

# ARENDALE KOMMUNE

## Helse og omsorg

Helse- og omsorgsdepartementet

Postboks 8011 Dep

0030 OSLO

Dato: 18.01.2011

Vår ref: 2010/16140 - 8

Deres ref:

Arkivkode: G00

Saksbeh.: Sverre Brinchmann

Tlf.: 37013264

### Høringsuttalelse fra Arendal kommune - forslag til ny kommunal helse- og omsorgslov

Arendal kommune behandlet høringsuttalelse til ny kommunal helse- og omsorgslov i møte 13.01.2011 og fattet følgende vedtak:

#### Vedtak:

Arendal formannskap vedtar framlagte ” Høringsuttalelse fra Østre Agder til ny Helse- og omsorgslov og Folkehelselov samt Nasjonal helse – og omsorgsplan ” som Arendal kommunes uttalelse.

Vedtaket er gjort med hjemmel i kommunelovens § 13.

#### Enstemmig.

Her følger høringsuttalelsen:

### Høringsuttalelse fra Østre Agder til ny Helse- og omsorgslov og Folkehelselov samt Nasjonal helse – og omsorgsplan

#### 1.0 Innledning

Dette er en felles høringsuttalelse fra kommuner som deltar i det interkommunale samarbeidet i Østre Agder. Det interkommunale samarbeidet i Østre Agder omfatter kommunene Åmli, Vegårshei, Gjerstad, Risør, Tvedestrand og Arendal. Grimstad kommune er ikke formelt med i Østre Agder, men har deltatt i høringsarbeidet. Ordet kommunene er derfor i denne høringsuttalelsen fellesbetegnelse på ovennevnte kommuner.

Kommunene kommer i denne høringsuttalelsen med en generell vurdering samt vurderinger og synspunkter knyttet til utvalgte fokusområder. Vi henviser for øvrig til synspunktene i høringsdokument til KS om samhandlingsreformen datert 06.12.10 som de deltagende kommuner stiller seg bak.

## 2.0 Generelle betraktninger

Samhandlingsreformen byr på mange utfordringer for partene. Kommunene må ha økt fokus på tiltak som forebygger dårlig helse, og sette i verk ytterligere tiltak for å dempe henvisnings- og innleggelsesrater til spesialisthelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten må samtidig tilpasse virksomheten og understøtte kommunenes framtidige rolle. Dette stiller store krav til dialog og felles planlegging som må sikres bl a gjennom avtaleinstituttet.

Kommunene deler beskrivelsene av nå- situasjonen, utfordringer og framtidsperspektiver som lovforslagene og høringsgrunnlaget for ny helse – og omsorgsplan trekker opp. Vi deler også den grunnleggende tilnærmingen til utfordringene med økt satsing på forebygging, tidlig intervensjon og rehabilitering.

Kommunene ber HOD i det videre arbeidet med ny nasjonal helse – og omsorgsplan legge betydelig mer arbeid i å sikre at gjennomføringen av Samhandlingsreformen baseres på likeverdighet mellom forvaltningsnivåene som er ansvarlig for å gi innbyggerne en god helse: kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Kommunene forutsetter derfor at mest mulig ansvar lovreguleres gjennom nødvendige presiseringer i forskrifter, og at avtaler inngås på en likeverdig måte med mulighet for tvisteløsninger ved uenighet. HOD må gjennomføre konsekvensvurderinger av økonomiske og administrative effekter for kommunene, og at dette må gjøres i nært samarbeid med KS.

### 2.1 Konsekvenser av lovforslaget - kommunenes muligheter til gjennomføre reformen

Kommunene mener på generelt grunnlag at de økonomiske og administrative konsekvensene av lovforslagene er betydelige større enn HOD legger til grunn. Flere steder i lovforslaget er kommunene gitt ansvar for å sikre at loven gjennomføres. Dette ansvaret er vesentlig større enn det som følger av gjeldende lovgivning. Det vil kreve betydelig innsats både i innførings – og gjennomføringsfasen. Det er gjennomgående i høringsforslaget for så vidt gjelder departementets vurderinger av de administrative og økonomiske konsekvenser at *”det ikke vil medføre økonomiske og administrative konsekvenser”* for kommunene. Flere kapitler har formulering som: *”De oppgavene som er skissert i dette kapitlet innebærer en videreføring av gjeldende rett, og vil følgelig ikke medføre økonomiske eller administrative konsekvenser”*. Vi mener det er foruroligende at dette er departementets gjennomgående syn. **Kommunenes administrative ressurser i form av så vel kompetanse som planleggingskapasitet er ikke dimensjonert for det gjennomføringsansvar som kommunen får ved reformen. Det må derfor tilføres ressurser.**

Kommunene mener at forslaget fra KS om et nasjonalt tvisteløsningsorgan ved uenighet om tolkning av avtaler, også bør ha som mandat å avgjøre om det er gitt tilstrekkelig ressurser fra stat til kommune ved overføring av oppgaver, da tjenester som er regulert i lov og avtaler avhenger av økonomi og ressurser for å kunne gjennomføres. Reformen er så tung og omfattende at den krever en massiv innsats for å lykkes. Denne innsatsen vil være nødvendig i alle faser. Dette vil medføre økte kostnader. Selv om kommunene har flere av disse oppgavene i dag så forutsetter den nye loven at det skal skje en stor grad av omlegging, tilpassing og endring. Dette krever både økte personell- og økonomiresurser.

