette kan medføre at det kan gå lengre tid før endelig vedtak fattes.

En opphevelse av pasientrettighetsloven § 7-1 kan gi en mer byråkratisk ordning, ved at loven kan frata brukere og helsepersonell mulighet til å løse eventuelle tvister på lavest mulig nivå.

1.4 Tilsyn

Etter sosialtjenesteloven er fylkesmannen regional tilsynsinstans, mens Helsetilsynet i fylket ivaretar regional tilsynsfunksjon etter kommunehelsetjenesteloven.

Helse- og omsorgsdepartementet har i høringsnotatet latt det stå åpent om fylkesmannen eller helsetilsynet i fylket skal være tilsynsmyndighet for de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Dette spørsmålet ønskes spesielt besvart i høringsuttalelsene.

Helsetilsynet i fylket er såpass tett integrert i fylkesmannsembetet at det i realiteten, og i utgangspunktet, vil være det samme personellet som utfører tilsynsoppgavene uansett hvilken organisering man kommer frem til.

Det er også foreslått i høringsnotatet at Statens Helsetilsyn skal være overordnet faglig organ også dette uavhengig av hvilken organisering for tilsyn man lander på. Det må derfor forventes at lovlighetsvurderingene, inkludert forsvarlighetsvurderingene, blir gjennomført på samme måte uavhengig av om tilsynet legges inn under fylkesmannen eller ikke.

Fordelen med å legge tilsynet til fylkesmannen er at man sikrer bedre samordning av alt tilsyn som kommunen underlegges. Ulempen vil være noe større utfordringer i samordning av tilsyn med de deler av helse- og omsorgstjenestene som omhandler samarbeid mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Fordelene med samordning av alt tilsyn som føres med kommunale tjenester er åpenbar. Lovlighetsvurderingene vil som sagt forventes å bli gjennomført på samme måte, men hvordan tilsynet sikrer at eventuelle avvik blir lukket kan bli noe endret.

De fleste kommuner har i dag relativt stram økonomi og må gjennomføre vanskelige prioriteringer. I en slik situasjon kan det være svært utfordrende å raskt lukke avvik dersom dette innebærer intern omfordeling av ressurser. Vi har fra før erfaring med at sektortilsyn tidvis har begrenset evne til å se denne helheten og at kommunen kan bli presset til å gjennomføre omprioriteringer som helthetsmessig kan virke uheldig. Ved å samordne dette tilsynet med øvrig tilsyn for den kommunale virksomhet kan man forvente at kompleksiteten i kommunal virksomhet i større grad blir forstått ved tilsyn.

Det vil nok i utgangspunktet være en fordel at man har et gjennomgående tilsyn med helsetjenesten i kommunen og i spesialisthelsetjenesten. Man kan tenke seg et hendelsesbasert tilsyn etter en hendelse i samhandlingen mellom et sykehus og en kommunal helse- og omsorgstjeneste. I en slik situasjon vil da både Helsetilsynet i fylket og fylkesmannen føre tilsyn med samme sak.

Samtidig vil nok dette tilsynet i praksis bli gjennomført av det samme personellet selv om deler gjennomføres av Helsetilsynet i fylket og deler av fylkesmannen. Dermed burde det ikke utgjøre noen stor utfordring å samordne et slikt tilsyn.

Helsetilsynet i fylket har gjennom kompetanse og god saksbehandling opparbeidet seg tillitt i helse- og omsorgstjenestene. Det diskuteres hvorvidt en omorganisering vil påvirke denne tillitten. Tromsø kommune er av den oppfatning at så lenge tilsynet fortsatt blir gjennomført med god kvalitet vil ikke omorganiseringen ha noen innvirkning av betydning på sektorens tillit til tilsynet.

Det diskuteres også hvorvidt det kan være vanskeligere å rekruttere personell til dette tilsynsarbeidet ved at tilsynets profil blir mer uklart når det legges inn under fylkesmannen. Tromsø kommune er rimelig trygg på at denne tilsynsfunksjonen har så stor viktighet at tilsynets profil etter kort tid vil fremstå med like stor klarhet som det gjør nå.

Tromsø kommune støtter dermed forslaget om at tilsynsfunksjonen for de kommunale helse- og omsorgstjenestene overføres til fylkesmannen.

1.5 Kommunesamarbeid

I stortingsmeldingen ble det lagt til grunn at kommunene selv vil måtte finne fram til egnede samarbeidsformer for å sikre at ressurser og kompetanse utnyttes på best mulig måte.

Departementet legger til grunn at det vil oppstå et behov for omfattende interkommunalt samarbeid for å oppnå tilstrekkelig innbyggergrunnlag, tilstrekkelig kompetanse og nødvendig økonomisk styrke. Forslaget til ny helse- og omsorgslov bygger på en forutsetning om at kommuner i nødvendig utstrekning inngår samarbeid om de aktuelle oppgavene.

Departementet vurderer det slik at samkommunemodellen eller vertskommunemodellen i mange tilfeller vil kunne være de mest hensiktsmessige måtene å møte nye fremtidige utfordringer og oppgaver innen helse- og omsorgssektoren, især for de minste kommunene.

Samkommunemodellen og vertskommunemodellen er tiltenkt å kunne løse større og mer

omfattende oppgaver som krever særlig fagkompetanse. Av den grunn vil departementet oppfordre kommunene til å vurdere disse modellene for samarbeid. Departementet understreker at det er kun disse modellene som er aktuelle når det er snakk om *offentlig myndighetsutøvelse*. Med utøvelse av offentlig myndighet siktes det til myndighetsutøvelse i betydningen; vedtak av offentligrettslig art bl.a. enkeltvedtak.

Departementet er av den oppfatning at et slikt samarbeid i utgangspunktet bør inngås frivillig. Det er opp til kommunene som skal inngå samarbeid å velge den modellen som er best egnet for det samarbeid som tenkes inngått. Departementet mener likevel at i de tilfeller hvor et slikt samarbeid likevel ikke inngås hvor det er påkrevd, og dette utgjør en risiko for at pasientene ikke får de helse- og omsorgstjenester de har krav på etter loven, må departementet ha mulighet til å kunne påby et slikt samarbeid.

Tromsø kommune har ingen spesielle merknader til forslaget. Utgangspunktet må hele tiden være at samarbeid må basere seg på frivillighet. For vår kommunes del vil i tilfelle en vertskommunemodell være det mest aktuelle.

2. Hvordan er ansvarsfordeling med hensyn til oppgaveløsning og beslutningskompetanse?

Det er ikke i høringsnotatet forsøkt å angi hvor grensene går mellom kommunehelsetjenesteloven og spesialisthelsetjenestelovens ansvarsområder. Kommunens ansvarsområder vil som i dag forbli negativt avgrenset – dvs. at kommunen har ansvaret for all nødvendig helsehjelp som ikke dekkes av spesialisthelsetjenestene. Det fremheves at det har skjedd en glidende overgang av tjenester fra spesialisthelsetjenesten og til kommunehelsetjenesten. Det gjøres likevel ikke opp en status vedrørende oppgavefordeling etter loven per i dag. Det er i høringsnotatet uttalt at det verken er ønskelig eller mulig å fastsette den nærmere ansvarsfordelingen mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

I lovteksten at departementet ved forskrift eller i det enkelte tilfelle kan bestemme hva som er helse- og omsorgstjenester. Det er derfor departementet som etter lovens ordning bindende kan fastsette hvorvidt ansvaret ligger til kommunen eller til spesialisthelsetjenesten.

Det er i forslag til lov lagt opp til utstrakt bruk av forskriftshjemler, hvor departementet i forhold til viktige regler for kommunen gjennom forskrift både skal fastsette nærmere regler vedrørende medfinansieringsordning og kommunens ansvar for utskrivningsklare pasienter. Det vises også til at departementet gjennom forskrift kan fastsette kvalitets- og funksjonskrav både til fastlegenes virksomhet og kommunens øvrige tjenester. Regelen om at departementet kan påby samarbeid mellom kommuner hvor det er påkrevd for en forsvarlig løsning videreføres, og forsterkes ved at slik påbudshjemmel også gjelder i forhold til sosiale saker.

I høringsnotatet ber departementet høringsinstansene om å komme med innspill til hvordan man kan hindre uønskede problemer som følge av gråsoner mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.

Det er etter Tromsø kommunes mening behov for en tydeligere ansvarsfordeling mellom spesialisthelsetjenestens og kommunehelsetjenesten. Denne problemstillingen løses ikke gjennom lovforslaget. Det innebærer at den "stille reformen" fortsetter, hvoretter stadig flere oppgaver overføres til kommunen uten at dette kompenserer økonomisk. Kommunens

myndighet og ansvar vil da heller ikke bli synliggjort. Det er departementet som ensidig vil kunne fastsette ansvarsfordelingen mellom stat og kommune.

Ansvarsfordelingen bør angis nærmere i forarbeidene til loven, og om mulig også klarere i selve lovteksten. Hvor det oppstår uenighet om ansvarsfordelingen, bør at uenigheten avgjøres av et uavhengig tvisteløsningsorgan eller som ett minimum i forskrifts form. Da vil det også i forbindelse med høringen være mulig å kostnadsberegne overføring av nye oppgaver til kommunen.

3. Hvordan er bruken av avtaler mellom kommuner og foretak?

Det er viktig for å sikre helhetlige og sammenhengende pasientforløp til det beste for den enkelte pasient at det er gode og systematiske samhandlingsverktøy og samhandlingsrutiner både mellom tjenestenivåene og innad i de ulike tjenestene. Et sentralt verktøy for å sikre et helhetlig og sammenhengende tjenestetilbud er samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak.

Det sentrale i lovforslaget er at kommunene skal tilby nødvendig helse- og omsorgshjelp som ikke er spesialisthelsetjeneste, og at kommunene innenfor disse rammer skal yte et forsvarlig, helhetlig og integrert behandlingstilbud. Helseforetaket og kommunen må ut fra forsvarlighetskravet vurdere sin plikt til å yte den helsehjelp som pasienten har behov for.

