

SAMLET SAKSFRAMSTILLING

Styre/råd/utvalg:
FORMANNSKAPET

Møtedato: **13.12.2010**
 Sak nr: **198/10**

Arkivsaksnr.: 10/3568	Saksbeh.: Sjur Bakken
Arkivnøkkel: G10 & 13	

HØRING - FORSLAG TIL NY KOMMUNAL HELSE- OG OMSORGSLOV

Andre saksdokumenter (ikke vedlagt):

Høringsnotat av 18.10.10 fra Helse- og Omsorgsdepartementet.

Saksopplysninger:**Innledning**

Aurskog-Høland kommune har mottatt forslag til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester til høring. Loven er ment å erstatte kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven. I tillegg foreslås det endringer i andre lover, blant annet i pasientrettighetsloven og spesialisthelsetjenesteloven.

Fristen for å avgi høringsuttalelse er 18. januar 2011.

Høringsforslaget er en oppfølging av St.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen og Innst. 212 S (2009-2010) Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om samhandlingsreformen og om en ny velferdsreform. I tillegg følger høringsnotatet opp NOU 2004:18 Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene og NOU 2005:3 Fra stykkevis til helt – En sammenhengende helsetjeneste.

Samhandlingsreformen bygger 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. Målene med samhandlingsreformen er blant annet:

- Økt livskvalitet og redusert press på helsevesenet gjennom satsing på helsefremmende 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

Forslaget til ny kommunal helse- og omsorgslov tydeliggjør kommunens overordnede ansvar for helse- og omsorgstjenester ("sørge-for-ansvar"), uten at kommunene samtidig pålegges bestemte måter å organisere tjenestene på.

Kommunens plikter skal videreføres, men pliktene foreslås utformet mer overordnet og profesjonsnøytralt. Dette vil gi kommunene et tydeligere og mer helhetlig ansvar, samt større frihet til å organisere og tilpasse tilbudet i samsvar med lokale behov.

Departementet forslår i tillegg til ny helse- og omsorgslov en ny folkehelselov som skal erstatte lov om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet og enkelte bestemmelser i kommunehelsetjenesteloven (Innbefattes ikke i denne høringen).

De overordnede målsettingene for helse- og omsorgstjenestene ligger fast: Befolkningen skal sikres lik tilgang til gode og likeverdige helse- og omsorgstjenester, uavhengig av diagnose eller behov, alder, kjønn, personlig økonomi og bosted. Å gi et helhetlig og tverrfaglig tilbud tilpasset den enkelte bruker står sentralt i tjenesteytingen. Andre verdier som er grunnleggende for tjenestene er trygghet, respekt, individuelle hensyn og valgfrihet, medvirkning, selvbestemmelse og faglig god kvalitet.

Disse og andre grunnleggende verdier ligger nedfelt i regelverket for helse- og omsorgstjenesten i dag. Disse skal videreføres i ny lov. Den nye loven skal, som i dag, også gi rettsikkerhet, dvs. at den enkelte bruker og pasient lett skal kunne sette seg inn i hva spesialisthelsetjenestens og kommunens helse- og omsorgstilbud skal omfatte, hvilke rettigheter den enkelte har og at den enkeltes rettigheter skal oppfylles. Det er videre et prinsipielt utgangspunkt at kommunene selv organiserer sine tjenester ut fra lokale forhold og behov. Det er særlig nærhet til brukerne, effektiv tjenesteproduksjon og hensynet til demokratisk styring av tjenestene, som begrunner lokal handlefrihet. Bare hvis det foreligger særlig tungtveiende nasjonale hensyn, bør staten styre tjenestetilbudet i form av krav til hvordan tjenestene skal gis og organiseres. Staten har et helhetlig ansvar for spesialisthelsetjenesten, noe som gir mulighet til å se lovregulering i sammenheng med andre styringsvirkemidler på dette området, herunder eierstyring.

Ved behandlingen av Samhandlingsmeldingen har Helse- og omsorgskomiteen i sin innstilling (Innst. 212 S – 2009-2010) sluttet seg til de grunnleggende prinsippene og blant annet uttalt følgende på side 17:

"Når sykdom rammer, skal folk oppleve at de får tilbud om behandling og pleie med kort ventetid og med størst mulig nærhet til brukeren. Disse målsettingene kan nås gjennom styrking av kommunehelsetjenesten, økt satsing på folkehelsearbeid, etablering av lokalmedisinske sentra og gjennom utvikling av lokalsykehusenes rolle i spesialisthelsetjenesten".

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. Samhandlingsreformens mål kan hovedsakelig oppsummeres slik:

I Å angi rammene for en ny kommunerolle – kommunenes oppgaver skal tydeliggjøres

- II Økt innsats på folkehelse og forebygging
- III Bedre legetjeneste i kommunene
- IV Understøtte en klarere pasientrolle/helhetlig pasientforløp
- V Legge til rette for samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunenes helse- og omsorgstjeneste
- VI Legge til rette for at spesialisthelsetjenesten kan utvikles slik at den i større grad kan bruke sin spesialiserte kompetanse

Ny lov om kommunal helse- og omsorgstjeneste

Det har for departementet vært en målsetting å få en lovmodell som på best mulig måte ivaretar målet med harmoniseringen av gjeldende regelverk, og som bidrar til færrest mulig gråsoner og uklarheter i regelverket.

Det har vært en utfordring å unngå at en felles lov blir for stor og uoversiktlig. I ny lov om arbeids- og velferdsforvaltningen er enkelte deler av sosialtjenesteloven nylig skilt ut. Dette gjelder reglene om økonomisk sosialhjelp, kvalifiseringsprogram og kvalifiseringsstønad. Loven omfatter også kommunens ansvar for å medvirke til å skaffe boliger til personer som ikke selv kan ivareta sine interesser på boligmarkedet og plikt til å skaffe midlertidig husvære for dem som ikke klarer det selv. Overføringen av deler av sosialtjenesteloven til den nye særloven har også medført at de oppgavene som foreslås regulert i den nye loven om kommunale helse- og omsorgstjenester, vil bli mer likeartede enn hvis loven skulle omfatte alle de oppgavene/tjenestene og tiltakene som tidligere var regulert i sosialtjenesteloven. I tillegg til ovennevnte "flytting" av deler av sosialtjenesteloven, viser departementet også til at det parallelt med dette høringsnotatet sendes på høring forslag til ny folkehelselov. Det foreslås her blant annet at gjeldende bestemmelser om miljørettet helsevern i kommunehelsetjenesteloven kapittel 4a, samt enkelte andre bestemmelser om folkehelsearbeid, flyttes til den nye folkehelseloven.

Etter departementets vurdering vil en felles lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, som opptar gjeldende kommunehelsetjenesteloven og de resterende deler av sosialtjenesteloven, gi et bedre grunnlag for å oppnå et oversiktlig og helhetlig regelverk enn en regulering 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.

Forslaget til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester skal også følge opp prinsippene i samhandlingsreformen. Hensikten med en ny felles lov er slik sett også å bidra til å sikre godt samarbeid innad i kommunen og å gi kommunene bedre rammebetingelser for å yte helhetlige og integrerte tjenestetilbud.