### 2.2 Avtalesystemet

I forslaget til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester foreslås det et nytt lovplågt avtalesystem som skal bidra til å understøtte samhandlingsreformen, samt klargjøre ansvarsfordelingen. Departementet fremholder at avtaler kan være et hjelpemiddel når det gjelder iverksetting av lovverket, og at avtalene kan utfylle lovbestemmelsene. En utfordring ved å la avtaler styre oppgavefordelingen mellom spesialisthelsetjenesten og den enkelte kommune, er det ulike styrkeforholdet mellom partene. Dette vil gjøre seg gjeldende når kommuner skal forhandle med faglig sterke og store helseforetakene. Avtalene bør derfor bl.a. omfatte

- utdanning og kompetansebygging
- praksiskonsulentordning \*
- plan- og utviklingsarbeid
- håndtering av uenighet

\*Praksiskonsulentordningen er et tiltak for bedre samhandling mellom tjenestenivåene. Det er et nettverk av fastleger som har en deltidsstilling i sykehuset.

Det kan bli en utfordring at avtalene blir for vage, og at det er vanskelig å tolke dem presist. Ved å legge opp til stor grad av avtalebasert samarbeid vil det være fare for at det utvikler seg ulik praksis fra helseregion til helseregion. Derigjennom kan målet om likhet i helsetilbud uavhengig av bosted bli utfordret.

Kommunene mener at dette kan løses ved å utfylle loven med forskrifter. Fordelen med å velge forskrifter fremfor avtaleregulering er at man unngår den ubalanse som nevnt ovenfor. I tillegg vil forskrifter være åpne og lett tilgjengelige for enhver som har behov og interesse for det, og være ens for hele landet. Videre vil det være mindre fare for at det utvikles ulike praksis når man regulerer samarbeidet gjennom forskrift fremfor gjennom avtaleverk.

Departementets uttaler på side 317 at arbeidsgiveransvaret ved samlokalisering i lokalmedisinske sentre må avklares gjennom avtaler. Det bemerkes at arbeidsgiveransvaret ikke bare er et formelt spørsmål, men i stor grad en styringsoppgave/ plikt. Det forutsettes at dette forskriftsreguleres, eventuelt styres gjennom sentrale avtaler.

### **2.3 Klageadgang**

I kap. 26 om klageordning foreslår departementet at klage på enkeltvedtak etter loven skal gå direkte til klageinstansen, og at klageinstansens kompetanse skal begrenses i forhold til omgjøringsrett. De foreslåtte endringer støttes. Det må legges til grunn at underinstansen har best kompetanse til å avgjøre hva som totalt sett er den beste løsningen, samtidig som klageorganets merknader blir ivare tatt. Det vil også gi pasienten større rettsikkerhet gjennom nytt, begrunnet vedtak. Særordningen etter dagens lov med dobbel klagebehandling er både tidkrevende og gir ingen økt rettssikkerhet for pasientene.

### **3.0 Folkehelse og forebyggende helsetjenester**

#### **Generelt**

Kommunene støtter de gode intensjonene som lovutkastet bygger på. Investering i forebyggende helsearbeid gir samfunnsøkonomisk gevinst i et langsiktig perspektiv. Lovutkastet framhever betydningen av helhetlig planlegging. Det utfordrer kommunene på å ivareta folkehelse i planlegging av boligområder, offentlig infrastruktur, og bidra til bedre universell utforming. Derfor er det bra at ansvaret for folkehelse legges til kommunene. Lovutkastet legger vekt på kommuneplanarbeidet som et sentralt verktøy for å oppnå god folkehelse. En klar premis for lovutkastet er forsterket innsats for bedre folkehelse i kommunene. Kommunene beklager derfor konklusjonene i kapittel 20.2.2. Her konkluderer HOD med at merkostnader som følge av ny folkehelselov for kommunene kan håndteres innenfor allerede gjeldende budsjettammer. Dette er ikke realistisk når en samtidig i St.meld .nr. 47 om Samhandlingsreformen ber kommunene om å ruste seg opp organisatorisk for å ivareta forebygging på systemnivå. Det synes åpenbart for kommunene at det vil medføre merkostnader å iverksette et forsterket folkehelsearbeid i kommunene.

Levekårsmålinger viser at Agder kommer dårligere ut enn landsgjennomsnittet. Det kreves en langsiktig og vedvarende satsing for å snu en slik trend. Dersom det settes inn tilstrekkelig ressurser på et område kan det gi gevinst. Vi kan i denne sammenheng vise til ett stort prosjekt i Agder med

tiltak rettet mot frafall i videregående skoler ("drop-outs"). Det gav gode resultater, men forutsatte økt ressursbruk.

En presisering: overskrift kapittel 4.3.5 bør i nasjonal helse – og omsorgsplan endres fra "Tilknytning til arbeidslivet" til "Tilknytning til arbeidslivet og skole".

### **Ansvarsfordeling mellom kommuner og fylkeskommuner**

Lovutkastet framhever betydningen av et selvstendig kommunalt ansvar for folkehelsen i egen kommune. Fylkeskommunen skal samtidig ha en såkalt *understøttende rolle* i en regional sammenheng. Det hadde vært ønskelig med en klarere presisering og tydeliggjøring av ansvarsforholdet mellom de to nivåene i forhold til ansvaret for å initiere felles planprosesser, helseovervåking og oppfølging av nasjonale retningslinjer og veiledninger.

### **Helseovervåking**

Som beskrevet deler ikke kommunene lovutkastets syn på at økt satsing på folkehelsearbeidet ikke medfører merkostnader økonomisk og administrativt. Østre Agder vurderer nå å ansette en felles samfunnsmedisiner bl.a som følge av de økte krav til helseovervåking som ny folkehelselov trekker opp. En bedre lokal og regional kartlegging av helsetilstanden i kommunene er en krevende oppgave som vil kreve mer ressurser.