De eventuelle problemer som oppstår som følge av ”gråsonene” vil etter departementets mening, kunne reduseres gjennom *lovpålagte avtaler* mellom helseforetakene og kommunene.

I de foreslåtte oppgavebestemmelsene kommer kommunenes ansvar tydeligere frem ved at det pålegges et helhetlig ansvar for å sørge for helse- og omsorgstjenester.

Det er et etablert prinsipp innenfor helsetjenesten at helsehjelpen skal utføres på laveste effektive omsorgsnivå (LEON - prinsippet). Det vil i praksis si at dersom allmennlegetjenesten kan yte tilstrekkelig og forsvarlig helsehjelp til en pasient, skal fastlegen ikke henvise vedkommende til spesialisthelsetjenesten. Dette prinsippet kan etter departementets mening bli lettere å gjennomføre ved avtalebasert samarbeid lokalt. Samarbeidet må baseres på faglige vurderinger av hvilke oppgaver det er forsvarlig at kommunen utfører. Disse vurderingene må, etter departementets syn, foretas konkret i forhold til den enkelte kommune, blant annet på grunnlag av den helse- og omsorgsfaglige kompetansen kommunen besitter.

I denne forsvarlighetsvurderingen er det viktig at det etableres et nært samarbeid mellom personer med allmennkompetanse og spesialistkompetanse. Den faglige kompetansen som den enkelte kommune besitter, vil variere, avhengig av kommunens størrelse og andre lokale forhold. Et avtalebasert lokalt samarbeid vil ha den fordelen at det kan fungere fleksibelt og dynamisk når man skal komme frem til hvilke helsehjelp det er forsvarlig og riktig at kommunen tilbyr, og hvilke oppgaver som krever spesialisert kompetanse og utstyr, og som dermed fortsatt må løses av spesialisthelsetjenesten.

Departementet forutsetter at samarbeidsavtalene vil få stor prinsipiell betydning for kommunens oppfyllelse av det lovpålagte ansvaret for den kommunale helse- og

omsorgstjenesten, at de i samsvar med kommunelovens system må behandles på øverste politiske nivå.

Hovedhensikten med samarbeidsavtalene vil være å fremme og understøtte samhandlingen mellom kommunene og helseforetakene i det daglige arbeidet med å yte helse- og omsorgstjenester.

For å legge til rette for at avtalene som inngås mellom kommuner og foretak skal få et felles grunnlag, og for å sikre at avtalene skal bli det tiltenkte verktøyet for gjennomføring av samhandlingsreformen, foreslår departementet at det lovfestes et minimumskrav om hva som skal inngå i avtalene og at man overlater til partene på frivillig basis å ta inn det de måtte ønske i tillegg.

Departementet er av den oppfatning at lovfesting av ulike minimumskrav vil være hensiktsmessig for å gi kommunene et mer likeverdig partsforhold i avtalene, og sikre enhetlig praksis. Departementet vil likevel ikke foreslå spesifikke krav til avtalens innhold, men krav av mer generell karakter som departementet mener det er viktig at partene samarbeider om. Det er ikke rom for at partene avtaler seg bort fra det overordnede ansvaret for oppgaver som spesialisthelsetjenesteloven har lagt til foretakene.

De minimumskrav departementet vil foreslå at avtalen skal inneholde er blant annet tiltak for utskrivningsklare pasienter, samarbeidsrutiner, tiltak mot unødvendige innleggelser, faglige nettverk og samarbeid om IKT - løsninger lokalt.

Etter at avtale er inngått, kan det oppstå uklarheter mellom partene om forståelsen av avtalebestemmelser, hvordan et avtalepunkt skal følges opp, hvem som har ansvaret for en oppgave, mislighold etc. Departementet mener det er viktig at partene selv finner hensiktsmessig løsninger når det oppstår uenighet ved gjennomføring av avtalen.

Som et minimumskrav til avtalens innhold vil derfor departementet foreslå at det lovfestes at kommuner og foretak skal avtale en ordning for håndtering av uenighet om gjennomføring og eventuelle endringer av avtalene. Det vil være opp til avtalepartene om de ønsker en meklingsordning, eller en voldgiftsordning eller en annen uavhengig tvisteløsningsordning.

Det er av departementet – siden partene ikke kan overføre ansvaret - lagt opp til at partene i avtaler kan innta bestemmelser om hvordan partene selv *oppfatter* ansvarsforholdene, og at det i praksis vil avbøte problemer med gråsonerområder gjennom at partene frivillig vil etterleve avtalen.

Et avtalebasert lokalt samarbeid vil ha den fordel at det kan fungere fleksibelt og dynamisk når man skal komme frem til hvilken helsehjelp det er forsvarlig og riktig at kommunen tilbyr, og hvilke oppgaver som krever spesialisert kompetanse og utstyr, og som dermed fortsatt må løses av spesialisthelsetjenesten.

Det er etter Tromsø kommunes oppfatning noe uklart hvor rettslig bindende avtalen mellom partene er ment å være, og det er nødvendig at dette utredes nærmere. Generelt bærer høringsnotatet preg av at man på den ene side ønsker at avtaler skal være bindende, men på den andre siden ønsker man det allikevel ikke i forhold til oppgaveløsning og ansvar.

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

Det bør utredes nærmere hvor rettslig bindende de foreslåtte avtaler er ment å være og at dette må redegjøres nærmere for det videre lovarbeidet.

Det er grunn til å vurdere andre og nasjonale tvisteløsningsordninger. Uavhengige tvisteløsningsordninger må ikke gå utover den enkelte pasient, slik at det først og fremst vil være det økonomiske ansvaret tvisteløsningsorganet vil ta stilling til.

Dette organet må kunne treffe beslutninger om ansvarsfordelingen mellom stat og kommune, hvordan inngåtte avtaler mellom foretak og kommuner skal tolkes, tvister om utskrivningsklare pasienter, mv.

Et slik tvisteløsningsorgan vil kunne avgjøre økonomiske tvister i tilknytning til utskrivningsklare pasienter. Tvisteløsningsorganets avgjørelse vil da også danne presedens for løsning av senere saker.

Avtalene mellom kommuner og foretak bør i størst mulig grad være rettslig bindende, men partene kan avtale tvisteløsningsordninger fremfor å bringe tvister inn for de alminnelige domstoler.

4. Hvilke nye oppgaver og plikter er foreslått for kommunene?

I forslag til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester foreslås overføring av aktivitet/ deler av pasientforløp fra spesialisthelsetjenesten til den kommunale helse- og omsorgstjenesten og 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 mellom kommuner og helseforetak når kommunene overtar aktiviteter.

- Kommunen skal ha økt ansvar for forebygging, tidlig intervensjon og tiltak mot unødvendig innleggelse av pasienter i sykehus, herunder også systemarbeid i forhold til oppfølging av disse plikter.
- Kommunene kan få et ansvar for å opprette et øyeblikkelig hjelp tilbud. Oppgaven vil kun gjelde for pasientgrupper som kommunen selv har mulighet til å utrede, behandle eller yte omsorg for i stedet for innleggelse på sykehus
- Kommunene kan til en viss grad påvirke behovet for behandling av psykiske lidelser og rusmiddelavhengighet i spesialisthelsetjenesten.
- Kommunen skal ha økt ansvar for rehabilitering

Videre skal kommune styrke samarbeidet og samordning med andre kommuner og helseforetak, etablere egen pasientkoordinator for personer med behov for langvarige og sammensatte tjenester, ha klarere ansvar for å følge opp fastlegene m.h.t. bl.a. kvalitet, påse at tjenesteyting skjer i forhold til foreslått kvalitetsstandard m.m.

Tromsø kommune mener at for å sikre en god oppgavefordeling bør de største pasientforløpene mellom kommunen og helseforetaket gjennomgås, for å kartlegge hvilke forutsetninger som må på plass for en vellykket overføring av pasientforløp fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten. Dette gjelder bl.a. psykiatri, rus og rehabilitering.

4.1 Kommunens ansvar for å sørge for nødvendig helse- og omsorgstjenester

Etter gjeldende lovverk skal kommunen ”sørge for” nødvendige helsetjenester etter kommunehelsetjenesteloven og ”yte tjenester” etter sosialtjenesteloven.

Foreliggende lovforslaget beskriver kommunens overordnede ansvar for helse- og omsorgstjenester gjennom å forplikte kommunen til å ”sørge for” tjenester mer enn å forplikte kommunen til å ”yte” tjenester. Det foreslås en presisering om at kommunen må planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten slik at tjenestene er i samsvar med krav i lov og forskrift. I forslaget legges det opp til at kommunene skal ha stor frihet til selv å velge hvordan tjenestene skal organiseres og ansvaret oppfylles.

Forslaget til lovregulering av kommunens overordnede ansvar for å sørge for nødvendige helse- og omsorgstjenester er en videreføring samt presisering og tydeliggjøring av gjeldende rett. Forslaget er også i samsvar med hvordan ansvaret er regulert for spesialisthelsetjenesten.

Tromsø kommune har ingen merknader til dette.

4.2 Kommunens plikt til å tilby eller yte konkrete helse- og omsorgstjenester

Forslaget til ny lov er utformet som en pliktlov for kommunen, mens den enkeltes rettigheter i størst mulig grad samles i pasientrettighetsloven.

Lovforslagets angir de tjenester kommunene har ansvaret for å tilby, enten selv eller ved at kommunen inngår avtale med andre offentlige eller private tjenesteytere.

De oppgavene kommunene er pålagt etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven skal videreføres.

”Sørge-for-ansvaret” er i hovedsak en ansvars plassering, og definerer ikke nødvendigvis det *hva slags tjenester* kommunen plikter å tilby eller yte, herunder *hva slags innhold og omfang* de ulike tjenestene skal ha. Hvilke plikter kommunen har til å tilby eller yte tjenester må også sees i sammenheng med hvilke rettigheter den enkelte har til å motta tjenester.