Det er viktig å legge til rette for at kommunene kan gi helhetlige og tverrfaglige tilbud - på tvers av dagens deltjenester. Etter departementets vurdering vil en felles lov gi et bedre grunnlag for helhetstenking og tverrfaglig tilnærming til de oppgavene som skal løses.

Loven viderefører i hovedsak de oppgaver som tidligere var regulert i lov om sosial omsorg og kommunehelseloven. I forslaget oppheves skillet mellom helsetjenester og omsorgstjenester. I stedet foreslås en felles helse- og omsorgstjeneste med felles regelverk,

herunder felles klage- og tilsynsinnsinstans. Det foreslås at helsepersonelloven skal gjelde for alt personell som yter tjenester etter den nye loven.

Forslaget innebærer at pasient- og brukerrettigheter knyttet til kommunale helse- og omsorgstjenester videreføres, men at de samles i pasientrettighetsloven. Det vil medføre at rettighetene blir mer entydige og helhetlige for pasientene og brukerne, som ofte forholder seg til flere deltjenester i kommunen eller til tjenester både i kommunen og i spesialisthelsetjenesten.

Samhandlingsreformen

Samhandlingsreformen fremhever kommunens ansvar for helsefremmende og forebyggende arbeid. Kommunene har allerede i dag et slikt ansvar, men det foreslås at dette tydeliggjøres i forslag til ny kommunal helse- og omsorgslov.

Nytt i lovforslaget er et lovpålagt samarbeid mellom kommuner og regionale helseforetak. Kommunestyret pålegges å inngå en forpliktende samarbeidsavtale med det regionale helseforetak i helseregionen.

I lovteksten settes spesifiserte krav til avtalens innhold:

1. Etablering av felles forståelse for hvilke helse- og omsorgsoppgaver forvaltningsnivåene er pålagt ansvaret for og en felles oppfatning av hvilke tiltak partene til enhver tid skal utføre.
2. Opplegg for faste samarbeidsrutiner som sikrer helhet og sammenheng over tid i tilknytning til innleggelse, utskrivning og oppfølging av pasienter med behov for koordinerte tjenester.
3. Tiltak mot unødvendig innleggelse av pasienter i sykehus.
4. Tiltak for utskrivningsklare pasienter som antas å ha behov for kommunale tjenester etter utskrivning fra institusjon.
5. Rutiner for gjennomføring av dialog/kontakt, herunder kontaktpersoner.
6. Opplegg for gjensidig kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling og for faglige nettverk og hospitering.
7. Samarbeid om utdanning, praksis og læretid, jordmortjenester, IKT-løsninger lokalt og pasient- og brukermedvirkning.
8. Avtale om organisering og finansiering av oppgaver som det samarbeides om.
9. Opplegg for håndtering av uenighet ved gjennomføring og endring av avtalen.
10. Avtalen bør omfatte samarbeid om forsknings- og utviklingsarbeid.

Departementet tar sikte på at alle kommuner skal etablere slike avtaler i løpet av år 2011.

Departementet oppfatter ny lov om kommunal helse- og omsorgstjeneste som en viktig forutsetning i arbeidet med gjennomføringen av samhandlingsreformen, og i høringsnotatet drøftes flere av de spørsmål som må få en avklaring for at en slik reform skal kunne gjennomføres.

De viktigste er:

- Samarbeidsavtale mellom kommuner og helseforetak
- Døgnopphold for helse- og omsorgstjenester ved øyeblikkelig hjelp
- Plikt for kommunen til å betale for ferdigbehandlede pasienter
- Endringer i fastlegeordningen
- Ny kommunerolle og samarbeid kommuner i mellom
- Kommunal medfinansiering for behandling i spesialisthelsetjenesten

Samarbeidsavtale mellom kommuner og helseforetak

De fleste kommuner har i dag en samarbeidsavtale med de regionale helseforetak. Disse avtalene omhandler for det vesentlige prosedyrer rundt utskrivning av ferdigbehandlede pasienter.

I forslag til lov om kommunale helse- og omsorgstjenester pålegges kommuner og regionale helseforetak å inngå samarbeidsavtaler som er langt mer omfattende enn de eksisterende avtaler. Samarbeidsavtalen forutsettes å klargjøre kommunenes ansvar tydeligere ved at det pålegges et helhetlig ansvar for å sørge for helse- og omsorgstjenester. Dersom klargjøringen av bestemmelsene eller andre forhold viser at spesialisthelsetjenesten utfører oppgaver som etter loven er kommunens ansvar, eller oppgaver som med fordel kunne løses bedre på kommunalt nivå, vil denne situasjonen lettere kunne løses dersom det etableres et tett og tillitsfullt samarbeid mellom forvaltningsnivåene. 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 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.

I pasientrettighetsloven er det nedfelt et prinsipp om at alle pasienter har krav på likverdige helsetjenester uansett bosted. Det lokale, avtalebaserte samarbeidet mellom kommuner og foretak om hvilke tjenester kommuner kan tilby, kan bidra til at pasienter og brukere fortsatt vil motta en tjeneste fra kommunen noen steder og fra foretaket andre steder i landet. Departementet antar imidlertid at dette ikke er et brudd på det likhetsprinsippet som er nedfelt i pasientrettighetsloven. Så lenge pasienten mottar nødvendige helse- og omsorgstjenester slik de har krav på etter helse- og omsorgslovgivningen, kan det ikke være avgjørende hvilket forvaltningsnivå som yter tjenestene.

Det er allikevel ikke ønskelig at helsetjenesten utvikler seg altfor forskjellig fra helseregion til helseregion. Det er også av den grunn ønskelig at kommunene har et bredt samarbeid seg imellom om utviklingen av den nye kommunerollen. Dessuten vil departementet i samarbeid med KS utforme et sentralt opplegg for avtaler, herunder veiledende standardavtaler til bruk i avtaleinngåelsen.

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 viktig at det er partene selv som finner lokale løsninger til det beste for pasientene, og at lovens minimumskrav ikke er til hinder for god samhandling. De minimumskrav departementet vil foreslå at avtalen skal inneholde er blant annet tiltak for utskrivningsklare pasienter, samarbeidsrutiner, tiltak mot unødvendige innleggelser, faglige nettverk, samarbeid om IKT-løsninger lokalt.

Departementet foreslår at partene skal ha mulighet til å si opp samarbeidsavtaler med ett års frist, men ber høringsinstansene vurdere hva som vil være mest egnet oppsigelsestid, jf. lovforslaget § 6-6. Departementet vurderer også om det er hensiktsmessig å fastsette en avtaleperiode på fire år eller om avtalene bør være tidsbegrenset, og avventer høringsinstansenes uttalelser før det tas standpunkt til dette. Det kan være argumenter som taler for tidsbegrenset avtale, slik at partene ikke må bruke tid på å reforhandle avtaler. Andre forhold kan tale for at avtalene bør opp til helt ny forhandling jevnlig.