### **Miljørettet helsevern**

Det konstateres at departementet har fulgt opp prinsippene i dagens kommunehelselov kap. 4a om miljørettet helsevern, jfr. lovforslagets kap. 3. Også en rekke andre lover gir hjemmel til å regulere eller iverksette tiltak for å ivareta folkehelsen. Departementet har på side 60 i høringsnotatet redegjort for dette. Samtidig er det sagt svært lite om hvordan de ulike bestemmelser skal samordnes. Flere av de faktorer som er angitt i § 7, 2.ledd finner vi igjen i plan- og bygningsloven, eks. § 29-5, og ikke minst forurensingsloven, jfr. § 6.

For kommunen som myndighetsorgan kan ett miljø/ helseproblem håndteres av ulike faginstanser. Det utelukkes heller ikke at valg av løsning kan variere alt etter hvilken hjemmelslov som anvendes. Fra kommunens side er det uavhengig av dette viktig å reagere når forholdene tilsier dette og at det brukes riktig hjemmel. Dette kan medføre at det reageres på samme forhold etter flere ulike lovbestemmelser, eventuelt at det ikke reageres fordi det forventes å bli håndtert av andre faginstanser. Begge situasjoner er like lite ønskelige. For å gi kommunene en klarere føring på denne problemstillingen burde lovvalget blitt viet større oppmerksomhet. Kommunene legger til grunn at Folkehelseloven i denne sammenheng skal gi et generelt lovgrunnlag, mens helse/ miljøproblem som det er hjemmel til å løses gjennom annet lovverk først skal vurderes etter særloven før man eventuelt anvender tiltak hjemlet i folkehelselovens kap. 3. Slik sett fungerer folkehelseloven som et "sikkerhetsnett" for saker som ikke løses etter annen lovgivning.

Skal den nye loven gi folkehelsearbeidet et løft er det vesentlig at dette understrekes overfor andre faginstanser som håndterer helse/miljørelaterte problemer. Det vil og styrke folkehelsearbeidet dersom forurensingsmyndigheter og plan- og bygningsmyndigheter systematisk benytter kommunelegens kompetanse. Da vil helseaspektet bli bedre ivaretatt i saker etter særlov.

For øvrig vil det være kommuneplanarbeidet som blir det viktigste verktøyet for å samordne og integrere de ulike faginstanser i forhold til folkehelsen. Det må derfor påpekes og understrekes at kommunens planansvar etter lovforslagets § 4 skal ivaretas i kommuneplanen.

## 4.0 Det kommunale tjenestetilbudet

### 4.1 Akuttmedisin – kapittel 13 – om kommunenes ansvar for øyeblikkelig hjelp

Kommunene er enige i at kommunehelsetjenesten bør utrede å organisere et øyeblikkelig hjelp - døgntilbud til pasienter som midlertidig trenger behandling, pleie og omsorg i hjemmet eller i sykehjem. Dette skal være et alternativ til innleggelse i sykehus. I hovedsak vil dette dreie seg om kronisk syke og eldre som får en akutt sykdom eller en forverring av sin lidelse, og som av den grunn trenger tett oppfølging og observasjon i en tidsbegrenset periode. Hvordan tilbudet skal organiseres avklares i den enkelte kommune i samarbeid med helseforetaket i opptaksområdet.

HOD ber konkret om merknader til økonomisk/adm. konsekvenser. På nåværende tidspunkt er det svært vanskelig å ha meninger om dette da omfang og innhold i tjenesten ikke er presist angitt. Drift av en døgnpost er ressurskrevende, og krever høy faglig kompetanse. Det må derfor legges til grunn at faglig forsvarlig drift vil forutsette økt faglig kompetanse og betydelige økte personellkostnader. En annen utfordring blir å dimensjonere tiltaket riktig. Kommunene legger til grunn at tiltaket må være fullfinansiert av staten.

### 4.2 Styring av fastlegeordningen

I kap. 16 er det foreslått nye krav til fastlegen. Kommunene støtter intensjonen om en sterkere integrering av fastlegene i kommunehelsetjenesten som en viktig premiss for iverksetting av reformen. Skal fastlegeordningen bli en del av den kommunale helsetjenesten må kommunene gis en reell styringsmulighet som gjenspeiler at fastlegetjenesten både er et offentlig og kommunalt forankret tjenestetilbud. Dette høringsforslaget gir ikke i tilstrekkelig grad kommunene denne styringsmuligheten. Sentrale avklaringer med Legeforeningen om prinsipielle sider av reformen må skje på nasjonalt nivå. Dette må bli bindende for de lokale parter. Kommunene må få styrket kapasitet og kompetanse både faglig og administrativt for å legge til rette for bedre samarbeid med fastlegene. Dette vil gi kommunene merkostnader, men vil være av stor betydning for iverksetting av reformen.

### 4.3 Legetjenesten i kommunen

Kommunene mener en bedre utbygd legetjeneste som er integrert i kommunehelsetjenesten blir helt avgjørende for å gjennomføre samhandlingsreformen. Det beste virkemiddelet for å oppnå dette vil være å ansette leger i fulle stillinger i kommunehelsetjenesten etter de samme lønns- og arbeidsvilkår som leger i Spesialisthelsetjenesten. Kommunene vil gjennom arbeidsgiveransvaret ha mulighet til å styre ressursene inn mot prioriterte oppgaver innenfor geriatri, psykiatri, rus/psykiatri og helhetlig rehabiliteringsarbeid ut fra lokale behov. Det vil også bidra til at tilpiktningsordningen for fastlegene blir utnyttet mer samordnet og effektivt.

Å øke antall selvstendig næringsdrivende fastleger (mer av det samme som før) vil ikke bidra til å løse utfordringene i allmennlegetjenesten i forhold til:

- å gi bedre oppfølging av brukere i omsorgstjenester utenfor institusjon
- å bedre tilbudet til pasienter med spesielle og omfattende behov
- å oppsøke pasienter som ikke selv etterspør legetjenester

En endret nøkkel for finansiering av fastlegene er heller ikke et egnet virkemiddel til å møte kommunenes behov for effektive styringsverktøy med hensyn til allmennlegetjenesten.