I dag er kommunenes plikt til å yte helse- og omsorgstjenester regulert blant annet ved bl.a.:

- Opplisting av konkrete oppgaver/tjenester kommunen skal utføre eller tilby
- Opplisting av profesjonsspesifikke tjenester

Det sentrale må være at den enkelte kommune har et faglig forsvarlig tjenestetilbud som oppfyller de minstestandarder som gjelder innenfor sektoren. Det er en nær sammenheng mellom begrepet ”nødvendig helse- og omsorgstjeneste” og kravet til faglig forsvarlighet, i den forstand at forsvarlighet utgjør en absolutt minstenorm.

Spørsmålet om hva som skal anses som nødvendig tjenester, må ses i sammenheng med kravet til forsvarlige tjenester. Kravet til faglig forsvarlige tjenester er en rettslig standard som kan sies å bestå av tre hovedelementer: Tjenestene må holde tilfredsstillende kvalitet, ytes i tide og i tilstrekkelig omfang.

Lovforslaget er både diagnosenøytralt og profesjonsnøytralt. Det foreslås derfor en lovregulering som i mindre grad lister opp kommunens konkrete tjenester/oppgaver i

lovteksten. Det vil være mer hensiktsmessig at loven angir rammene for kommunens ansvar og legger til rette for et helhetlig og integrert tjenestetilbud.

Hensynet til å bygge opp en tjeneste basert på lokale behov tilsier at kommunen fortløpende selv må avgjøre hva slags personell de vil ha behov for. Departementet ønsker ikke å binde kommunene opp med særskilte organisatoriske eller personellmessige løsninger.

I og med at departementet foreslår en mer overordnet og generell regulering av kommunens plikt til å tilby eller yte helse- og omsorgstjenester, vil det ikke lenger være aktuelt å operere med en så detaljert eller profesjonsspesifikk angivelse av de ulike deltjenestene som kommunens totale tjenestetilbud kan bestå av. Dersom det er nødvendig for at kommunen skal kunne tilby nødvendige helse- og omsorgstjenester, vil disse ulike deltjenestene også være videreført innenfor den lovreguleringsteknikk som departementet foreslår i lovforslaget.

Det understrekes i høringsutkastet at det er av sentral betydning at tjenestene omfatter både somatiske og psykiske lidelser og rusarbeid, men at lovteksten skal fremstå diagnosenøytralt. Det foreslås derfor ikke å lovfeste en særskilt plikt for kommunen til å sørge for psykisk helsetjeneste eller rusarbeid, men at disse forstås som en integrert del av kommunens totalansvar for helse- og omsorgstjenester.

Lovforslagets profesjonsnøytralt vises ved at mange stillingsbetegnelser i gjeldende lov er erstattet av et begrep som mer omtaler hva tjenesten inneholder.

BPA (Brukerstyrt Personlig Assistanse) – videreføres som i dag slik at kommunene har plikt til å ha dette tilbudet, men innføres ikke som en rettighet.

Tromsø kommune bemerker at det kan være noe uklart hvordan begrepet forsvarlighet skal forstås og anvendes på en best mulig hensiktsmessig måte. Skal forsvarlighetskravet forstås som en grenseverdi på en kvalitetsskala, der alt under denne grensen er uforsvarlig og alt over grensen faller utenfor forsvarlighetskravet (bedre enn forsvarlighet). Eller om forsvarlighet er en norm som beskriver god faglig praksis der vesentlige avvik fra god praksis utgjør grensen for uforsvarlighet. Kommunen forutsetter at dette vurderes nærmere i den videre prosess.

Forslaget om profesjonsnøytralitet kan skape usikkerhet om hva som er tilstrekkelig kompetanse når det gjelder utførelse av enkelte tjenester. Dette innebærer at kommunen trenger nødvendig fagkompetanse både til tjenestene som skal ytes og til å vurdere hva som mangler av kompetanse for å løse helse- og omsorgsoppgavene. Tjenestene bør derfor, enten i lov eller i forskrift, gis et så tydelig innhold at det kan avledes hvilken kompetanse som er nødvendig for å utføre oppgavene. For enkelte tjenester bør det også vurderes om det i forskrifts form bør konkretiseres kompetansekrav, på tilsvarende eller tilnærmet måte som gjeldende forskrift om legemiddelhåndtering. Tromsø kommune støtter ellers forslaget om en diagnosenøytralt og profesjonsnøytral tjeneste.

4.3 Krav om forsvarlige tjenester, kvalitet og pasientsikkerhet

Departementet foreslår å tydeliggjøre kommunens virksomhetsansvar ved at den nye loven presiserer at tjenestene som ytes skal være forsvarlige. Tjenestene skal også være verdige. Et tjenestetilbud som ikke oppfyller grunnleggende verdighetskrav, heller ikke kan oppfattes

som et forsvarlig tjenestetilbud. Det er presisert at den vedtatte verdighetsgarantien ikke innebærer mer enn at de kommunale tjenestene skal være forsvarlige.

Departementet foreslår videre å lovfeste krav til virksomhetene om å drive systematisk pasientsikkerhetsarbeid i alle deler av helsetjenesten. De foreslår også at begrepet ”pasientsikkerhet” bør defineres i lov. Departementet mener også at kravet til internkontroll opprettholdes, og at det systemiske kvalitetsforbedringsarbeidet integreres i internkontroll systemet. Departementet foreslår videre å ta definisjonen på kvalitet inn i loven.

Tromsø kommune støtter forslaget om å tydeliggjøre at tjenestene som ytes skal være forsvarlige, men det forutsetter en ressursituasjon i kommunene som gjør dem i stand til å ivareta det som loven krever.

Når det gjelder kvalitetsdefinisjonen, så er det viktig å ha en definisjon som kan måles, enten objektivt eller subjektivt (opplevd kvalitet). Kommunene i Norge har lang og god erfaring med bruker- og pårørendeundersøkelser, basert på opplevd kvalitet som grunnlag for vårt forbedringsarbeid.

Tromsø kommune har ingen merknader til de materielle rettighetene i lovforslaget. Det anses som en forbedring at det skilles mellom kommunens plikter i ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, og den enkeltes rettigheter i pasientrettighetsloven.

4.4 Kommunens ansvar for øyeblikkelig hjelp

Lovforslagets innebærer at kommunen må sørge for at pasientene mottas for undersøkelse og, om nødvendig også får behandling eller annen helsehjelp.

Departementet ønsker med dette å støtte opp under en utvikling hvor kommunene selv mottar og vurderer om pasientene kan få gode helse- og omsorgstilbud i kommunen, eller om pasienten må henvises til spesialisthelsetjenesten.

Departementet anser at det bør være opp til den enkelte kommune å beslutte hvordan den best kan løse behovet for raske avklaringer av hjelpebehov i de kommunale tjenestene og at det derfor ikke er hensiktsmessig å regulere hvordan kommune skal innrette seg.

Departementet ber høringsinstansene særskilt å kommentere behovet for å lovfeste at kommunene skal sørge for tilbud om døgnopphold for helse- og omsorgstjenester til pasienter med behov for øyeblikkelig helsehjelp.

Dette forslaget skal sikre at kommunale tilbud om øyeblikkelig hjelp er tilgjengelige utenom dagens ordinære ”åpningstid”. Forslaget er begrunnet bl.a. med at en større del av pasientforløpene foreslås overført fra spesialisthelsetjenesten til den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Etter det Tromsø kommune har erfart er det i dag slik at man i svært mange kommuner kan bemanne opp i hjemmet til et døgntilbud dersom en situasjon skulle tilsi det, og pasienter flyttes fra hjemmet til korttids plass i sykehjem, dersom det er nødvendig. Mange kommuner styrker de hjemmebaserte tjenester, og i tråd med nasjonale føringer satses det på utbygging av omsorgsboliger med heldøgns omsorg og pleie som alternativ til sykehjem.

I noen akutte situasjoner der legevakten oppsøkes, kunne pasienten ha blitt ivaretatt innenfor kommunal pleie- og omsorgstjeneste i stedet for å bli lagt inn på sykehus. Problemet er ofte at det er for liten kontakt og manglende informasjonsutveksling mellom legetjenesten og hjemmesykepleien. Tettere samarbeid innad i kommunehelsetjenesten vil kunne bli bedre ivaretatt dersom de foreslåtte endringer i fastlegeforskriften gjennomføres.

I forbindelse med Nasjonal helse og omsorgsplan arbeider en ekspertgruppe med vurdering av inklusjons- og eksklusjonskriterier for eventuell innleggelse i "intermediært tilbud". Før denne gruppen er ferdig med sitt arbeid, bør man ikke pålegge kommunene å bygge opp døgnopphold for øyeblikkelig hjelp for situasjoner som ikke allerede er under helse- og omsorgstjenestens ansvarsområde.

4.5 Kommunens ansvar for helsefremmende og forebyggende arbeid

Bestemmelsen i lovforslagets skal tydeliggjøre kommunens gjeldende ansvar for helsefremmende og forebyggende arbeid, og presiserer at dette bl.a. skal omfatte systematiske tiltak for å identifisere personer som står i fare for å utvikle psykisk eller somatisk sykdom/lidelse eller helseproblem, sosiale problemer eller et avhengighetsproblem, samt iverksette forebyggende tiltak i henhold til anerkjent faglig standard.

Tromsø kommune gir sin tilslutning til lovforslagets tydeliggjøring av kommunens ansvar for helsefremmende og forebyggende arbeid. Men det kan synes urealistisk å forvente at kommunene skal kunne identifisere alle som står i fare for å utvikle nevnte problemer, og denne formuleringen kan føre til urealistisk høye forventninger til kommunens arbeid og ansvar på feltet. Det er viktig å ikke frata enkeltmenneskets ansvar for egen helse. Derfor bør formuleringen være: "systematiske tiltak som har som mål å identifisere...".