Det er mange interesser som skal ivaretas ved inngåelse og gjennomføring av samarbeidsavtalene som det foreslås at kommuner og foretak skal pålegges å inngå. Dette kan bli krevende for partene. Mange interesser må vektlegges i forhandlingene mellom kommunene og foretaket, både interesser av samfunnsmessig og helse- og omsorgsfaglig karakter. Ikke minst kan problemstillinger i forhold til de ansattes interesser være krevende. Dersom kommuner og foretak foretar samlokalisering av både kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenester, for eksempel i lokalmedisinske sentre, er det nødvendig å inngå klare avtaler om hvor arbeidsgiveransvaret for de ansatte er plassert. Det er således viktig at både brukerrepresentanter og de ansattes representanter involveres under prosessen med å inngå avtaler.

Blir prosessen med inngåelse av lovfestet avtale første gang for krevende, er det risiko for at den tar lang tid og at gjennomføringen av viktige deler av samhandlingsreformen blir forsinket. Det foreslås derfor at departementet skal ha anledning til å sette en bindende frist for når avtalene må være inngått i samsvar med minstekravene. For at departementet skal kunne få oversikt over om de aktuelle avtalene er inngått, foreslås det å pålegge de regionale helseforetakene en plikt til å sende alle inngåtte avtaler inn til Helsedirektoratet.

Som nasjonal helse- og omsorgsmyndighet har staten på vegne av pasienter og brukere grunnleggende interesse i at samarbeidet, blant annet om pasientforløp, blir etablert. For å sikre at alle kommunene inngår i et avtalebasert samarbeid, foreslås det derfor at partene må bringe saken inn for Helsedirektoratet for mekling dersom de ikke kommer til enighet eller ikke har inngått avtale innen fristen. Det foreslås også at Helsedirektoratet på eget initiativ skal kunne kalle partene inn til mekling dersom fristen oversittes. Helsedirektoratet skal i slike tilfeller gjennom råd og veiledning hjelpe partene til å komme frem til en frivillig avtale, men

skal ikke selv kunne fatte vedtak om avtalens innhold. Dersom det viser seg å være behov for å ha et "ris bak speilet" for parter som ikke inngår avtale, kan det være aktuelt å stille som krav for tildeling av eventuelle tilskudd til samhandlingsprosjekter, at avtale er inngått. Det foreslås ikke en statlig godkjenningsordning for avtalene. Det vil si at staten ikke kan overprøve og endre de inngåtte avtalene. Det ville kreve kjennskap til alle lokale forhold som er av betydning for samarbeidet og alle lokale behov som påvirker avveiningen av de ulike hensynene bak de inngåtte avtalene. Det er vanskelig å se at staten skulle kunne bidra med vesentlige forbedringer av avtalene som er inngått av partene på basis av gode lokalkunnskaper. Dersom staten skulle godkjenne avtalene, kunne det medføre at kommunene selv ikke følte samme ansvaret, og dessuten ikke fikk det nødvendige eierforhold til de samarbeidsoppleggene som avtales.

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 hensiktsmessige løsninger når det oppstår uenighet ved gjennomføring av avtalen. Likevel utelukker ikke departementet at det kan oppstå situasjoner hvor partene ikke finner løsninger ved uenighet, og at det kan medføre at deler av avtalen blir virkningsløs som følge av tvisten. Et eksempel kan være at partene er uenige om hvem som skal løse en spesifikk oppgave, og som følge av at man ikke oppnår enighet, kan man i verste fall se for seg at oppgaven blir stående uløst. Dette vil ikke bidra til å skape helhetlige og integrerte tjenester som er et av målene med avtalene, og ikke være til det beste for pasientene.

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. Departementet mener at det er tilstrekkelig å innføre et krav om at partene skal bli enige om prosessen ved uenighet ved fortolkningen av eller gjennomføringen av avtalen, og ser ikke et behov på nåværende tidspunkt for å innføre et eget tvisteløsningsorgan for disse avtalene. Målet er at alle kommuner og helseforetak skal ha inngått avtale fra samme tidspunkt. Avtalene skal være en hensiktsmessig ramme for samarbeidet om overføring av aktiviteter og oppbygging av økt ansvar i kommunene. Det tas sikte på at lovfesting av samarbeidsavtaler trer i kraft fra 01.01.2012. Det er derfor av stor betydning at kommuner og helseforetak forbereder avtaleinngåelse i løpet av 2011. Departementet har allerede etablert et samarbeid med KS for å forberede kommunene på å følge opp forslaget om en lovfestet avtaleplikt. Opplegget vil bli presentert i stortingsmeldingen om Nasjonal helse- og omsorgsplan som skal fremlegges våren 2011. Helse- og omsorgsdepartementet vil i samarbeid med KS, Fylkesmannen, Helsedirektoratet og de regionale helseforetak legge til rette for at partene kan starte arbeidet med å forberede avtaleinngåelse raskest mulig etter at Stortinget har behandlet lovforslaget.

Plikt for kommunen til å betale for ferdigbehandlede pasienter

Departementet foreslår at det i ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester lovfestes at kommunen har ansvar for utskrivningsklare pasienter fra dag én. Det foreslås lovfestet at departementet i forskrift skal fastsette nærmere bestemmelser om ordningens omfang og innhold. Forutsatt at Stortinget slutter seg til endringsforslagene, anser departementet at det særlig vil være aktuelt å ta stilling til om i hvilken grad ordningen skal gjelde både for

pasienter innenfor somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Departementet vil komme nærmere tilbake til dette i forbindelse med høring av slik forskrift. Departementet tar sikte på å innføre den nye ordningen for somatikk fra og med 1. januar 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.

I forskrift må det også fastsettes kriterier for når en pasient er utskrivningsklar. Det legges 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. Fordelingen av hva som eventuelt skal inngå i nasjonale kriterier og hva som skal overlates til partene å fastsette særskilt gjennom samarbeidsavtalene, vil også måtte diskuteres i forslag til forskrift. Hensyn til lokal handlefrihet og behov for lokale tilpasninger kan tilsi at partene gis større frihet til selv å avtale kriteriene. Hensynet til en mest mulig ensartet nasjonal praksis kan tale for å fastsette kriteriene i forskrift. Likelydende kriterier nasjonalt vil også gjøre det enklere å beregne de administrative og økonomiske konsekvensene av ordningen. Det kan også tenkes relevant å fastsette kriterier for hvordan problemstillinger knyttet til re-innleggelser skal løses.

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. Det bør også diskuteres hvordan uenighet mellom partene skal løses, herunder konfliktløsningsordninger. Det kan også være aktuelt å regulere hvilken døgnpris som skal gjelde for hver dag kommunen ikke tar i mot en utskrivningsklar pasient. Når det gjelder ressuroverføring fra de regionale helseforetakene til kommunene som følge av innføring av ordningen, vil dette omtales i kommuneproposisjonen. Det kan i forskrift også tas stilling til om det skal være én nasjonal betalingsssats eller om det skal åpnes for at sykehus og kommunene kan inngå avtaler som innebærer at betalingsplikten bortfaller.

Døgnopphold for helse- og omsorgstjenester ved øyeblikkelig hjelp

Kommunens plikt til å yte øyeblikkelig helsehjelp innebærer å vurdere hva slags tilbud pasienten trenger, og ut fra dette enten sørge for at slikt tilbud blir gitt i kommunen eller at det henvises videre til sykehus for nødvendig behandling og oppfølging.