En gradvis oppbygging av ordinært ansatte leger i kommunehelsetjenesten vil også virke positivt inn på rekruttering av spesialisert helsepersonell, gi mulighet for opprettelse av utdanningsstillinger og gi bedre rammebetingelser for praksisnært forsknings- og utviklingsarbeid. Kommunene vil i mindre grad være avhengig av fastlegeordningens bidrag inn mot nevnte grupper som i dag ikke får tilstrekkelig oppfølging. Nye oppgaver med øyeblikkelig hjelp- funksjon i kommunene og større

behandlingsansvar innenfor eldremedisin/geriatri understøtter forslaget. HOD må i sammen med KS og Legeforeningen utarbeide en forpliktende opptrappingsplan som sikrer ressurser og rammebetingelser som gjør det attraktivt for spesialisert helsepersonell å arbeide i kommunehelsetjeneste.

#### **4.4 Psykisk helse og rus**

Ansvarsdelingen mellom de distriktpsikiatriske sentra i spesialisthelsetjenesten (DPS) og psykiatritjenesten i kommunene er i forslaget ikke tilstrekkelig avklart. Hele behandlingsskjeden er sammenhengende uten at ansvarsfordelingen er åpenbar. Det er fra flere hold (bl.a gjennom egen evaluering fra Norges forskningsråd) pekt på at kommunene allerede i dag gjennom Opptrappingsplanen for psykisk helse har bygd opp tilstrekkelig kvantitativ kapasitet på tjenesten. DPS i Aust-Agder har i dag en kommuneovergripende organisering med 3 poliklinikker i tillegg til egen poliklinikk i Arendal sentrum for rus- og avhengighetsbehandling.

En mulighet innenfor rammen av ny nasjonal helse – og omsorgsplan kan være å iverksette forsøk ulike steder i landet der kommuner gjennom interkommunalt samarbeid overtar nåværende oppgaver til DPS. Med utgangspunkt i lokal kunnskap og mulighet til sterkere integrasjon med øvrige kommunale tjenester som bl.a rehabilitering kan en da vurdere en annen struktur og organisering. En mulighet er å utvikle flere lokale poliklinikker, evt. ambulante team for å utnytte fordelene med lokal kompetanse, nærhet og tilgjengelighet. Her finnes det mange muligheter for å utvikle gode lokalbaserte tilbud.

DPS gir i dag et tilbud innenfor psykisk helse. Rusbehandling er ikke særlig godt integrert i tilbudet. Ved en overføring vil kommunene primært få overført kompetanse innenfor psykiatri. Skal DPS bli kommunal/interkommunale bør forsøkene også omfatte overtakelse av rus- og avhengighetsbehandling ved å integrere dette tilbudet i øvrige oppgaver ved DPS.

Det bør i en vurdering rundt forsøksvirksomhet med kommunal DPS også avklares om døgnpostene for midlertidig heldøgnsbehandling og de ambulante akutteamene skal være en del av tjenestetilbudet.

Sett fra et behandlingsspektiv er det argumenter som tilsier at DPS kan inngå i den kommunale psykiatritjenesten innenfor et interkommunalt samarbeid. Pasienter med sammensatte lidelser som rus og psykiatri har et stort behov for helhetlige, koordinerte og samordnede tjenester. Ved å opprettholde dette noe kunstige nivået mellom 1. og 2. linje kompliseres koordineringen, behandlingen tar lengre tid og det involveres flere behandlere enn nødvendig.

#### **5.0 Om virkemidler**

Kommunene er av den oppfatning at de ulike finansieringsmodellene må utredes grundig. Utredningen bør fokusere på tempo i reformene, risiko for kommunene og graden av treffsikkerhet ved valg av virkemiddel. Kommunene frykter at de foreslåtte ordningene med betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter og en avgrenset medfinansiering ikke vil være tilstrekkelig for å innfri målsettingene om økt innsats på forebygging og ivareta målet om bedre samhandling mellom de tre aktørene som leverer helsetjenester. Som anført tidligere i høringsuttalelsen har ikke HOD beregnet de økonomiske og administrative konsekvensene av reformforslaget.

#### **5.1 Medfinansiering**

Kommunene mener at forslagene som er lansert om medfinansiering relatert til diagnose eller aldersbasert avgrensning, begge vil medføre en unødig byråkratisering av samhandlingsoppgavene. Medfinansiering vil ha en mulig effekt hvis den er tilstrekkelig høy. Erfaringene fra Danmark viser at incentivene må økes for å få den ønskede effekt. Ved å gjøre dette vil det samtidig øke risikoen for utilsiktede effekter for kommunene. Kommunene vil trenge tid på å bygge opp interkommunale løsninger som imøtekommer spesialisthelsetjenestens forventning om å ta i mot pasienter som

trenger behandling. Investeringsutgiftene som påløper vil mange kommuner med dårlig økonomi ikke være i stand til å håndtere. Ordningene synes å være lite utredet og dårlig tilpasset norske forhold med lange avstander og mange små kommuner.

Oppbyggingen av et forsterket tilbud i kommunene for ulike diagnosegrupper vil kreve, med bl.a interkommunal samhandling som et virkemiddel. Det vil derfor være nødvendig å ha en mer helhetlig finansieringsform som må bygges opp mer gradvis i tett samhandling mellom stat og kommune. Vårt primære synspunkt er derfor at medfinansiering som baserer seg på å forhindre innleggelse i sykehus av de som trenger det mest (eldre pasienter), ikke bør iverksettes.