Det er vanskelig å måle effekten av helsefremmende og forebyggende arbeid. Det vil derfor være nødvendig, i dialog med kommunene å komme frem til kriterier for å måle effekten av dette arbeidet.

4.6 Individuell plan

I lovforslaget er det foreslått en plikt til å utarbeide individuell plan for pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester. Dette er en videreføring av gjeldene regler. Imidlertid er det foreslått en ny regel for å klargjøre hvem som har ansvaret for å sette i gang arbeidet med planen, og koordinere planarbeidet i de tilfellene en pasient har behov for tilbud både etter den nye loven og spesialisthelsetjenesteloven eller psykisk helsevernloven. Etter forslaget skal kommunen ha dette ansvaret, noe som innebærer at kommunen vil ha et hovedansvar for å utarbeide individuell plan, med det fratar ikke spesialisthelsetjenesten ansvar for å medvirke i arbeidet.

Til spørsmålet om det bør åpnes for at spesialisthelsetjenesten i visse tilfeller bør ha et selvstendig ansvar for å utarbeide individuell plan, for eksempel ved særskilt krevende pasienter, mener Tromsø kommune at det bør åpnes for dette. Ved eksempelvis langvarige opphold i spesialisthelsetjenesten bør arbeidet med individuell plan igangsettes når man ser at behovet er tilstede. Det er viktig å se på individuell plan som en prosess som må tilpasses den enkeltes behov. Spesialisthelsetjenesten må ha et selvstendig ansvar i forhold til å starte prosessen, ellers vil utarbeidelse av individuell plan ta lengre tid. Dette fordi arbeidet ikke igangsettes når behovet avdekkes. Alternativt må kommunen igangsette og koordinere arbeidet underveis i behandlings-/rehabiliteringsopphold i spesialisthelsetjenesten. Det vil i så fall kreve ekstra ressurser fra kommunen.

Det er vesentlig at spesialisthelsetjenesten må ha en plikt til å medvirke i arbeidet med individuell plan, bortsett fra i enkelte tilfeller der bare spesialisthelsetjenesten er involvert. I disse tilfelle bør det som i dag, være spesialisthelsetjenesten som har ansvar for utarbeide den individuelle plan.

Kommunens plikt til å utarbeide individuell plan for pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester bør på lik linje med denne lov, forankres i annet lovverk som opplæringsloven og barnehageloven. Utfordringen innad i kommunen ligger ofte i koordinering og samarbeid med sektorer som gir tjenester etter annet lovverk. I pasientrettighetsloven bør helse- og omsorgstjenester byttes ut med tjenester da bruker også kan ha behov for tjenester etter annet lovverk.

Forslagene i kapitlet om individuell plan vil medføre både administrative og økonomiske konsekvenser for kommunene. Kommunene vil få et større ansvar og arbeidet med individuell plan og koordinatorrollefunksjonen vil kreve tid og ressurser både for koordinator og annet personell som er involvert i arbeidet. Vi foreslår derfor at det åpnes for at tidsbruken inngår i beregningsgrunnlaget for øremerket tilskudd av ressurskrevende tjenester.

4.7 Koordineringsansvar

I lovforslaget er det foreslått en plikt for kommunen til å oppnevne koordinator, noe som innebærer en lovfesting av regler som i dag framgår av forskrift om individuell plan. I tillegg er det foreslått en plikt for kommunen til å ha en koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet, noe som også innebærer en lovfesting av regler som i dag framgår av forskrift om habilitering og rehabilitering.

Tromsø kommune er positive til at koordinatorfunksjonen blir lovfestet. Vi erfarer at koordinatorfunksjonen ofte er viktigere for tjenestemottakere enn skriftliggjøring av individuell plan. Imidlertid er det en forutsetning at rammebetingelser er til stede for å kunne ivareta koordinatorrollen. Også her må det åpnes for forankring og harmonisering med annet lovverk som nevnt overfor. For mange brukere er det andre tjenesteområder enn helse- og omsorg som står sentralt i deres liv, men der disse instansene ikke har prioritert å påta seg koordinatorrollen med begrunnelse i at dette ikke er lovpålagt.. Tydeliggjøringen av plikten til å delta i slikt arbeid/ være koordinator bør derfor også omfatte personell utover helse- og omsorgssektoren i kommunene.

Tromsø kommune er også positiv til at det lovfestes en plikt til å ha en koordinerende enhet med det ansvar som skisseres. Tromsø kommune har etablert dette og har så langt gode erfaringer.

Til departementets ønske om innspill til spørsmålet om det er behov for å presisere begrepet ”langvarig”, er Tromsø kommune i tvil om det er hensiktsmessig. I vår kommune er begrepet definert i samarbeid med brukerorganisasjoner, dette i forbindelse med utarbeidelse av planverk. Hva som er ”langvarig” må avgjøres etter en konkret vurdering. Vi vil for øvrig anbefale utarbeidelse av kommunale handlingsplaner for å utvikle god metodikk når det gjelder kommunenes overordnede strategi og planlegging av et sammenhengende tjenestesystem.

4.8 Rettsikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemming

Det foreslås at reglene i sosialtjenesteloven kapittel 4A inntil videre beholdes uendret med mindre tilpasninger. Det drøftes om det kan være hensiktsmessig å samle reglene i bruk av tvang i sosial- og helsetjenesten i en felles tvangslov.

Tromsø kommune mener at strenge vilkår for når bruk av tvang og makt skal brukes bør absolutt videreføres, det samme gjelder krav til forebygging, alternative tiltak,

saksbehandling, kontroll og tilsyn. Det kan på sikt være fordelaktig å samordne de ulike reglene i bruk av tvang i en felles lov. En del utviklingshemmede omfattes både av sosialtjenesteloven kapittel 4A og pasientrettighetsloven kapittel 4A, - det kan være en utfordring for kommunene å skille på hvilket regelverk som gjelder ved bruk av tvang i ulike situasjoner.

En eventuell samordning av regelverket fordrer imidlertid en grundig evaluering av sosialtjenesteloven kapittel 4A. Her må man også se til straffelovens særreaksjon om tvungen omsorg overfor psykisk utviklingshemmede. Tromsø kommune er kritisk til en overføring til pasientrettighetsloven kapittel 4 slik regelverket framstår i dag. Psykisk utviklingshemming inngår ikke i pasientbegrepet og det må skilles på bruk av tvang avhengig av hvilke tjenester som gis.

5. Hvilke plikter gis kommunen/fylkeskommunen i forhold til folkehelse?

Folkehelselovens formål er å fremme folkehelse og bidra til å motvirke sosiale helseforskjeller, loven skal sikre samarbeid mellom kommuner, fylkeskommuner og statlige helsemyndigheter.

Kommunen skal til enhver tid ha oversikt over helsetilstanden i befolkningen og de positive og negative faktorer som kan virke inn på denne. Dette gjelder også miljørettet helsevern, biologiske, kjemiske, fysiske og sosiale miljøfaktorer.

Kommunene pålegges å lage strategier, mål og tiltak for å løse helseutfordringene. I forslag til lov fremgår det for at dette ikke innebærer økte kostnader for kommunene, og at man samfunnsøkonomisk vil spare mye på å gjøre dette.

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 bl.a. kommunal planstrategi (§4) 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.

Det nye lovutkastet medfører to typer endringer. Det ene er at relevante lovbestemmelser for folkehelsefeltet samles i en egen lov for alle forvaltningsnivåer. Den andre typen endringer går på endrete og i hovedsak innskjerpede krav til aktørene på å gjennomføre tiltak for å ivareta folkehelsen.

Tromsø kommune mener det er et godt prinsipp å lage en felles folkehelselov. Dette vil være med på å sikre at det ikke blir lovmessige åpne rom eller overlapp mellom de forskjellige aktørene. Dette vil bidra til at samfunnets innsats på feltet i større grad samordnes.

Det vil nok være en gråsoner mellom folkehelseloven og ny lov om helse- og omsorgstjenester i kommunene. For de virksomheter som til daglig jobber i denne gråsonen kan dette kanskje by på noen utfordringer. Eksempler på en slike virksomheter er helsestasjoner og skolehelsetjenester. Det er viktig å sikre at denne problematikken blir godt og tydelig ivaretatt i lovverket.

Ellers dreier endringene seg i hovedsak om tydeligere krav. For kommunene er det tydeliggjort at ansvaret for folkehelsearbeidet ikke ligger hos helsetjenesten i kommunen men hos kommunen som sådan. Dette er et viktig prinsipp i og med at mye av virkemidlene ligger utenfor helsetjenesten. Den nye folkehelseloven vil stille strengere krav til samordning mellom de forskjellige sektorene i kommunen.

I den nye loven er det kommet mer tydelige og operasjonaliserte krav til kommunens plikt til å ha oversikt over helsetilstanden i befolkningen og de faktorene som kan påvirke denne. Med tanke på å kunne gjennomføre virkningsfulle tiltak overfor folkehelseutfordringer er det å ha denne typen oversikt svært viktig. Det vil bli svært viktig i denne sammenheng at sentrale fagmiljøer og SSB stiller med nødvendige data. Det er viktig å merke seg at store kommuner vil kunne ha ressurser og muligheter til å utarbeide mer detaljerte oversikter enn små kommuner. Det må også legges til rette for denne typen mer utarbeidete oversikter. Dette vil også stille krav til at sentrale fagmiljøer utarbeider veiledere for fremstilling og bruk av denne typen oversikter.

De økte kravene som stilles på folkehelseområdet vil medføre mer kostnader for kommunene både ressurs- og kompetansemessig. Dette gjelder bl.a. kravene til økt tverrfaglig samarbeid, helseovervåkning og statistikkarbeid og indirekte krav om at det må opprettes koordinatorstillinger for folkehelsearbeidet.

Blant de folkehelseutfordringene som i størst grad vil prege det norske samfunn i årene fremover er psykisk uhelse. Dette tema bør derfor være med i eksempellisten i § 6, tredje ledd.