Samhandlingsreformen innebærer at en større del av pasientforløpene foreslås overført fra spesialisthelsetjenesten til den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Dersom en større del av pasientbehandlingen skal foregå i kommunene vil det kunne være behov for at kommunene i større grad tilbyr døgnopphold for helse- og omsorgstjenester, herunder døgnopphold til pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp. Oppgaven gjelder kun for de pasientgruppene som kommunen selv har mulighet til å utrede, behandle eller yte omsorg. I hovedsak vil dette gjelde pasienter med kjente sykdommer som ved forverring av sin tilstand kan få en på forhånd kjent og avtalt behandling. Den ønskede utviklingen innebærer ikke at kommunen

skal ta seg av nye pasientgrupper. Kommunen skal legge til rette for at de pasientgruppene som den uansett skal hjelpe, får hjelp selv om behovet oppstår utenfor åpningstidene. Det må forutsettes at allmenntilstanden ikke tilsier at det er behov for sykehusinnleggelse. Like viktig er det at partene i de lovpålagte avtalene forsøker å utarbeide nærmere kriterier for hvilke pasienter som ikke kan få sine tilbud i kommunen. Det er grunnleggende at pasienten skal henvises til spesialisthelsetjenesten dersom pasienten ikke kan behandles forsvarlig i kommunen. Ved øyeblikkelig hjelp er det normalt legevakten eller fastlegen som foretar den konkrete vurderingen av hvor pasienten bør få sin behandling. Der hvor kommunene oppretter tilbud om øyeblikkelig hjelp, må inntaksprosedyrene tilpasses hastegraden, for eksempel slik at tilbud om øyeblikkelig hjelp må gis uten ugrunnet opphold og på bakgrunn av en medisinsk faglig vurdering.

Lovpålagte samarbeidsavtaler og økonomiske insentiver i form av kommunal medfinansiering og samarbeidsprosjekter mellom helseforetak og kommuner, vil legge til rette for at både helseforetak og kommunene ser seg tjent med å opprette slike tilbud i kommunene. For pasientene er det en fordel å få et tilbud lokalt.

For å sikre at kommunale tilbud om øyeblikkelig hjelp er tilgjengelige utenom dagens ordinære "åpningstid", kan det eventuelt også være behov for et lovpålegg. Plikten bør i så fall speile det ansvaret spesialisthelsetjenesten har for å motta pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp. En lovfesting av plikten vil kunne gi et tydelig signal om at kommunene skal bidra aktivt til en utvikling hvor flere aktiviteter naturlig organiseres og utføres på lokalt nivå, nær pasienten. På denne bakgrunn ber departementet høringsinstansene om særskilt å kommentere behovet for å lovfeste i ny lov § 3-5 at kommunene skal sørge for tilbud om døgnopphold for helse- og omsorgstjenester til pasienter med behov for øyeblikkelig helsehjelp. Departementet ber også om kommentarer til om en slik eventuell lovfesting bør suppleres med en bestemmelse om at kommunen vil kunne oppfylle plikten ved å inngå avtale med regionalt helseforetak eller helseforetak om at sistnevnte skal utføre oppgavene på vegne av kommunen. Helseforetaket skal i så fall ikke kunne motsette seg en slik løsning.

Endringer i fastlegeordningen

Fastlegen har en tre-delt rolle:

- Ansvar for legetjenester til de som står på fastlegenes liste. Fastlegene skal sørge for nødvendig primærmedisinsk utredning, forebygging, behandling og skal koordinere behovet for annen medisinsk hjelp til innbyggere på sin liste. Dette omfatter også samarbeid med ulike kommunale tjenester, og henvisning til og oppfølging etter behandling i spesialisthelsetjenesten.
- Oppgaver definert som allmenntilstandsmedisinsk offentlig legearbeid. Kommunen kan i dag tilplikte fastleger i fulltidsaktivitet å delta i inntil 7,5 timer per uke med allmenntilstandsmedisinske offentlige oppgaver knyttet til sykehjem, helsestasjon, skolehelsearbeid, fengselstjeneste mv. Disse bistillingene er de aller fleste steder fastlønnet, og har i tillegg et tilskudd for å dekke deler av fastlegenes løpende praksisutgifter (praksiskompensasjon).

- Legevakt. Kommunen kan etter fastlegeforskriften tilplikte fastleger å delta i kommunalt organisert legevakt. Legevakten omfatter medisinsk beredskap for øyeblikkelig hjelp 24 timer i døgnet.”

I høringsnotatet konkluderes det med at fastlegeordningen fungerer bra og det anbefales at fastlegeordningen i hovedsak videreføres som den er i dag.

Departementet mener likevel at det er rom for forbedringer i ordningen, og da spesielt sett hen til de intensjoner og mål som fremheves i samhandlingsmeldingen og av flertallet i innstillingen. For det første ønsker departementet å tydeliggjøre i fastlegeforskriften at fastlegetjenesten er et offentlig og kommunalt forankret tjenestetilbud. Dette gjelder uavhengig av om tjenesten utføres av leger som er ansatt i kommunen eller av leger som er selvstendig næringsdrivende med fastlegeavtale. Videre er det viktig fortsatt å fastslå i loven at fastlegeordningen er et offentlig organisert, og i hovedsak et offentlig finansiert, tjenestetilbud. Det er kommunen som skal sørge for allmennlegetjenester til befolkningen, herunder fastlegeordning.

Det er i dag departementets inntrykk at det tidvis er en oppfatning av fastlegeordningen som en ordning av privat art, frikoblet fra kommunal styring. Det er derfor viktig å understreke at det er kommunen, og ikke den enkelte fastlege, som har det overordnede ansvaret for at innbyggere i kommunen tilbys fastlegetjenester i tråd med nasjonale forutsetninger. Departementet vil foreslå å tydeliggjøre i revidert fastlegeforskrift at det er kommunen som er pliktsubjekt for aktuelle krav knyttet til fastlegeordningen, og følgelig har det overordnede ansvaret for at innbyggerne tilbys gode og forsvarlige allmennlegetjenester.

Departementet tar også sikte på å foreslå endringer i fastlegeforskriften som vil sikre kommunal styring av fastlegene i tråd med nasjonale helsepolitiske krav og prioriteringer. Det er blant annet aktuelt å foreslå en presisering og tydeliggjøring av listeansvaret. Departementet påpeker at det er et selvstendig moment at en presisering av innholdet vil medføre at kommunene vil få bedre muligheter til å styre fastlegene. Dette må ses i sammenheng med nye kvalitets- og funksjonskrav som vil kunne stilles til fastlegene. Ved å få en rapporteringsplikt, vil kommunene lettere kunne se hva fastlegene faktisk gjør og følgelig ha muligheten til å komme med krav om korrigerende arbeid i henhold til listeansvaret. Dette er i tråd med de forutsetninger om kommunal styring av fastlegene som ligger til grunn i samhandlingsmeldingen og fra flertallet i komiteens innstilling.