Hvis det likevel skal etableres en variant av medfinansiering mener vi at dette bør være forsøksordninger i utvalgte helseforetak med kommuner som tilhører foretakets opptaksområde. Vi antar at risikoen er minst ved en aldersbasert ordning. Den vil være mer treffsikker ved at de fleste allerede er en del av kommunens pasientgrupper ved sykehjem eller annen omsorgstjeneste og det estimerte rammebeløp som er knyttet til denne gruppen er på maksimalt 1.5 milliard. Dette reduserer risikoen. Kostnadskontrollen vil også være mindre siden det er mulig å unngå dobbeltbehandling. Effekten med så lav risiko kan derimot bli liten, og da bortfaller intensjonen.

Ordningen med diagnosebasert medfinansiering har en større risiko ved seg da det er ca 3.5 milliarder kroner som er knyttet til behandling av disse gruppene. Dette kan derfor ha større effekt for kommunene å etablere tilbud. Det vil samtidig være større fare for at behandlingstilbudene vil overlape hverandre da pasientgruppen er mer kompleks, og derved er faren for ineffektiv ressursbruk økende. Generelt vil det være nødvendig å bygge ut en større analysekapasitet både nasjonalt, i helseforetakene og kommunene for å vite hvor effektene er best. Datakvaliteten på nåværende nasjonale registre synes ikke å være tilstrekkelig presise for å bygge ut en ordning med så store økonomiske konsekvenser for kommunene. I forhold til ovennevnte vurderinger vil det i enda sterkere grad være utelukket å etablere medfinansiering innenfor psykisk helse og rus.

## 5.2 Utskrivningsklare pasienter

Departementet belyser to måter å beregne overføring av midler til kommunene ved innføring av finansielt ansvar for utskrivningsklare pasienter (kap. 31.5.2 s. 369). Den ene måten det kan gjøres på er å fordele midler etter nøklene i kommunenes inntektssystem. Den andre måten er å gi øremerket tilskudd etter hvilke kommuner som har utskrivningsklare pasienter i dag. Kommunene mener beregningsmåten etter nøklene i inntektssystemet er å foretrekke. Dette fordi den er nøytral i forhold til nåværende avtaler som kommunene har etablert med helseforetaket.

Ordningen med betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter bør avgrenses til pasienter innenfor somatikk. Betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter innenfor psykisk helse og rus bør ikke inngå i en slik finansiering.

Helseforetak og kommuner må i fellesskap definere den utskrivningsklare pasient. Gjennom lokale samarbeidsavtaler må det utarbeides klare kriterier for når en pasient er utskrivningsklar, samt klare kriterier for reinnleggelse. En klar forutsetning for å definere at en person er utskrivningsklar er når alle relevante pasientopplysninger er dokumentert i egen journal og mottatt av kommunehelsetjenesten. Det forutsetter derfor at et kvalitetsikret IKT – system er tilstrekkelig utbygd i hele landet før en slik ordning kan iverksettes. Ved uenighet/konflikt som ikke løses lokalt så viser vi til allerede foreslåtte sentrale tvisteløsningsorgan.

## 6.0 Kvalitet og faglighet

Kompetanseheving av ansatte i kommunehelsetjenesten, forskning og innovasjon blir helt sentral for å lykkes med samhandlingsreformen. Kommunene bør ha tilsvarende ansvar som spesialisthelsetjenesten i forhold til kompetanseheving av helsepersonell og tilrettelegging for

forskning. En hovedutfordring som kommunene står overfor er rekruttering. Utdanningsinstitusjoner og utdanningsprogram for helsepersonell er i stor grad rettet inn mot arbeid i spesialisthelsetjenesten. Den overveiende del av praksistimer og opplæring for helsepersonell foregår i dag i spesialisthelsetjenesten. Skal kommunehelsetjenesten bli oppfattet som et attraktivt sted å arbeid i, må utviklingsmuligheter synliggjøres. Tiltak som iverksettes må være på samme "nivå" som spesialisthelsetjenesten.

## 6.1 IKT

En god IKT- utbygging blir en bærebjelke hvis vi skal lykkes samhandlingsreformen.

Elektronisk samhandling har lenge vært ansett som et viktig virkemiddel for å nå helsepolitiske mål som bedre samhandling, helhetlige pasientforløp, kvalitet og effektivitet. Arendal kommune har siden 2006 vært en aktiv pådriver for å få på plass elektroniske meldinger mellom helseforetak, omsorgstjenesten og fastlegene. Arendal har vært pilotkommune i ELIN-K fase 1 og er nå en av Helsedirektoratets 11 hovedsamarbeidskommuner i Meldingsløftet i kommunene. Siden mai 2009 har vi mottatt elektroniske epikriser fra Sørlandet Sykehus HF. Arendal samhandler elektronisk med 3 av legesentrene i kommunen. Avtale er inngått med de resterende 8, og det er også bestilt kommunikasjonsmodul til helsestasjoner, fengselshelsetjeneste og legevakt. Arendal er en av de kommunene som har kommet lengst på dette feltet. Erfaringene er at vi har støtt på mange utfordringer og forsinkelser underveis.

Kommunene ser det derfor som svært positivt at elektronisk samhandling er viet et eget kapittel i lovforslaget, og støtter fullt ut Riksrevisjonen i at det er behov for sterkere og mer tydelig nasjonal styring for å nå målet om elektronisk samhandling som ordinær måte å kommunisere på. Vi støtter også helse- og omsorgskomiteen i at det bør lages en nasjonal plan for IKT. Denne planen må omfatte alle aktørene i samhandlingskjedene, ikke bare helseforetakene. Den store utfordringen er å få alle til å gå i takt, og å få leverandørene til å prioritere likt. Underveis i piloteringen av ELIN-K har vi for eksempel erfart at NAV kommer med krav og tidsfrister som må prioriteres, og som gjør at arbeidet med ELIN-K-meldinger stopper opp.