Kapittelet om miljørettet helsevern er tatt med nokså uendret fra kommunehelsetjenesteloven. En viktig endring er likevel at det har blitt lagt til et nytt virkemiddel i form av overtredelsesgebyr. Dette vil være et virkemiddel som kan fungere i de situasjoner pålegg eller tvangsmulkt ikke vil ha noen funksjon, og er derved et viktig tilskudd i kommunens virkemidler.

I tidligere lovverk er det nedfelt at kommunelegens vurdering av saken skal følge saken i saker som omhandler miljørettet helsevern, smittevern og helsemessig og sosial beredskap. Dette er en bestemmelse som innebærer at kommunelegens vurdering skal være med i behandling av en sak selv om denne er i strid med rådmannens vurdering. Denne bestemmelsen er i strid med prinsippet om kommunal sjøråderett, men dette er fra tidligere vurdert å være et sikkerhetsnett for at ikke det skal oppstå forhold som kan medføre helsefare eller helsemessig ulempe. Denne spesialbestemmelsen er tatt bort. Dette medfører økt ansvar for godt samarbeid internt slik at man sikrer at helsemessige forhold blir tatt med i planarbeidet. Man bør vurdere risikoen knyttet til fjerningen av denne bestemmelsen, spesielt for små kommuner der kommunelegens kapasitet til å arbeide med planverk er begrenset.

Ellers er det problematikken knyttet til etnisitet, flerspråklighet og mangfold ikke gitt særskilt plass. Dette er forhold som har betydning for arbeidet med folkehelse og som kan være faglig utfordrende. Denne problematikken er i liten grad ivaretatt av andre deler av lovverket og burde derfor få plass i den nye loven.

Tromsø kommune er av den foremening at dette lovutkastet fremstår som et godt virkemiddel i folkehelsearbeidet. Det vil da i ettertid være viktig at de nye lovkravene følges av gode faglige veiledere for hvordan arbeidet på feltet bør bli gjort og med tilstrekkelige midler til å gjennomføre de tiltak som er angitt. Kommunen mener videre at det er rimelig at

Fylkesmannen blir tilsynsmyndighet fordi dette vil sikre et helhetssyn med tanke på lokaldemokratisk forankring i plan- og bygningsloven. 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

6. Hvordan er nye oppgaver og plikter foreslått finansiert?

6.1 Ulike finansieringsmodeller

Denne høringen gir ikke avklaring av kommunal medfinansiering og de økonomiske konsekvenser. Departementet kan etter lovforslaget i forskrift gi bestemmelser om kommuners medfinansieringsansvar for pasientbehandling i spesialisthelsetjenesten og fastsette kriterier for hvilke pasientgrupper eller behandlingsformer som skal omfattes. Kommunal medfinansiering skal gi et insentiv for kommunene til å vurdere hvordan egen innsats kan påvirke forbruket av spesialisthelsetjenester, og motivere kommuner og helseforetak til å samarbeide. 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. Kommunal medfinansiering må innrettes på en måte som sikrer reell likeverdighet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene.

I stortingsmeldingen ble det i tillegg til en generell medfinansieringsmodell presentert to mulige avgrensede modeller, en etter alder og den andre etter diagnose. I lovutkastet legges hovedfokus i arbeidet på en avgrenset kommunal medfinansiering og følgende avgrensede modeller:

- Aldersbasert modell for somatiske pasienter over 80 år
- Medisinske innleggelser/behandlinger

I tillegg vil departementet vurdere å innføre kommunal medfinansiering av psykisk helsevern og rusbehandling basert på kurdøgn og opphold i private rehabiliteringsinstitusjoner. Rehabilitering på sykehus er inkludert i modellene for kommunal medfinansiering innenfor somatikk.

Den kommunale medfinansieringsandelen er ved en aldersspesifikk modell (somatikk) knyttet til pasienter over 80 år, anslått til om lag 1,5 mrd. kroner. En modell avgrenset til medisinske innleggelser/behandlinger er anslått til 3,6 mrd. kroner. Kommunal medfinansiering innenfor psykisk helsevern anslås på det nåværende tidspunkt til omlag 2 mrd. kroner og rus anslås til om lag 0,3 mrd. kroner. For opphold i private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner vil kommunal medfinansiering utgjøre om lag 0,2 mrd. kroner.

For at man skal være i stand til å innføre kommunal medfinansiering fra 2012, som er det tidspunkt det tas sikte på som oppstartsår for reformen, anser departementet at det er behov for en lovhjemmel til å gi forskrift om kommunalt medfinansieringsansvar.

Tromsø kommune registrer at det gjennom denne høringen ikke blir en avklaring om kommunal medfinansiering da arbeidet med å utrede kommunal medfinansiering var ikke ferdig da høringsnotatet ble sendt ut. Medfinansiering er et svært viktig spørsmål for kommunene.

Det er enkelte særlige utfordringer knyttet til en aldersbasert modell. Det kan bli forstått som at eldre ikke får samme mulighet for behandling i spesialisthelsetjenesten som yngre. Egne økonomiske virkemidler for å regulere sykehusinnleggelser av eldre vil kunne medføre at det ikke blir stilt tilstrekkelig diagnostikk av deres tilstand. Dette kan medføre underdiagnostisering som kan gi alvorlige konsekvenser og fare for tap av helse.

Det vil også være slik at mange av de tilbud kommunene målretter for eldre blant annet for å redusere egne medfinansieringsutgifter, også vil være gode tilbud for personer under 80 år. Det vil ikke være mulig eller ønskelig å nekte personer kommunale tjenestetilbud begrunnet med at de er under 80 år. Det vises til de overordnede målsettingene for helse- og omsorgstjenestene om at befolkningen skal sikres lik tilgang til gode og likeverdige helse- og omsorgstjenester, uavhengig av diagnose eller behov, alder, kjønn, personlig økonomi og bosted.

Avgrensning til det medisinske området vil trolig være mindre kontroversielt, og tilbudene kommunene bygger ut for å redusere sine utgifter vil trolig i liten grad bli benyttet av personer som kommunene ikke har medfinansieringsansvar for.

Det er behov for en grundig kostnadsberegning av kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenestene, og saken er meldt opp som en felles kostnadsberegningssak i konsultasjonsordningen fra KS' side. Finansieringsmodellen er ikke tilstrekkelig dokumentert og det er behov for mer utredning og forskningsdokumentasjon på området.

Det er behov for utredning også av andre forhold for eksempel fastsettelse av et maksimalt beløp kommunene skal betale pr. innleggelse og hvordan kommunene skal kompenseres for det økte finansieringsansvaret. Det ligger et utfordrende økonomisk fremtidsbilde i forslaget til medfinansieringsordning, at kommunene eksempelvis vil få ekstra utgifter til medisiner, utstyr og hjelpemidler i takt med at beboere på sykehjem vil ha større og mer avansert behov for pleie. I dag dekker helseforetakene utgiftene hvis pasientene skal tilbake til eget hjem, mens sykehjemmene må dekke disse kostnadene hvis pasienten skal dit. Dette er ikke kostnader som er tatt med i de økonomiske beregningene rundt medfinansieringsordningen.

Når departementet skal arbeide videre med den konkrete innretningen, forutsettes en avklaring på størrelsen på medfinansieringsandelen og modell for beregning av kommende års overføringer til kommunene.

Helsedirektoratet har anslått at 50 % av pasientene som i dag får tilbud om rehabilitering i spesialisthelsetjenesten herunder private og ideelle rehabiliteringsinstitusjoner, burde fått et tilbud i kommunen. 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. Statlige myndigheter må for øvrig ikke tillate nedbygging av helsetjenestetilbud innen spesialisthelsetjenesten før kommunene har bygd opp et likeverdig tilbud.

De økonomiske virkningene ved et evt. 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.

6.2 Utvidet betalingsansvar for utskrivningsklare pasienter:

Lovforslaget innebærer lovfesting om at kommunen har ansvar for utskrivningsklare pasienter fra dag én og en plikt for kommunen til å inngå samarbeidsavtale med regionalt helseforetak om utskrivningsklare pasienter.

Lovforslaget presiserer at departementet i forskrift kan fastsette nærmere bestemmelser om ordningens omfang og innhold, kriterier for når en pasient er utskrivningsklar og betalingssatser etter første ledd. Bestemmelsen gir også departementet hjemmel til i forskrift å fastsette hva samarbeidsavtale etter andre ledd minimum skal inneholde. Den nye betalingsordningen skal gjelde somatiske pasienter fra 1.1.2012.

Når det gjelder rusbehandling og behandling innenfor psykisk helsevern tilsier datasituasjonen at det fra nevnte tidspunkt kan være vanskelig å foreta tilstrekkelige beregninger av de administrative og økonomiske konsekvensene av å utvide ordningen til også å gjelde overfor disse pasientgruppene. Overføring av finansieringsansvaret for utskrivningsklare pasienter innenfor psykisk helsevern og rusbehandling utredes særskilt og departementet vil komme nærmere tilbake til dette i forbindelse med høring av forslag til forskrift.

Grensen mellom kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste kan være vanskelig å trekke helt eksakt, og i praksis kan det oppstå uenighet eller uklarhet knyttet til hvor en pasient hører hjemme. At en pasient er definert som utskrivningsklar fra sykehus innebærer at pasienten er ferdigbehandlet i *spesialisthelsetjenesten* og kommunehelsetjenesten vil være ansvarlig for videre undersøkelse, behandling eller oppfølging.

Det tas sikte på at kommunene får et finansielt ansvar for utskrivningsklare pasienter fra dag én for alle pasientgrupper. Kommunene vil få overført midler fra de regionale helseforetakene i forbindelse med denne omleggingen. Dette skjedde for øvrig ikke i forbindelse med innføring av dagens betalingsforskrift.