Når det gjelder innholdet i listeansvaret, tar departementet sikte på å presisere i revidert fastlegeforskrift at listeansvaret til fastlegene dekker alle allmennlegeoppgaver for pasienter på listen dersom ikke annet er spesifisert i regelverket, herunder individrettet forebyggende arbeid. En viktig del av samhandlingsmeldingen er tidlig identifisering og oppfølging av personer som har risiko for utvikling av kroniske lidelser. Fastlegene vil ha et særlig ansvar for å identifisere risikopersoner, sørge for individrettet veiledning og oppfølging, samt koordinere oppfølgingen av pasientene. For eksempel gjelder dette oppfølging overfor pasienter med høy risiko for hjerte- og karsykdommer, overvekt og type-2 diabetes, høyt blodtrykk og høyt kolesterol. Bruk av tobakk og inaktivitet er også sentrale risikofaktorer. Dette forutsetter at det tilbys tilpassede lavterskeltilbud i nærmiljøet på områder som tobakk, ernæring og fysisk aktivitet. Evaluering av utprøving av lavterskeltilbud i en del kommuner i fem fylker viser at legene har en nøkkelrolle fordi de når mange som vil ha nytte av et lavterskeltilbud.

Det er likevel viktig å understreke at kommunene i dag ikke har, og heller ikke i fremtiden skal ha, mulighet til å styre de medisinsk faglige vurderinger fastlegene gjør. Ved at prioriterte oppgaver i sterkere grad forventes ivaretatt innenfor listeansvaret i fremtiden, ser ikke departementet på nåværende tidspunkt behov for å øke fastlegenes plikt til å påta seg allmennt medisinske legeoppgaver utover dagens nivå på 7,5 timer pr. uke.

Finansieringen av fastlegevirksomhet må understøtte målene for ordningen. Høyere andel per capita vil øke kommunenes finansieringsansvar og redusere stykkprisensentivet. På denne bakgrunn ønsker departementet å utrede nærmere en modell med 50 % per capita og 50 % stykkpris.

Det har over lengre tid vært bred enighet om behovet for å styrke legevaktstjenesten. Dette er også påpekt av en samlet komité i Innst. 212 S om samhandlingsreformen. Departementet mottok i 2009 en rapport med anbefalinger om hvordan legevaktstjenesten kan styrkes fra Nasjonalt kompetansesenter for legevaktsmedisin. Denne har i 2010 vært til vurdering i Helsedirektoratet, som skal gi anbefaling om hvordan rapporten bør følges opp. Departementet mener at en endelig vurdering av den fremtidige organiseringen av legevaktstjenesten bør skje etter at det er avklart blant annet hvilke (og omfanget av) oppgaver og aktiviteter som skal overføres til kommunene. Dette fordi behovet for allmennlegetjenester på døgnbasis, herunder øyeblikkelig hjelp, kan påvirkes av dette. I dag ivaretas for eksempel behovet for legetjenester på sykestuer i hovedsak av legevaktsleger. I tillegg kommer at det er behov for mer omfattende vurderinger av konsekvenser av endringer i reguleringen av legevaktsorganiseringen. De forslag som foreligger vil kunne ha betydelige økonomiske og administrative konsekvenser. I tillegg kommer at store forskjeller mellom kommuner vil gjøre lokale tilpasninger nødvendig. Departementet vil derfor komme tilbake til spørsmålet om legevakt, herunder eventuelle endringer i forskriftsreguleringen, gjennom eget høringsnotat.

Ny kommunemodell og samarbeid kommuner i mellom

Vurderinger gjort av Helsedirektoratet tilsier at kommunene kan overta anslagsvis 10 % av liggedøgnene og 10 % av de polikliniske konsultasjonene i spesialisthelsetjenesten ved å opprette alternative tilbud i kommunehelsetjenesten. Helsedirektoratet vurderer potensialet til å være enda større; anslagsvis 20-30 % av døgn og polikliniske konsultasjoner kan like gjerne utføres i kommunal helse- og omsorgstjeneste.

De polikliniske konsultasjonene omfatter pasientgrupper med kroniske lidelser, bl.a. hjertesykdommer, diabetes, luftveislidelser (KOLS og astma) og muskel- og skjelettlidelser. I følge Kunnskapssenteret kan det ikke dokumenteres at disse pasientgruppene har signifikant bedre effekt av behandling i spesialisthelsetjenesten enn i kommunehelsetjenesten. Liggedøgnene er knyttet til pasienter med kroniske lidelser som bl.a. diabetes, lungesykdommer, hjerte/karsykdommer og muskel- og skjelettlidelser.

Erfaringer fra ulike lokale prosjekter viser at oppbygging av tilbud utenfor helseforetakene har gitt en reduksjon i ø-hjelpsinnleggelser på 20-40 %. Konkrete eksempler fra distriktsmedisinske sentra viser mulighet for enda større gevinstrealisering. Reduserte transportkostnader vil også her kunne gi innsparinger.

Aktivitetene det tas sikte på å overføre vil kunne gis som kommunale tilbud før, i stedet for og etter sykehusinnleggelse, og vil innenfor pasientforløpet knytte seg for eksempel til akuttilbud, etterbehandling og observasjon. Dette vil for eksempel kunne bestå i ambulante team, tverrfaglige tilbud og habilitering/rehabiliteringstjenester.

Det er deler av pasientforløp som er aktuell for "overføring" til kommunehelsetjenesten, og ikke konkrete oppgaver som er mer avgrenset, for eksempel dialysebehandling. En slik "overføring" skjer også i dag gradvis over tid, som følge av faglig og medisinsk utvikling. Utviklingen vil forhåpentligvis bli forsterket som følge av de økonomiske insentiver som foreslås i reformene.

For å nå samhandlingsreformens mål om mer forebyggende innsats og tidlig intervensjon, mer lokalbaserte tjenester som alternativer til sykehusinnleggelse og bruk av andre spesialisthelsetjenester, er det nødvendig med en styrking og oppbygging av kompetansen i kommunene. Det legges opp til en gradvis oppbygging av kompetanse for å øke aktivitet og kvalitet i kommunene, slik at det må være en gjensidighet mellom kommuner og helseforetak når kommunene overtar aktiviteter.

Departementet vurderer det slik at dersom den kommunale helse- og omsorgstjenesten over hele landet i årene fremover skal utvikles i samsvar med fremtidens kommunerolle, vil det oppstå et behov for at det etableres omfattende interkommunalt samarbeid for å oppnå tilstrekkelig innbyggergrunnlag, tilstrekkelig kompetanse og nødvendig økonomisk styrke. Dette blir også fremhevet i stortingsmeldingen og i innstillingen.

Mange av dagens norske kommuner er små med et innbyggertall på under 5.000 innbyggere. Disse kommunene kan ha utfordringer med å være i stand til å tilby gode og forsvarlige helse- og omsorgstjenester på noen områder til sine innbyggere. I tilfeller hvor kommunen har slike problemer, må kommunen søke å inngå samarbeid med andre nærliggende kommuner. Departementet er av den oppfatning at et slikt samarbeid i utgangspunktet bør inngås frivillig. I høringsnotatet skisseres ulike modeller for interkommunalt samarbeid, aksjeselskap etter aksjeloven, interkommunalt selskap etter lov om interkommunale selskaper, interkommunalt samarbeid med eget styre etter kommuneloven, vertskommunemodell og samkommunemodell.

Det er opp til kommunene som skal inngå samarbeid å velge modell. Samkommunemodell er en ny modell.