### Allerede igangsatt arbeid med lov og forskrift (32.2)

Det vil være positivt å kunne gi tilgang på tvers samt å etablere kjernejournal, men dette vil kreve svært gode rutiner for autorisasjoner og tilgangsstyring.

### Plikt til elektronisk dokumentasjon og forsendelse av helseopplysninger (32.3)

Det er viktig at alle kommer over på elektroniske løsninger så raskt som mulig for å kunne avvikle papir. For mange kommuner er det imidlertid fortsatt et stort sprang å ta, ikke minst økonomisk. I mindre kommuner der legekontor, sykehjem og hjemmesykepleie er samlokaliserte, er det ofte vanskelig å få beslutningstakerne til å se at de skal investere i kommunikasjonsutstyr og betale tusenvis av kr pr måned i lisenser og avgifter, når aktørene enkelt kan "stikke innom hverandre" for å få informasjon. Dette fører i sin tur til at de som har investert, ikke får utnyttet dette fullt ut. Vi er avhengig av et volum, og at vi kan kutte ut dobbeltføring på papir for å få gevinster av våre investeringer. Vi støtter derfor forslaget om å lovfeste i helseregisterloven § 6 at Kongen i forskrift kan fastsette at helseopplysninger i behandlingsrettet register skal føres og utleveres elektronisk.

Departementet ser for seg at plikten til elektronisk informasjon skal innføres gradvis. Det er for så vidt greit, og det vil sikkert komme mange nye meldinger, men de som allerede er utviklet og godkjente for utbredelse bør tas i bruk så snart som mulig. For kommunene er det de samme investeringene som må gjøres om du skal sende én eller 100 meldingstyper, og nytteverdien vil øke for hver meldingstype som tas i bruk.

### Økonomiske og administrative konsekvenser (32.3.5)

Kommunene opplever på mange områder i dag å bli pålagt nye oppgaver som ikke fullfinansieres, og dette går ut over tjenestetilbudet. De økonomiske konsekvensene bør derfor ikke undervurderes, om de fra departementets ståsted virker mindre vesentlige. Med dagens prisstruktur på Norsk Helsenett



skal en kommune opp i ganske stort volum på meldingene for å kunne forsvare omleggingen rent økonomisk. For Grimstad kommune med ca 20 000 innbyggere vil det for eksempel koste ca 130 000 kr årlig bare til NHN, selv om det ikke sendes en eneste melding. I tillegg kommer lisenser til leverandørene, som fort kommer opp i tilsvarende beløp. På sikt vil nye måter å jobbe på og avvikling av papir kunne veies opp mot dette, men i innføringsfasen vil det bli ekstrakostnader. Det er derfor viktig at denne fasen blir så kort som mulig.

Kommunene mener det bør kunne stilles krav om at godkjente basismeldinger og pleie- og omsorgsmeldinger er på plass innen 1. september 2012, både for helseforetak, kommunenes omsorgstjenester, helsestasjoner og fastleger.

#### Forsvarlige IKT- tjenester og hensynet til elektronisk samhandling (32.4)

Det virker fornuftig å lovfeste at spesialisthelsetjeneste og kommunene skal ta hensyn til behovet for effektiv elektronisk samhandling ved anskaffelse og videreutvikling av sine journal- og informasjonssystemer. Dette vil kunne medføre økonomiske konsekvenser, fordi enkelte systemer må oppgraderes til helt nye versjoner for å kunne håndtere gjeldende meldingsstandarder.

#### Krav til funksjonalitet og standarder (32.5)

Standarder er helt avgjørende for elektronisk samhandling. Både teknologiske standarder, innholdsmessige standarder, kodeverk og retningslinjer for bruk av de ulike meldingene må være på plass. Det er derfor nødvendig med en sterk nasjonal samordning og styring. Å forskriftsregulere standarder og funksjonalitet for å ivareta sikkerhet kan være et klokt grep. Krav om bruk av europeiske/internasjonale standarder må ikke gå på bekostning av de nasjonale standardene der disse har kommet lengre.

#### Sertifisering (32.6)

Kommunene støtter forslaget om å forskriftsfeste krav om obligatorisk sertifisering velkommen. Dette vil gjøre det mye enklere for aktørene å anskaffe eller oppgradere systemene sine. For leverandørene vil det også bety klare krav og konkurransefortrinn om man får en tidlig sertifisering.

Departementet ber om kommentarer på noen særskilte punkter på side 387:

- a) I første rekke synes det riktig å sertifisere **de standardene og funksjonene som går på samhandling**, eksempelvis felles kodeverk, registrering av legemidler, meldinger og lignende.
- b) Det bør nok gå ett år første gangen og deretter holder det kanskje med 9 mnd. for nye elementer.
- c) Det bør være mulig å søke dispensasjon fra fristen i en overgangsperiode på for eksempel to år.

Sertifisering bør nevnes eksplisitt i helseregisterlovens § 16. Det må settes av nok midler over Statsbudsjettet dersom sertifisering skal iverksettes.

#### **Forslag til nytt punkt: Velferdsteknologi**

Kommunene finner det svært underlig og beklagelig at lovforslaget ikke tar opp bruk av velferdsteknologi som et viktig virkemiddel for å møte fremtidens utfordringer innen helse- og omsorgstjenestene. Med den todelte utfordringen med økende andel hjelpetrequende og færre personer i arbeidsfør alder, vil vi nå et punkt hvor behovet for bistand overgår den tilgjengelige arbeidskraften. Velferdsteknologi kan vise seg å bli et viktig virkemiddel for å kunne tilby en verdig omsorg i fremtiden. Vi er nødt til å tenke nytt på en rekke områder og ta i bruk teknologi i langt større grad.