Kommunalt finansieringsansvar for utskrivningsklare pasienter er i tråd med målsetningene i stortingsmeldingen om samhandlingsreformen om blant annet bedre arbeidsdeling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten og bedre samhandling gjennom bedre gjensidig informasjon og støtte mellom de to behandlingsnivåene, slik at de kan utføre sine respektive oppgaver med høyest mulig kvalitet og på lavest, effektive omsorgsnivå.

Departementet vil i den bebudede forskriften legge til grunn at det benyttes en felles, nasjonal definisjon av hva som er en utskrivningsklar pasient, men det må vurderes om det i den nye forskriften også skal stilles krav til samhandling mellom det enkelte helseforetak og kommunene i opptaksområdet som et supplement til definerte kriterier for når en pasient er utskrivningsklar.

Av andre sentrale temaer i en forskrift vil være behovet for bestemmelser som regulerer spesialisthelsetjenestens varslingsplikt i forhold til når pasienter antas å være utskrivningsklare og når de faktisk er å anse for utskrivningsklare. Departementet fremholder at det bør også diskuteres hvordan uenighet mellom partene skal løses, herunder konfliktløsningsordninger.

En ordning med kommunalt ansvar for utskrivningsklare pasienter forutsetter at kommunene får tilgang på relevante data fra spesialisthelsetjenesten, både som grunnlag for betalingen og for å kunne vurdere egne tilbud.

Det er tatt inn regneeksempler av hvor mye midler som skal overføres gitt omfang i pasientdøgn og ulike døgnsetser i høringsdokumentet. De beregningsmessige forutsetningene må gjennomgås og kvalitetssikres. Saken er meldt opp som en kostnadsberegningssak i konsultasjonsordningen av KS.

Tromsø kommune mener at utskrivningsklare pasienter ikke bør ligge i sykehus, men tas ut til kommunene til behandling, pleie- og omsorg. De pasientene som klassifiseres som "utskrivningsklare", kjennetegnes av at de etter utskriving fra sykehus trenger kommunale behandlings-, pleie- og omsorgstjenester. Det kan dreie seg om tilpassing av egen bolig, opplæring av personell i pleie- og omsorg knyttet til hjemmerespirator eller lignende, det kan være behov for rehabilitering eller annen korttidsplass i institusjon, herunder palliativ omsorg, eller det kan være behov for langtidsopphold i sykehjem. De er altså ikke blant det flertallet som er ferdigbehandlet eller friske etter et sykehusopphold.

Det er dokumentert at det i dag er utfordringer knyttet til kvalitetssikring av helseforetakenes avgjørelse om når en pasient er utskrivningsklar, og det er holdepunkter for at helseforetakene ikke har gode nok systemer som sikrer at pasientene fyller kriteriene angitt i gjeldende forskrift om betalingsplikt.

Kommunal betalingsplikt fra første dag, kan bidra til økt press på kommunene om å ta pasientene raskere ut med risiko for at det kommunale tilbudet man greier å etablere ikke har tilstrekkelig høy faglig kvalitet. Det kan m.a.o. bli en utfordring at det vil kunne oppstå ulike vurderinger om utskrivningsklare er mottaksklare pasienter.

Det er viktig at spesialisthelsetjenesten ivaretar sitt ansvar for utskrivningsklare pasienter inntil kommunen har etablert et tilstrekkelig og faglig forsvarlig tilbud til denne gruppen.

Kommunal betalingsplikt fra første dag forutsetter at helseforetakene har kvalitetssikrer sine rutiner for å erklære en pasient som utskrivningsklar. Kommunene vil alltid trenge en viss tid til å planlegge og iverksette faglig forsvarlige tiltak for disse pasientene, og vil derfor ikke alltid kunne ta imot en pasient som reelt er utskrivningsklar. Det må etableres en tvisteordning for de tilfeller det ikke er enighet om hvorvidt pasienten er utskrivningsklar.

For øvrig vil Tromsø kommune komme tilbake til saken i forbindelse med høringsrunden på den nye forskriften. Det vises også til at saken er tatt opp i konsultasjonsordningen av KS.

En sentral målsetning i samhandlingsreformen er som nevnt å sikre gode pasientforløp uansett om behandlingen gis av kommunehelsetjenesten, i spesialisthelsetjenesten eller fra begge nivåer. I forslaget til endring i andre lover, i dette tilfellet spesialisthelsetjenesteloven, foreslår departementet at paragrafen om pasientansvarlig lege m.m., oppheves, og erstattes av pasientansvarlig koordinator. Som medisinsk faglig kontaktpunkt har den pasientansvarlige legen i oppgave å samordne behandlingen av pasienten under innleggelse i spesialisthelsetjenesten, og fungere som kontaktperson mellom helsetjenestenivåene. Den siste av disse oppgavene synes ivaretatt i forslaget, men vi mener det er behov for å tydeliggjøre at også samordningen av behandlingen under institusjonsopphold videreføres

6.3 Økonomisk ansvarsfordeling mellom kommuner – oppholdsprinsippet

De kommunale helse- og omsorgstjenestene har hatt en betydelig utvikling de siste årene, noe som i følge departementet medfører at oppholdsprinsippet får mer vidtrekkende konsekvenser for kommunene. I tillegg har den generelle velstandsutviklingen medført økt mobilitet i befolkningen og økt fritid for den enkelte. Høringsnotatet reiser derfor spørsmålet om oppholdsprinsippet fortsatt skal legges til grunn innen de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

Departementet slår fast at det er nødvendig å ha en ordning som tilgodeser den enkelte hjelpetrengendes behov for å søke hjelp der dette synes mest hensiktsmessig, og unngå at pasientene og brukerne blir kateballer mellom kommuner.

Etter en helhetsvurdering finner departementet at hensynet til en lett tilgjengelig helse- og omsorgstjeneste i kommunene tilsier at lovverket fortsatt bør ha oppholdsprinsippet som hovedregel. Departementet er enig i at det kan være behov for et mer fleksibelt og nyansert regelverk tilpasset de til enhver tid foreliggende finansierings- og tilskuddsordninger. På denne bakgrunn foreslår departementet at dagens regler om at kommunen skal ha ansvaret for alle som bor eller oppholder seg i kommunen videreføres, men at det gis en fullmakt for departementet til å gi nærmere forskrifter om utgiftsfordeling mellom kommuner når en pasient eller bruker får tjenester fra en annen kommune enn den kommunen der vedkommende er fast bosatt eller har fast oppholdssted.

Reglene i sosialtjenesteloven § 10 andre ledd om at oppholdskommunen forut for inntaket i institusjonen skal være ansvarlig for å yte tjenester under oppholdet og adgang til å kreve refusjon fra oppholdskommunen forut for inntaket i institusjonen, videreføres ikke. Forslaget innebærer at en lovregulert adgang til å kreve refusjon bortfaller, men at det kan gis nærmere regler om dette i forskrift. Hensikten med å foreslå en forskriftshjemmel er, ifølge departementet å gi en mulighet til å videreføre gjeldende ordning. Departementet legger til grunn at lovforslaget ikke medfører økonomiske eller administrative konsekvenser. Før det eventuelt fremmes forslag til forskrift om videreføring av gjeldende adgang til å kreve refusjon, må økonomiske og administrative konsekvenser utredes nærmere. Et slikt forslag må også på vanlig måte sendes på høring.

Tromsø kommune deler departementets syn om at det er nødvendig å ha en ordning som tilgodeser den enkelte hjelpetrengendes behov for å søke hjelp der dette synes mest hensiktsmessig, og unngå at pasientene og brukerne blir kateballer mellom kommuner, og slutter seg til at loven bør ha oppholdsprinsippet som hovedregel.

7. Hvilke utfordringer medfører forslagene innen kompetanse, forskning og IKT?

7.1 Kompetanse, utdanning, undervisning og praktisk opplæring

Lovforslagets er en videreføring av dagens bestemmelser, men departementet ønsker en presisering om at utdanning skal inngå som samarbeidsområde i nye samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak.

Det vil være avgjørende at både den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten har, og tar ansvar for å gi god og hensiktsmessig opplæring til medarbeidere, studenter og lærlinger som skal ha sitt arbeid i helse- og omsorgstjenesten.

En av de viktigste forutsetninger for å realisere målene i samhandlingsreformen er å sikre nødvendig rekruttering av arbeidskraft og kompetanse til kommunen. En ny kommunerolle med økt ansvar og nye oppgaver medfører store endringer og behov for styrket kompetanse og godt lederskap.

Allerede i dag har mange kommuner store rekrutteringsutfordringer. En ny kommunerolle bidrar til å forsterke kommunens utfordring ytterligere i dette arbeidet. Med andre ord er det nødvendig med tiltak som både ivaretar dagens rekrutteringsbehov og nye oppgaver tilknyttet en ny kommunerolle. Dette gjelder helsefaglig kompetansebygging knyttet til oppgaver i kommunehelsetjenesten, analysekompetanse, forskerkompetanse og ledelseskompetanse.

Å sikre nødvendig rekruttering av arbeidskraft og kompetanse til kommunen kan belyses i en trinnvis men helhetlig prosess, hvor alle trinnene må sees i sammenheng for måloppnåelse.

- Trinn 1. Behov
- Trinn 2. Utdanning
- Trinn 3. Praksis
- Trinn 4. Ansettelse
- Trinn 5. Stabilisering

Kommunen må kartlegge fremtidig arbeidskraft- og kompetansebehov for å ivareta dagens og fremtidige oppgaver. Flere ungdom og voksne må ta en helsefaglig utdanning og helse- og omsorgstjenesten må i større grad synliggjøres som en fremtidig arbeidsplass. Fagområdet må styrkes. Økt forskningsinnsatsen og kunnskapsutviklingen bidrar til å heve tjenestens omdømme og status og avkrefte negative myter om tjenesten.