Kommunal- og regionaldepartementet sendte i april i år ut et høringsnotat med forslag om å lovfeste en samkommunemodell. Samkommunemodellen er i større grad enn andre samarbeidsmodeller, tilpasset samarbeid på et bredere og mer sektorovergripende oppgavefelt, der det i betydelig grad overføres beslutningsmyndighet til samkommunestyret fra den enkelte deltakerkommune. Modellen innebærer i stor grad at samkommunen ivaretar politisk styring, samordning og prioritering på vegne av deltakerkommunene.

Samkommunen er foreslått strukturelt oppbygd som en kommune, og kommunelovens regler vil gjelde tilsvarende så langt de passer. Kommunal- og regionaldepartementet har derfor foreslått å regulere samkommunemodellen i et eget kapittel i kommuneloven. Det er likevel ikke alle bestemmelsene i kommuneloven som er aktuelle for samkommunen. På denne

bakgrunn er det foreslått å ta inn en bestemmelse om at kommuneloven skal gjelde for samkommunen, med mindre det motsatte framgår av kommunelovens bestemmelser. Samkommunen skal ha et felles styringsorgan (samkommunestyre) valgt av og blant kommunestyrene i deltakerkommunene (minimum tre fra hver av kommunene).

Samkommunen er en egen juridisk person med de rettsvirkninger dette har. En samkommune vil dermed som eget rettssubjekt ha sivilprosessuell partsevne og kunne ha stilling som part i forhold til offentlig forvaltning, for eksempel i forhold til tinglysningsregler og i forhold til rettigheter og plikter etter forvaltningsloven, og avtaler med statlige virksomheter. Forslaget er tilstrebet å komme frem til en robust samkommunemodell som gjør det demokratisk og rettsikkerhetsmessig forsvarlig å overføre utførelsen av lovpålagte oppgaver med innslag av myndighetsutøvelse til samkommunen. Samkommunemodellen er også utformet med sikte på å gjøre det forsvarlig for kommunene å løse utførelsen av kommunale kjerneoppgaver, herunder innbyggerrettet tjenesteyting og myndighetsutøvelse, i samarbeid med andre.

Samkommunen er et nytt interkommunalt forvaltningsorgan som får sin myndighet overført fra deltakerkommunene. Det er et krav om at deltakerkommunene må overføre samme kompetanse, både i art og omfang. Det er i høringsnotatet uttalt at det er lagt vekt på at modellen rendyrkes og at det må legges vekt på at den blir effektiv og styringsdyktig. Det er derfor foreslått at deltakerkommunene ikke skal ha noen form for instruksjons- eller omgjøringsrett på de lovområdene som de legger inn i samkommunesamarbeidet.

Samkommunemodellen er en frivillig samarbeidsmodell som bygger på avtale mellom deltakerkommunene. Samarbeidsavtalen skal ha et minstemål av innhold for å skape nødvendig avklaring mellom deltakerne i forhold til f.eks. hvilke fullmakter som legges til samarbeidet, hvordan organisering skal skje, sammensetning av organer, ansvarsforhold mv.

Samkommunen skal ha et felles styringsorgan (samkommunestyre) valgt av og blant kommunestyrene i deltakerkommunene (minimum tre fra hver av kommunene).

Samkommunen er en egen juridisk person med de rettsvirkninger dette har. En samkommune vil dermed som eget rettssubjekt ha sivilprosessuell partsevne og kunne ha stilling som part i forhold til offentlig forvaltning, for eksempel i forhold til tinglysningsregler og i forhold til rettigheter og plikter etter forvaltningsloven, og avtaler med statlige virksomheter. Videre vil samkommunen som eget rettssubjekt være rettslig ansvarlig for sine forpliktelser. Spørsmålet om ansvar for deltakerkommunene ved siden av samarbeidsorganets eget ansvar, vil være aktuelt hvor kreditor ikke får oppfyllelse fra en samkommune. Det fremgår av lovforslaget om samkommune at deltakeransvaret i slike tilfeller skal være pro rata. Det skal i samarbeidsavtalen fastsettes hvilken andel de ulike deltakerne hefter for av samkommunens forpliktelser.

Departementet mener at i de tilfeller hvor et samarbeid mellom kommuner ikke inngås hvor det er påkrevet, 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 samarbeid. Departementet antar imidlertid at det ikke vil bli særlig aktuelt fordi kommunene selv ser egen interesse av å inngå slikt samarbeid. Men av hensyn til pasientene og deres rettsikkerhet vil departementet likevel foreslå å videreføre kommunehelsetjenesteloven § 1-6 første ledd i ny helse- og omsorgslov. Bestemmelsen må anses som en svært snever

unntaksregel, hvor det skal svært mye til før departementet kan pålegge et samarbeid mellom kommuner.

Forslaget til lovfesting av en samkommunemodell vil være et viktig bidrag med tanke på oppfølgingen av samhandlingsreformen, og gi kommunene et nyttig virkemiddel for mer omfattende kommunesamarbeid.

Kommunal medfinansiering for behandling i spesialisthelsetjenesten

I forbindelse med behandlingen av stortingsmeldingen om samhandlingsreformen, utaler helse- og omsorgskomiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, at de er enig i at kommunene bør ha insentiv til å holde oversikt over og dempe presset på innbyggernes bruk av spesialisthelsetjenesten. At kommunene satser på forebygging og tidlig intervensjon vil understøtte målet om mer sammenhengende pasientforløp og kostnadseffektive løsninger. En nødvendig forutsetning for dette, mener flertallet, er at det raskt etableres gode informasjons- og styringssystemer som legger til rette for kommunal planlegging og prioritering.

Flertallet viser til at høringsinstansene er kritiske til en ordning med generell kommunal medfinansiering slik dette er beskrevet i stortingsmeldingen. Flertallet merker seg at meldingen legger opp til videre utredning og høring med berørte instanser, og at Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget med konkret forslag til løsning.

Departementet mener at 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 St. meld. nr. 47 (2009-2010) er det i tillegg til en generell medfinansieringsmodell presentert to mulige avgrensede modeller; avgrensning etter alder og avgrensning etter diagnose.

Analyser viser at omfanget av det kommunale tilbudet av legetjenester og pleie- og omsorgstjenester påvirker bruken av spesialisthelsetjenester - i hovedsak knyttet til innleggelser av eldre pasienter på medisinske avdelinger. Det er også funnet klar sammenheng mellom de kommunale sykestuene i Finnmark og innleggelser i medisinske avdelinger på sykehus. Om lag halvparten av pasientene på sykehusene er under 70 år, en fjerdedel over 80 år og en fjerdedel under 50 år. Sykestuer reduserer forbruket av sykehustjenester. Erfaringer med de kommunale sykestuene tilsier at selv små kommuner kan påvirke sykehusforbruket. Kirurgisk behandling utgjør en stor del av virksomheten i spesialisthelsetjenesten. Dette er aktivitet som kommunale tilbud i mindre grad kan påvirke enn medisinsk behandling. I tillegg er DRG-indeksen, som er et mål på gjennomsnittlig pasienttyngde, eller ressursforbruk, over dobbelt så høy for kirurgiske innleggelser enn for medisinske innleggelser.