##### Velferdsteknologi – definisjon:

*"Teknologisk assistanse der velferd leveres gjennom teknologi som brukes av og understøtter brukeren.*

*Velferdsteknologi er spesielt rettet mot eldre mennesker, personer med kroniske sykdommer eller personer med handicap i ulike former og grader. Ulike typer teknologi kan understøtte*

*og forsterke for eksempel trygghet, sikkerhet, daglige gjøremål, mobilitet i nærområdet m.m.*

”  
Arte – KS 2009

Med *velferdsteknologi* mener vi brukerrettede teknologier som har til hensikt å understøtte og forsterke brukernes trygghet og sikkerhet, økt selvhjelpenhet, medbestemmelse og livskvalitet. Velferdsteknologi omfatter alle typer teknologi, som kroppssensorer, overvåkningssensorer, smarthusteknologi, robotteknologi og kommunikasjonsteknologi.

Teknologirådet foreslo i sin anbefaling i Sosialkomiteen våren 2009 at kommunene skal utvikle og tilby ulike ”teknologiske grunnpakker” i fremtiden, og at den enkelte kan kjøpe tilleggspakker for å dekke spesielle behov.

Smarthusteknologi bør tas i bruk i større grad i omsorgsboliger, institusjoner og i pasientens hjem. Bevegelsessensorer kan for eksempel slå på lyset på soverom og bad om en person står opp for å gå på toalettet om natten. Ytterdører og vinduer kan lukkes og låses automatisk. Kokeplater kan slås av etter en bestemt tid. Det kan installeres sensorer som varsler hjelpeapparat eller pårørende ved fall, eller om en person blir liggende i sengen lenger enn normalt. Det finnes ulike **kroppssensorer** som kan varsle forskjellige hendelser som kan kreve tilsyn, for eksempel om en person blir sittende stille unormalt lenge.

Med en GPS-løsning kan man spore personer med demens om de har en tendens til å vandre og gå seg bort. Slik gjeldende lovgivning tolkes av Helsetilsynet, er det bare pårørende som kan gjøre dette i dag. I mange tilfeller ville det vært ønskelig at også kommunens ansatte kunne benytte GPS-sporing av demente. Man kan spørre seg om hva som oppleves som størst bruk av tvang: Å bli lukket inne, å bli fotfulgt av personalet, eller å få lov å gå seg en tur med muligheten til å bli funnet hvis man går seg bort.

Datamaskiner med moderne **berøringsskjermer** åpner nye muligheter for eldre og funksjonshemmede som har problemer med å bruke vanlig tastatur og mus. Det åpner for avansert kommunikasjon mellom pårørende, bruker og hjemmesykepleie via videoteknologi og tilrettelegging av Internett, ulike kulturtilbud og tjenester tilpasset den enkelte.

Teknologi er ikke omsorg. Omsorg gis fortsatt av mennesker, men teknologi kan gi den enkelte mulighet for økt selvstendighet og mestring. Det kan også bidra til å frigjøre knappe menneskelige ressurser, slik at disse kan settes inn der behovet for omsorg er størst.

Det er derfor viktig å ha en proaktiv og positiv holdning til de mulighetene velferdsteknologien gir, men samtidig et kritisk blikk på konsekvensene.

Det nye lovforslaget bør gi lovhjemmel for å ta i bruk ulike typer velferdsteknologi der dette er hensiktsmessig.

## 6.2 Individuell plan

Kommunene vil innledningsvis peke på det positive i at retten til koordinator ”løftes” fra forskrift til lov.

Individuell plan blir under pkt. 22.3 beskrevet som et strategisk verktøy for samhandling.

Kommunene er enig i dette, men ønsker å understreke at det er en avgrenset gruppe som etterspør langvarige og koordinerte tjenester. Individuell plan vil derfor ikke være et tilstrekkelig virkemiddel for å samordne tjenestetilbudet i helsetjenesten på system- og individnivå generelt, men kun begrenset til spesielle pasientgrupper. Kravet om å utarbeide en spesifikk individuell plan bør derfor ”reduseres” til å gjelde bare de med ”langvarige og sammensatte behov” som ber om det. Mange

kommuner har lagt det opp med omfattende maler og andre krav rundt individuell plan. Denne ekstrabelastningen bør ikke pålegges i flere enkeltsaker enn nødvendig.

Kommunene støtter forslaget om at koordinerende enhet også bør tillegges systemansvar for individuell plan, og som det står i forslaget bør kravet om å oppnevne koordinator gjelde alle i målgruppa. Det er som nevnt ikke selve planen og dokumentasjonen som er det viktigste for brukeren, men koordinatoren (personen) og prosessen. Kommunene er usikre på om det skal presiseres så tydelig at koordinerende enhet oppnevner koordinator. Her bør en stå fritt til å finne ordninger som fungerer lokalt.

#### Særlig om pasienter som har sterk tilknytning til Spesialisthelsetjenesten.

Det er enkelte pasienter som primært mottar behandling fra spesialisthelsetjenesten. Dette er et krevende grensesnitt som må tydeliggjøres. En ungdom kan primært ha et behandlingstilbud i eks. barne – og ungdomspsykiatrien på spesialisthelsetjenestenivå, og har mer marginal tilknytning til kommunehelsetjenesten med en støttekontaktordning og tilfeldig kontakt med fastlegen. Behandling ved bruk av legemiddelasistert behandling (LAR) kan være et annet eksempel. I slike tilfeller bør det etableres egne avtaler om at ansvaret for at initiativet til å oppnevne en koordinator/ utarbeide en individuell plan (en slags ”dagsordenfunksjon) må ligge på spesialisthelsetjenesten, men at kommunen kan ha det formelle ansvaret for iverksettelse av tiltaket.