Utdanningsinstitusjonene er i for stor grad rettet inn mot arbeid i spesialisthelsetjenesten. Det må legges større vekt på å tilpasse utdanningskapasiteten og utdanningsinnhold ut fra behovene for kompetanse i kommunene. Å utdanne helsepersonell tar tid og det er behov for langsiktige sentrale føringer tilknyttet dette arbeidet. Tiltak tilknyttet "Omsorgsplan 2015" er ikke tilstrekkelig for å ivareta kommunens bemannings- og kompetansemessige utfordringer og det er behov for ytterlige tiltak.

Praksis er en viktig rekrutteringsarena for kommunen. Det må etableres samme strukturer for samarbeid med utdanningsinstitusjonene og rammebetingelser for koordinering, undervisning og ekstern veilederpraksis som i spesialisthelsetjenesten. Arbeidet med å få gjennomført praksisstudier i kommunehelsetjenesten har i dag for uklar ansvarslinje, organisering og finansieringsgrunnlag.

Nyutdannet helsepersonell må i større grad ansettes i kommunen. Kommunen må fokusere på å utvikle gode og interessante arbeidsplasser, der medarbeiderne blir værende og sikres kompetanseutvikling. Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjeneste er gode pådrivere og bør få en styrket funksjon. Tilsvarende må samhandlingsavtaler mellom kommuner, utdanningsinstitusjoner og spesialisthelsetjenesten styrke nødvendig kompetanseoverføring mellom partene.

Kommunen ivaretar et konstant aktivitetsnivå gjennom hele uken og har i større grad enn spesialisthelsetjenesten utfordring med deltidsproblematikk og ubekvem arbeidstid tilknyttet helg/kveld/natt. Alternative arbeidstidsordninger og en styrket kompensasjon for ubekvem arbeidsmåtid må vurderes og følges opp med økte ressurser til kommunen

Tromsø kommune mener at de myndighetsmessige rammebetingelsene/føringene må styrkes ytterligere i kommunen for å understøtte nødvendig rekruttering. Det er nødvendig at det utdannede helse- og sosialpersonell er tilpasset de framtidige kommunale oppgaver og blir i den kommunale helse og omsorgstjenesten.

7.2 Forskning

Lovforslaget belyser økt behov for forskning og kunnskapsbasert praksis i kommunen og at denne oppgaven skal ivaretaes gjennom forslaget til ny samarbeidsavtale mellom kommuner og helseforetak. På den andre siden belyser lovforslaget at forskning i primærhelsetjenesten i liten grad kan ivaretaes gjennom forskning i spesialisthelsetjenesten noe som har sammenheng med at det er ulike problemstillinger, sykdommer og pasientgrunnlag i de to tjenestenivåene.

I spesialisthelsetjenesten er forskning, forskerutdanning, formidling og implementering av forskerresultater og innovative løsninger i tjenesten viktig for å sikre ny kunnskap som kan føre til at tjenestetilbudet som gis er trygt, kostnadseffektivt og gir en helsegevinst. Tilsvarende forskerkompetanse i primærhelsetjenesten er fraværende.

Forskning, forskerutdanning, formidling og implementering av forskningsresultater og innovative løsninger i kommunen er viktig for å sikre ny kunnskap og utvikling som kan føre til at tjenestetilbudet som gis er trygt, kostnadseffektivt og gir en helsegevinst

Tromsø kommune mener at kommunene bør få et ansvar for forskning og undervisning på lik linje med spesialisthelsetjenesten, og at det må arbeides for å etablere et formalisert samarbeid mellom forskningsinstitusjoner og kommuner.

7.3 IKT og dokumentasjon

En forutsetning for at man skal nå mange av målene i Samhandlingsreformen, er at man tar i bruk informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT) i hele helse- og omsorgssektoren.

Elektronisk kommunikasjon skal i følge St.mld. 47 være den ”ordinære måten å kommunisere på”. Økt bruk av IKT er ikke noe mål i seg selv, men er et virkemiddel for å heve kvaliteten på tjenestene ved for eksempel å gi raskere og enklere tilgang til informasjon ved pasientbehandling.

Hensikten med lovendringene er gjort for å styrke den nasjonale styringen og derved bidra til å nå målet om bedre og økt elektronisk samhandling.

De foreslåtte lovendringene er:

1. Lovhjemle at det i forskrift kan stilles krav om elektronisk dokumentasjon og kommunikasjon av helseopplysninger.
2. Pålegge enkelte funksjonskrav og bruk av standarder
3. Pålegge sertifisering.

7.3.1. Krav om elektronisk dokumentasjon og kommunikasjon av helseopplysninger

Det har vært en positiv utvikling i retning av økt bruk av elektroniske pasientjournalssystemer og meldingsutveksling de siste årene, men gjennomføringen går sakte.

Tromsø kommune stiller seg positiv til at det åpnes for å kunne forskriftsfeste krav om elektronisk dokumentasjon og kommunikasjon av helseopplysninger, men det er ønskelig at departementet etablerer tiltak for å hjelpe aktørene med å ta i bruk den nye teknologien. Man bør gjennomføre konkrete prosessanalyser for å dokumentere faktiske gevinster, Disse analysene bør også vurdere innsats og tilrettelegging på driftsiden.

I høringsdokumentet ber man høringsinstansene vurdere når krav til elektronisk dokumentasjon og kommunikasjon vil kunne innføres. Et slikt krav må defineres tydelig. Selv om de fleste kommuner etter hvert har elektroniske journalsystem, så vil et krav om fullstendig elektronisk journal uten enkelte elementer i papirsystem, ta anslagsvis mer enn 3 år å gjennomføre.

7.3.2. Pålegge funksjonskrav og bruk av standarder

Samhandlingsreformen vil forsterke behovet for elektronisk samhandling i helsesektoren. Forutsetningen for at aktører i helsesektoren skal kunne samhandle elektronisk på en hensiktsmessig måte, er at alle parter benytter standardiserte løsninger for å få tilgang til opplysninger, dele informasjon og utveksle informasjon ved elektroniske meldinger.

Tromsø kommune mener at for å få fart på utbredelsen av eksisterende standarder, vil det være fornuftig å forskriftsfeste grunnleggende funksjoner og standarder. Kritisk suksessfaktor her er at man har et organ som har ansvar for videreutvikling og forvaltning etter at prosjektene er ferdige.

Det er en forutsetning at kommunesektoren blir involvert i utarbeidelsen av standardene på samme måte som man har blitt i ELIN-k (Elektronisk Informasjonsutveksling kommune) og Elin-t(Elektronisk Informasjonsutveksling tannhelse), og at man utreder de økonomiske og administrative konsekvensene.

Lovendringen som foreslås om forsvarlighet dreier seg først og fremst om at systemene skal kunne tilfredsstille de krav til informasjonssikkerhet som allerede finnes i dag. Leverandørenes utviklingshastighet kan ha negativ innvirkning på å imøtekomme dette innen rimelig tid. Forslaget om at man skal ta hensyn til effektiv elektronisk samhandling ved anskaffelser og videreutvikling er positivt, men dette krever bestillerkompetanse som mange kommuner ikke innehar.

7.3.3 Pålegge sertifisering

Sertifiseringen innebærer at det foretas en kontroll av om de krav til standarder og funksjonalitet som følger av myndighetskrav faktisk er implementert i systemene og programvaren. Dersom kontrollen er vellykket, sertifiseres programvaren eller systemet.

Etter Tromsø kommunes mening er sertifisering er et godt tiltak for å sikre at systemene oppfyller krav til funksjonalitet og standardisering. Det er svært ressurskrevende og vil kreve et organ som kan utføre sertifiseringen. I første omgang bør man derfor kun kreve sertifisering av komponenter som inngår i meldingsutveksling, deretter andre viktige deler av Elektronisk pasientjournal -systemet som inngår i en samhandling med andre systemer. Legemiddeloversikt er et slikt eksempel.

7.3.4 Kostnadsvirkninger

Det er viktig at alle kommuner kommer seg opp på et teknologisk minimumsnivå for at man skal hente ut potensialet som ligger i elektronisk samhandling. Kostnadsvirkningene bør utredes nærmere med sikte på fullfinansiering. Dette gjelder både pukkelkostnader og eventuelle økte varige driftskostnader. I forhold til varig drift kan det være elementer som gir merkostnader og andre elementer som gir en mer effektiv tjenesteproduksjon. Den nasjonale IKT - infrastrukturen bør finansieres nasjonalt.

8. Hvordan kan samhandlingsreformen gjennomføres?

Samhandlingsreformen, med ny folkehelselov og lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, kan iverksettes fra 1.1.2012, med de forandringer og presiseringer som er referert til i punkt 1-7 overfor.

Reformen må etter Tromsø kommunes oppfatning implementeres gradvis og etter en plan. Det må også fastsettes "milepæler" hvor resultatene av samhandlingsreformen på gitte tidspunkter etter nærmere kriterier skal vurderes. Nye oppgaver må fullfinansieres.

9. Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011 – 2015

Samhandlingsreformen har oppsummert de viktigste utfordringene: behovet for mer forebyggende arbeid, behovet for breddekompetanse og helhetlige tjenester, og sikring av en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste i møte med fremtidens befolkningssammensetning og sykdomsbilde.

Målet er å redusere sosiale helseforskjeller og at alle skal ha et likeverdig tilbud om helse- og omsorgstjenester uavhengig av diagnose, bosted, personlig økonomi, kjønn, etnisk bakgrunn og den enkeltes livssituasjon. Det skal satses mer på forebyggende arbeid og tidlig innsats for å begrense plager og lidelser og hindre at sykdom utvikler seg.

Pasienter og brukere skal møte mer helhetlige og koordinerte tjenester. Når sykdom rammer, er det viktig at folk opplever at de får tilbud om behandling og pleie med kort ventetid og med størst mulig nærhet til brukeren. Nasjonal helse- og omsorgsplan skal vise hvordan reformen skal gjennomføres.

Regjeringen vil:

- at Nasjonal helse- og omsorgsplan skal bli et mer operativt redskap for prioriteringer innenfor de samlede helse- og omsorgstjenester.
- at Nasjonal helse- og omsorgsplan skal sikre god politisk styring gjennom å være et strategisk styringsdokument for helsetjenesten.