Behovet for behandling av psykiske lidelser og rusmiddelavhengighet i spesialisthelsetjenesten kan påvirkes på kommunalt nivå, både gjennom det universelle folkehelsearbeidet og gjennom tidlig intervensjon overfor risikogrupper. En betydelig gruppe

pasienter har samtidig rus- og psykisk helseproblemer, noe som tilsier at man ikke bør ha ulike finansieringsordninger for disse to områdene.

St. meld. 47 (samhandlingsreformen) peker på behovet for å klargjøre hva som bør være henholdsvis kommunenes og spesialisthelsetjenestens rolle på rehabiliteringsfeltet.

Oppbygging av etterbehandlingstilbud, spesielt knyttet til lokalmedisinske sentre, vil få konsekvenser for tilbudet i spesialisthelsetjenesten, inkludert det som i dag gis av de private rehabiliterings- og opptreningsinstitusjonene. Helsedirektoratet har anslått at 50 % av pasientene i disse institusjonene burde fått et tilbud i kommunehelsetjenesten.

Rehabiliteringsfeltet er derfor et område der kommunene vil kunne påvirke forbruket av spesialisthelsetjenester i betydelig grad og hvor kommunal medfinansiering vil kunne være et viktig insentiv for å understøtte oppbygging av kommunale tilbud.

På bakgrunn av dette 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.

I St. meld. nr. 47 (2009-2010) er den kommunale medfinansieringsandelen ved en generell modell som omfatter all spesialisthelsetjeneste anslått til om lag 13 mrd. 2009-kroner. Av dette utgjør somatikk om lag 10 mrd. kroner og psykisk helsevern, rusbehandling og opphold i private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner 3 mrd. kroner.

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.

Arbeidet med å utrede kommunal medfinansiering er ikke ferdig. Arbeidet avgrenses som nevnt etter to ulike modeller.

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. Departementet foreslår derfor en hjemmel for departementet til å kunne gi bestemmelser om kommuners medfinansieringsansvar for pasientbehandling i spesialisthelsetjenesten, herunder kriterier for hvilke pasientgrupper eller behandlingsformer som skal være omfattet av det kommunale medfinansieringsansvaret. Denne hjemmelen vil etter departementets oppfatning dekke de ulike modellene som nå utredes. Departementet vil likevel presisere at dette er et foreløpig forslag, som må ses i sammenheng med de konklusjoner den pågående utredningen faller ned på.

Vurderinger:

Den kommunale helsetjeneste ble etablert med lov om helsetjenester i kommunene i 1984. Denne innbefatter legetjeneste, skole- og helsestasjonstjeneste, ergo- og fysioterapitjeneste, hjemmesykepleietjeneste og psykiatritjeneste.

Det har etter 1984 vært en stor vekst i omsorgstjenestene i kommunene. Det er etablert døgnbemannede hjemmetjenester og det er bygd mange sykehjemsplasser og omsorgsboliger. Det har derimot ikke vært særlig vekst innen helsetjenestene.

Det er et unntak, med opptrappingsplanen for psykiatritjenesten har det i kommunene blitt etablert en psykiatritjeneste med tilbud til mennesker med psykiatriske lidelser som i stor grad tidligere ble tatt hånd om av spesialisttjenesten.

Situasjonen er at kommunene i dag i hovedsak tar seg av seg av pleie- og omsorgstjenester mens det aller meste av helsetjenestene dekkes av spesialisttjenestene. De siste 20 år har i praksis all vekst innen helsetjenester skjedd i spesialisttjenesten.

Det blir stadig flere eldre mennesker og vi har fått nye store grupper kronisk syke, pasienter med KOLS, sukkersyke, overvekt og demens.

Sykehusene har etablert en rekke nye helsetilbud for å kunne gi helsetjenester til disse gruppene. Det dreier seg om hjertesviktpoliklinikker, diabetespoliklinikker, hukommelsesklinikker, alderspsykiatriske poliklinikker, overvektsklinikker, rehabiliteringsavdelinger osv. Sykehusene har også ansvaret for pasientopplæring med kurs for pasienter og pårørende.

Mange av disse tilbudene er etablert på lokale initiativ uten at det er vurdert om det hadde vært mer hensiktsmessig å legge det til kommunehelsetjenesten.

Fastlegene utgjør på mange måter ryggraden i den kommunale helsetjeneste. Det ble en viss vekst i antallet primærleger da fastlegeordningen ble etablert i 2001. Fastlegetjenesten preges likevel av at legene har relativt store pasientlister, og da det i liten grad er opprettet andre typer legestillinger i kommunene, har det blitt liten vekst i antall leger i kommunehelsetjenesten.

Fastlegene har i liten grad kunnet ta på seg nye oppgaver, og noen av fastlegenes oppgaver er overtatt av spesialisttjenesten. Dette gjelder i særlig grad akuttmedisin utenom sykehus. Mens dette tidligere i stor grad ble utført av primærleger i legevakt eller ved utrykning fra legekantor, er det i dag spesialisthelsetjenesten ved sine prehospitalt seksjoner som utfører de akuttmedisinske tjenester i kommunene, en spesialisert tjeneste som i liten grad samhandler med kommunehelsetjenesten.

Den kommunale legevaktjeneste har i økende grad blitt en generell allmennlegetjeneste som tar seg av pasienter som like gjerne kunne gått til sin fastlege i vanlig kontortid.

Det har fra sentrale helsemyndigheter vært et ønske om å styrke helsetjenestene i sykehjem. I bl.a. *Stortingsmelding nr. 25 (2005-2006) – Omsorgsmeldingen*⁶⁾, samt *Nasjonal helseplan 2007 – 2010*⁸⁾ stadfestes det at det er et behov for å styrke legetjenesten til beboere i

sykehjem. Et opprinnelig ønske fra Stortinget om å fastsette en felles nasjonal norm for legebemanning i sykehjem ble omgjort til et krav om lokal vurdering og normsetting. Dette har ført til en viss økning av dekningen av sykehjemsleger etter 2007. Likevel er legetjenesten i sykehjem sparsom tatt i betraktning den høye sykkelighet blant sykehjemsbeboere.

Tidligere var sykehjemslegene i stor grad kommuneleger og fastleger med bistillinger i sykehjem, men disse er i økende grad blitt erstattet av heltidsansatte leger. Det dreier seg i hovedsak om unge og uerfarne leger. Dette, sammen med en lav sykepleierdekning, gjør at sykehjem i dag har små og svake faglige miljøer der det er vanskelig å rekruttere fagfolk og der gjennomtrekk i stillingene er stor.

Samhandlingsreformen har som intensjon å snu den utviklingen vi har hatt etter 1984. Veksten i helsetjenestene skal i hovedsak skje i kommunene. Målsettingen er å gi de nye store pasientgrupper et bedre helsetilbud i kommunene der det spesielt skal legges vekt på forebygging av sykdom.

Det foreslås en felles lov for helse- og omsorgstjenestene i kommunen. Forslag til lovtekst er i hovedsak en videreføring av de bestemmelser som i dag er kommunehelseloven og sosialomsorgsloven.

Helt nytt er forslag til kapittel seks i loven der det lovfestes at kommuner og helseforetak skal inngå en forpliktende samarbeidsavtale. I avtalen skal bl.a. defineres hvilke ulike helse- og omsorgsoppgaver de enkelte forvaltningsnivå skal ha ansvar for.