#### Ressurser ved økt satsing på Individuell plan

Lovutkastet peker på at det fortsatt er mange med rett til individuell plan som ikke får det, og at kommunens ansvar for koordinering blir presisert og tydeliggjort. I Arendal kommune gjennomføres det nå en tidsstudie for å anslå nærmere ressursbruken som går med til å være koordinator i en sak med rett til Individuell plan. Resultatet at dette foreligger ikke ennå, men mye tyder på at en slik funksjon som nå skal ”løftes fram” (jfr. formulering pkt 22.3 s.282) vil kreve mer økonomiske og administrative ressurser for kommunene.

### **6.3 Kompetanseutvikling**

#### Kompetansestrategi

Utdanningspolitiske grep er ikke særlig omtalt i lovforslagene. Det foreslås derfor at HOD og KS blir enige om en felles kompetansestrategi for kommunehelsetjenesten som skisser organisering, faglig innhold og finansiering. Samarbeidstiltaket mellom Helsedirektoratet og kommunene om "utviklingssentra for hjemmetjenester og sykehjem" bør videreutvikles. Det bør vurderes om dette prosjektet skal bli en integrert del av kommunenes kompetansestrategi for kvalitetsutvikling og kompetanseutvikling innenfor kommunehelsetjenesten.

Hele utdanningen må tilpasses den situasjonen kommunene befinner seg i, og må tilrettelegges slik at helsepersonell settes bedre i stand til å løse fremtidige kommunale oppgaver.

Kommunehelsetjenestens omdømme må bli bedre. Helsefagutdanning eller kommunal omsorgstjeneste er ikke førstevalget når dagens elever/studenter velger utdannelse eller når høyskoleutdannet helsepersonell velger arbeidsgiver og arbeidsplass. I motsetning til sykehus (jfr. lov om spesialisthelsetjenesten § 3-8 *sykehusenes oppgaver*) har kommunene i dag ingen lovpålagt plikt til å ivareta utdanning av helsepersonell eller forskning, og knapt noen midler til disse formål. Den overveiende del av midler til helsetjenesteforskning og medisinsk forskning anvendes i dag utenfor kommunehelsetjenesten. Samtidig er det et stort behov for å styrke praksisnær forskning og innovasjon i kommunesektoren. Disse forhold sammen med utsiktene til knapphet på, og økende konkurranse om fremtidig arbeidskraft tilsier at kommunene må få tildelt ressurser slik at det med tyngde kan satses på kompetansebygging, forskning, utdanning og rekrutteringstiltak.

Dette vil få betydelige økonomiske og organisatoriske konsekvenser. Trepårtssamarbeidet mellom helseforetak, høgskoler/universitet og KS regionalt trenger å utdypes og forsterkes for å møte kommunenes utfordringer når det gjelder kompetansebygging, forskning, utdanning og rekruttering.

### Lovfestet utdanning

I kap. 7 har departementet bl.a foreslått endringer i forhold til tilpasning til helsepersonelloven. Generelt virker forslagene lite gjennomarbeidet, i det helsepersonelloven har en lovbestemt angivelse av hvem som er helsepersonell og som faller inn under det særlige ansvar som følger bl.a av § 4 om forvarlighet. Personell som nå foreslås å ha samme krav på seg har ikke samme krav til kompetanse som helsepersonell. Det bør vurderes å presisere hvem plikten skal gjelde for, jfr. helsepersonellovens § 3.

Når departementet som eksempel viser at dette vil gjelde støttekontakter viser dette at departementet ikke kjenner nok til hvordan støttekontaktordninger legges opp og hvilken posisjon en støttekontakt er i til kommunen. Det er heller ikke foreslått at støttekontakt skal være en del av det kommunale tjenestetilbudet, jfr. forslaget § 3-2, jfr. forholdet til dagens lov, § 4-2 hvor støttekontakt er en lovpålagt tjeneste for kommunen.

### Økt lederskolering

Ledere i kommunehelsetjenesten står overfor betydelige utfordringer i hverdagen. Økt satsing på helseledelse med egne lederutviklingsprogrammer for denne målgruppen vil være et viktig tiltak for en kvalitetsutvikling i det lokale helsetjenestetilbudet. Helseledelse må inngå i en nasjonal kompetansestrategi som bør utvikles av nevnte trepartssamarbeid.

## **7.0 Samfunnsmedisinsk kompetanse**

Samhandlingsreformen vil kreve økt samfunnsmedisinsk kompetanse i kommunene. Det vil være nødvendig at kommunene samarbeider tett om å bygge opp nye helsetilbud. Kommunene i Østre Agder har en pågående vurdering om å ansette en felles samfunnsmedisiner.

Kommunene i Østre Agder vil som følge av ny samhandlingsreform få flere oppgaver knyttet til:

- Å utvikle økt likeverdighet og tettere samarbeid med Spesialisthelsetjenesten
- Økt krav til mer behandling og stadig økende volum av tjenester innenfor pleie – og omsorgssektoren
- Mer kraft i planlegging og gjennomføring av folkehelsearbeid og forebyggende helsetjenester, herunder sektorovergrepene planarbeid
- Styrke integrasjonen mellom fastlegeordningen og kommunehelsetjenesten
- Helseovervåking og kartlegging av helsetilstand

Etablering av tilstrekkelig samfunnsmedisinsk kompetanse er et av mange kostnadsdrivende tiltak i planlegging og ved gradvis implementering av samhandlingsreformen.

Med hilsen

Torill Skår  
Kommunalsjef  
Helse- og omsorg

---

Sverre Brinchmann  
spesialkonsulent