Planen omhandler flg. temaer:

FOLKEHELSE

- Nasjonale folkehelse tiltak
- Lokalt folkehelsearbeid
- Sosial ulikhet og helse
- Arbeid og helse
- Beredskap og smittevern
- Internasjonalt helsesamarbeid

HELHET OG SAMMENHENG

- Sykehusstruktur
- Tilgjengelighet
- Akuttmedisin
- Desentraliserte spesialisthelsetjenester
- Finansiering av helsetjenesten
- Psykisk helse og rus

HELSEPERSONELL

- Utdanning og rekruttering
- Ledelse og arbeidsmiljø i helsetjenesten

KVALITET OG FAGLIGHET

- Kvalitet og læringskultur
- Forskning og innovasjon
- Kunnskap i helsetjenesten
- Pasientsikkerhet
- IKT, e-helse og personvern
- Helseregistre og biobanker
- Legemidler og legemiddelbruk

FREMTIDENS KOMMUNEHELSETJENESTE

- Forebyggende helsetjenester
- Legetjenester i kommunene
- Pleie- og omsorgstjenester
- Rehabilitering og habilitering
- Tannhelsetjenesten

NY PASIENTROLLE

- Pasientforløp og brukarmedvirkning
- Frivillig arbeid og ideelle organisasjoner

Under hvert tema og underpunkt beskrives situasjonen i dag, mål for perioden og mulig virkemidler for å nå målene. Les mer under <https://fremtidenshelsetjeneste.regjeringen.no/>

Rådmannen vil kort kommentere noen av målene under temaet fremtidens kommunehelsetjeneste:

9.1 Forebyggende helsetjenester

Det forebyggende arbeidet i kommunene skal styrkes. I samhandlingsreformen er det et mål å flytte ressurser tidligere ut i tiltakskjeden. Det blir særlig viktig å legge vekt på det primærforebyggende arbeidet. Sekundær- og tertiærforebyggende arbeid skal også styrkes.

Målene for perioden er:

- En større andel av innsatsen i helsetjenesten skal være forebyggende tjenester.
- Økt egenmestring.

- En god helsestasjons- og skolehelsetjeneste, herunder tilbud om svangerskapsomsorg.

Mulige virkemidler vil bl.a. være å iverksette de nye lovene, øke innsatsen på forebygging.

9.2 Legetjenester i kommunene

Det er bred enighet om at fastlegeordningen i hovedsak fungerer godt. Befolkningen er også tilfreds med fastlegeordningen, som har medført kortere ventetid og bedre legedekning. Fastlegene er likevel ikke godt nok integrert i kommunehelsetjenesten og kommunene ønsker bedre muligheter styringsmuligheter. Fastlegene driver ikke nok forebyggende og oppsøkende arbeid og de samhandler ikke nok med andre yrkesgrupper.

Noen mål for perioden er:

- Å utvikle allmennlegetjenesten er en viktig del av samhandlingsreformen.
- Rammevilkårene for allmennlegetjenesten skal utvikles i en retning som sikrer stat og kommune gode styringsmuligheter.
- Endringene skal fremme kvalitet (Nasjonal kvalitetsstrategi), mer innsats for å begrense og forebygge sykdom der dette er effektivt, herunder aktiv oppfølging av kronikere og andre pasienter med særskilt risiko for sykdom og behandlingsbehov i spesialisthelsetjenesten, samt tilstrekkelig oppfølging av sårbare grupper som ofte ikke selv oppsøker

Mulige virkemidler vil bl.a. være å vurdere å innføre nasjonale kvalitets- og funksjonskrav med tilhørende rapporteringskrav, for å understøtte at fastlegene tar et helhetlig ansvar for tjenestene til listepopulasjonen og sikrer et helhetlig pasientforløp og tilpasse spesialistutdanningen i allmennmedisin til nye oppgaver og kompetansebehov samt utrede endringer i finansieringsordningen.

9.3 Pleie- og omsorgstjenester

Omsorgstjenestens hovedutfordringer er knyttet til vekst i antall brukere og at flere har komplekse sykdomsbilder med behov for sammensatte tjenester. Dette stiller store krav til kapasitet og kompetanse i omsorgstjenestene, og til omstilling og tilpassing i kommunene. Det er behov for bedre medisinsk og tverrfaglig oppfølging av omsorgstjenestens brukere og større oppmerksomhet på aktivitet og sosiale og kulturelle forhold ved dagens omsorgstilbud.

Noen mål for perioden er:

- Styrke kapasiteten i omsorgstjenesten gjennom 12 000 heldøgns omsorgsplasser og 12 000 nye årsverk.
- Bedre kvaliteten i omsorgstjenesten ved å presisere verdighet som en del av forsvarlighetskravet, samt vedta forskrift om en verdig eldreomsorg.
- Gjennomføre Demensplan 2015 og sikre gode tjenester til hjemmeboende demente.
- Øke kompetansen i omsorgstjenestene gjennom Kompetanseløftet 2015, videreutvikle kunnskapsgrunnlaget gjennom praksisnær forskning og utvikling, styrke den etiske kompetansen hos de ansatte.
- Økt oppmerksomhet på aktiv omsorg og partnerskap med familie og pårørende.
- Bedre samhandling og medisinsk oppfølging, og styrket innsats innen lindrende behandling.
- Styrke bruk av velferdsteknologi og nye innovative løsninger.

Mulige virkemidler vil bl.a. være fortsatt ressursinnsats for å sikre et tilstrekkelig og forsvarlig omsorgstjenestetilbud. Regjeringens mål om 12 000 nye årsverk i omsorgstjenesten i perioden 2008-2015, full sykehjemsdekning ved at alle som trenger heldøgns omsorg skal få dette, fortsatt innsats knyttet til rekruttering og kompetanse, samt gjennomføring av Demensplan 2015, står derfor fast. Ny verdighetsgaranti gjennom lovendring og ny forskrift om en verdig eldreomsorg. Regjeringen har som mål å innføre en lovfestet plikt til å tilby dagtilbud til demente når tilbudet er bygd ut.

Regjeringen har oppnevnt et utvalg som skal finne nye løsninger for å møte framtidens omsorgsutfordringer med spesiell vekt på utvikling av arkitektur, ny teknologi og nye eier- og driftsformer.

9.4 Rehabilitering og habilitering

Rehabiliterings- eller habiliteringstiltak skal være en integrert del av pasientforløpet hos barn og voksne med ulike sykdommer og skader. Tilbudet er ikke tilstrekkelig på alle områder. Mange som trenger slike tjenester opplever brudd og svikt i flyten mellom nivåene og på tvers av tjenestegrensene.

En rehabiliterings- eller habiliteringsprosess involverer flere aktører, også utenfor helsetjenesten. Prosessen må skje i hverdagen til den det gjelder og brukeren må delta aktivt.

Noen mål i perioden vil være:

- Gjennom samhandlingsreformen skal det vurderes om kommunene skal få større ansvar for rehabilitering og habilitering.
- Brukermedvirkningen skal styrkes og tjenestene må koordineres bedre.
- Kommunale, statlige og private tjenester må ses i sammenheng slik at tilbudet blir helhetlig og sammenhengende.
- Faglig kvalitet skal ivaretas og status knyttet til habiliterings- og rehabiliteringstjenestene skal styrkes.

Mulige virkemidler vil være å gjennomgå rehabiliteringsfeltet for å avklare grenseoppgangen mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten og utvikle gode kvalitetsmål for resultatet av prosessen. Kommunal medfinansiering av rehabilitering på sykehus (avgrenset somatisk modell) og opphold i private rehabiliteringsinstitusjoner vil legge til rette for at kommunene kan ta større oppgaver på rehabiliterings- og habiliteringsfeltet.

De lovpålagte avtalene mellom helseforetak og kommuner bør understøtte gode forløp for re-/habiliteringspasienter. Tydeliggjøre funksjonen som personlig koordinator (forslag i ny lov). Gi helsepersonell plikt til å delta i arbeidet med individuell plan (forslag i ny lov).

Presisere plikten for kommuner og helseforetak til å ha koordinerende enhet med ansvar for individuell plan. Plassere ansvar for individuell plan i kommunen der den enkelte har behov for tjenester både fra kommune- og spesialisthelsetjenesten. Vurdere behovet for økt faglig oppmerksomhet på rehabilitering og habilitering i helse- og sosialfagutdanningene.

9.4 Tannhelsetjenesten

De fleste tannhelseproblemer kan forebygges. Tannhelsen i befolkningen er blitt betydelig bedre de siste 40 årene, og er jevnt over god. Likevel er det fortsatt mange som har ekstra behov for tannhelsehjelp. Det gjelder både barn og voksne. Det er sosial ulikhet i tannhelse.

Fylkeskommunene som forvalter den offentlige tannhelsetjenesten har begrensede virkemidler for å kunne utnytte de samlede ressursene til tannhelsetjenester. Det er variasjoner i hvordan samarbeidet mellom tannhelsetjenesten og andre helse- og omsorgstjenester ivaretas.

Noen mål i perioden vil være:

- Det offentlige tilbudet må i større grad innrettes mot dem som trenger det mest.
- Samarbeidet mellom tannhelsetjenesten og kommuner, sykehus, og andre må bli bedre.
- Den private delen av tannhelsesektoren må i større grad ta del i å løse offentlige tannhelseoppgaver.

Mulige virkemidler vil bl.a. være å vurdere hvordan fylkeskommunen kan få et tydeligere ansvar for forskning og kunnskapsutvikling og tydeligere ansvar for å ha oversikt over tannhelsen i befolkningen samt å inngå samarbeidsavtaler mellom fylkeskommunale tannhelsetjenester og øvrige helse- og omsorgstjenester.

9.5 Generelt om fremtidens kommunehelsetjeneste

Tromsø kommune viser til ovenstående og har ingen spesielle merknader til målene og virkemidlene utover høringsuttalelsene til lovforslagene.