I høringsnotatet står det at aktivitetene det tas sikte på å overføres til kommunene er behandlingstilbud gitt før, i stedet for etter sykehusinnleggelse, og vil innenfor pasientforløpet knytte seg for eksempel til akutttilbud, etterbehandling og observasjon. Dette vil for eksempel kunne bestå i ambulante team, tverrfaglige tilbud og habilitering/rehabiliteringstjenester. Det er deler av pasientforløp som er aktuelle for "overføring" til kommunehelsetjenesten, og ikke konkrete oppgaver som for eks dialysebehandling.

Dette virker ikke særlig klargjørende. Dersom det f. eks. skal etableres tilbud i kommunene som skal gi pasienter behandling de i dag får på sykehus, må vel det bety at det skal overføres oppgaver fra spesialisttjeneste til kommunehelsetjenesten?

Det som klart går fram av høringsnotatet er at det bør etableres tilbud med døgnopphold ved øyeblikkelig hjelp.

Det varsles også at departementet vil komme med forslag til endringer i fastlegeordningen. Kommunal medfinansiering for behandling i spesialisthelsetjenesten vil også bli videre utredet. Det beskrives dessuten behov for interkommunalt samarbeid for å få store nok befolkningsgrupper for kunne etablere nye helsetilbud.

En felles lov for kommunale helse- og omsorgstjenester anses som positivt. Dette vil gi en bedre oversikt over kommunens tjenester på områdene og kan bidra til en bedre samordning av tjenestene.

Umiddelbart vil likevel ikke loven nødvendigvis gi noen endringer i måten kommunene organiserer sine tjenester på. Det innføres en lovpålagt plikt for kommunene til å betale for

ferdigbehandlede pasienter som ligger på sykehus. De fleste kommuner har i dag samarbeidsavtaler med sykehuset om denne gruppe pasienter, og for Aurskog-Høland kommune har ikke problemet med ferdigbehandlede pasienter vært stort på mange år. Plikten til å inngå samarbeidsavtale med det regionale helseforetak behøver heller ikke nødvendigvis å innebære store forandringer i kommunehelsetjenesten. Til det er lovteksten for lite konkret.

Det trengs sannsynligvis nasjonale standarder for hva som bør tas hånd om i kommunehelsetjenesten og hva som er spesialisthelsetjenester. I mange år har vi hatt en utvikling der spesialisthelsetjenesten tar på seg stadig nye oppgaver, mens kommunehelsetjenesten i liten grad har fått nye oppgaver. Det er ikke lett å snu denne utviklingen, og intensjonen i samhandlingsreformen bør gjenspeiles bedre i lovteksten, bl.a. bør det lovfestes at kommunen har plikt til å ha døgntilbud for pasienter med akutte sykdommer som man anser at det er riktig at kommunen tar hånd om.

Det trenges også avklaring når det gjelder endringer i fastlegeordningen inklusive legevaktjenesten og kommunal medfinansiering av oppgaver utført i spesialisthelsetjenesten. Det vil videre bli behov for kompetanseoppbygging og styrking av de faglige miljøer i kommunehelsetjenesten.

Samhandlingsreformen er en stor reform som kreve store omstillinger i helsetjenestene. I høringsnotatet tas det sikte på å innføre reformen fra 2012. Innen den tid skal det være forhandlet fram avtaler mellom kommuner og helseforetak, det skal være etablert interkommunale samarbeidsordninger og kommunen skal ha etablert nye helsetilbud for å kunne ta hånd om ca 10 % av dagens sykehusinnleggelse og 10 % av kontrollene ved sykehusenes poliklinikker.

Tidsplanen synes ikke realistisk.

Rådmannens innstilling:

Aurskog-Høland kommune ser det som hensiktsmessig med felles kommunal helse- og omsorgslov. Lovforslaget gir god oversikt over det samlede helse- og omsorgstilbud i kommunen og vil gjøre samordningen av disse tjenestene lettere.

Aurskog-Høland kommune er positiv til målsettingene i samhandlingsreformen. Kommunene vil kunne bygge ut tjenester som gir pasientgrupper like gode eller bedre helsetilbud enn det de i dag får i spesialisthelsetjenesten. Opptrappingsplanen for psykiatritjeneste er et godt eksempel på dette. Forutsetningen er at det bygges opp kompetanse og store nok faglige miljøer i kommunen og at kommunene tilføres tilstrekkelige økonomiske midler.

Intensjonen i samhandlingsreformen bør komme tydeligere fram i ny lov om helse- og omsorgstjenester, bl.a. ved at det lovfestes at kommunen skal tilby befolkningen døgnbaserte institusjonsbaserte akuttmedisinske helsetilbud.

Kommunen mener at det bør utarbeides nasjonale standarder/veiledere for hvilke helsetjenester det er hensiktsmessig utføres i kommuner og i helseforetak. Mange av de nye tilbud som er bygget ut i spesialisthelsetjenesten de senere år, er etablert på lokale initiativ

uten at det er vurdert om det hadde vært mer hensiktsmessig å legge det til kommunehelsetjenesten.

Det trengs en rask avklaring når det gjelder endringer i fastlegeordningen inklusive legevaktjenesten og kommunal medfinansiering av oppgaver utført i spesialisthelsetjenesten.

Vedtak i FORMANNSKAPET:

Aurskog-Høland kommune ser det som hensiktsmessig med felles kommunal helse- og omsorgslov. Lovforslaget gir god oversikt over det samlede helse- og omsorgstilbud i kommunen og vil gjøre samordningen av disse tjenestene lettere.

Aurskog-Høland kommune er positiv til målsettingene i samhandlingsreformen. Kommunene vil kunne bygge ut tjenester som gir pasientgrupper like gode eller bedre helsetilbud enn det de i dag får i spesialisthelsetjenesten. Opptrappingsplanen for psykiatritjeneste er et godt eksempel på dette. Forutsetningen er at det bygges opp kompetanse og store nok faglige miljøer i kommunen og at kommunene tilføres tilstrekkelige økonomiske midler.

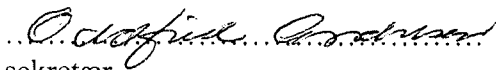
Intensjonen i samhandlingsreformen bør komme tydeligere fram i ny lov om helse- og omsorgstjenester, bl.a. ved at det lovfestes at kommunen skal tilby befolkningen døgnbaserte institusjonsbaserte akuttmedisinske helsetilbud.

Kommunen mener at det bør utarbeides nasjonale standarder/veiledere for hvilke helsetjenester det er hensiktsmessig utføres i kommuner og i helseforetak. Mange av de nye tilbud som er bygget ut i spesialisthelsetjenesten de senere år, er etablert på lokale initiativ uten at det er vurdert om det hadde vært mer hensiktsmessig å legge det til kommunehelsetjenesten.

Det trengs en rask avklaring når det gjelder endringer i fastlegeordningen inklusive legevaktjenesten og kommunal medfinansiering av oppgaver utført i spesialisthelsetjenesten.

Utskrift til: Sjur Bakken til oppfølging

Bjørkelangen, 14.12.2010


sekretær