



Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 OSLO

Vår ref.: 201009305-6/E: F0 &13/HAL
(Bes oppgitt ved henvendelse)

Deres ref.:

Kristiansand, 14.01.2011

Høringsuttalelse - forslag til ny kommunal helse- og omsorgslov og ny folkehelselov

Vedlagt følger høringsuttalelse fra Kristiansand kommune vedrørende forslag til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (som erstatter sosialtjenesteloven og kommunehelsetjeneste-loven), samt ny folkehelselov.

Kristiansand kommune er positive til intensjonene i samhandlingsreformen og til at det nå lages en *felles moderne lov* som regulerer helse- og omsorgstjenestene samlet. Det er positivt at forebygging tydeliggjøres og fokuseres; også i egen folkehelselov. Tiden er moden for de endringene som nå gjøres og vi ønsker dette velkommen. Større endringer innebærer utfordringer og som kommune ønsker vi å bidra positivt i forhold til dette.

Høring til begge lovene er innarbeidet i én felles uttalelse fra Kristiansand kommune. Vi har i vår uttalelse konsentrert oss om hovedfokusområder, og bare der vi finner det påtrengende nødvendig, vist til detaljer i forslaget. I høringsuttalelsen kommenteres i hovedsak områder der vi ønsker en endring eller finner foreslåtte løsninger problematiske. Noe annet ville føre for langt. I første del av dokumentet kommenteres ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og i andre del ny folkehelselov.

Vedlagt følger også saksfremlegg og saksprotokoll fra politisk behandling i helse- og sosialstyret og formannskapet.

Med hilsen

Lars Dahlen
helse- og sosialdirektør

Laila Hamar
rådgiver

Vedlegg:

Høringsuttalelse Kristiansand kommune
Saksprotokoll (helse- og sosialstyret 11.01.11 og formannskapet 12.01.11)
Saksfremlegg til helse- og sosialstyret og formannskapet

Postadresse
Kristiansand kommune

Helse- og sosialdirektøren
Postboks 417 Lund
4604 Kristiansand

Besøksadresse
Tollbodgt. 14,

Vår saksbehandler
Laila Hamar
Telefon/Telefaks
/

E-postadresse
post.helseogsosial@kristiansand.kommune.no
Webadresse
<http://www.kristiansand.kommune.no/>
Foretaksregisteret
NO963296746



Dato: 22.12.10
Saksnr.: 201009305-4
Arkivkode E: F0 &13
Saksbehandler: Laila Hamar

Saksgang

Formannskapet
Helse- og sosialstyret

Møtedato

12.01.2011
11.01.2011

Høring - Ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og ny folkehelselov

Sammendrag:

Det vises til vedlagte høringsnotat fra Helse- og omsorgsdepartementet av 18.10.2010 vedr. ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, samt ny folkehelselov. Høring til begge lovene er innarbeidet i én felles uttalelse fra Kristiansand kommune.

Kristiansand kommune er positive til intensjonene i samhandlingsreformen og til at det nå lages en *felles moderne lov* som regulerer helse- og omsorgstjenestene samlet. Det er positivt at forebygging tydeliggjøres og fokuseres; også i egen folkehelselov. Tiden er moden for de endringene som nå gjøres og vi ønsker dette velkommen. Større endringer innebærer utfordringer og som kommune ønsker vi å bidra positivt i forhold til dette. I høringsuttalelsen kommenteres i hovedsak områder der vi ønsker en endring eller finner foreslåtte løsninger problematiske. Noe annet ville føre for langt.

I høringsuttalelsen fra Kristiansand kommune fokuseres det på utstrakt bruk av departementale fullmakter, lovforslagets innvirkning på tjenestenivå, økt fokus på arbeid med kvalitet, pasientsikkerhet og brukarmedvirkning, IKT og velferdsteknologi/teknologiske løsninger, samt at kommunens rolle som selvstendig forsknings- og utviklingsaktør bør tydeliggjøres. En grundigere gjennomgang og styring av fastlegeordningen etterlyses. Man stiller seg kritiske til en aldersbasert modell for medfinansiering av sykehusopphold, samt at kommunen skal gis plikt til å opprette sykehuslignende behandlingsinstitusjoner for akutt sykdom. Det understrekes at finansieringsmodeller knyttet til utskrivningsklare pasienter ikke må få negative konsekvenser i regioner som har oppnådd gode resultater på dette området. Man stiller seg positive til fokusering på folkehelsearbeid og forebygging, men etterlyser finansieringsmodeller for økte krav på området. Det understrekes at gjennomføring av nytt lovverk og intensjonen i samhandlingsreformen forutsetter økte økonomiske rammer til kommunene.

Forslag til vedtak:

1. Formannskapet vedtar fremlagte forslag til høringsuttalelse vedrørende ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og ny folkehelselov.

Tor Sommerseth
Rådmann

Lars Dahlen
Helse- og sosialdirektør

Trykte vedlegg:

Forslag til høringsuttalelse fra Kristiansand kommune

Høringsbrev – forslag til ny kommunal helse- og omsorgslov, Helse- og omsorgsdepartementet (HOD), 18.10.2010

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/hoeringer/hoeringsdok/2010/horing2.html?id=621189>

Høringsbrev – forslag til ny folkehelselov, Helse- og omsorgsdepartementet (HOD), 18.10.2010

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/hoeringer/hoeringsdok/2010/horing1.html?id=621026>

Høringsinnspill fra rådet for funksjonshemmede, 16.12.2010

Utrykte vedlegg:

Forslag til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (delt ut tidligere)

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/hoeringer/hoeringsdok/2010/horing2.html?id=621189>

Forslag til ny folkehelselov (delt ut tidligere)

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/hoeringer/hoeringsdok/2010/horing1.html?id=621026>

Bakgrunn for saken :

Det vises til vedlagte høringsbrev fra Helse- og omsorgsdepartementet av 18.10.2010 vedr. ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, samt ny folkehelselov. Høring til begge lovene er innarbeidet i én felles uttalelse fra Kristiansand kommune. Vi har i vår uttalelse konsentrert oss om hovedfokusområder, og bare der vi finner det påtrengende nødvendig, vist til detaljer i forslaget. I første del av dokumentet kommenteres ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og i andre del ny folkehelselov. Vedlagt i denne saken følger også høringsinnspill fra rådet for funksjonshemmede, 16.12.2010.

En felles moderne lov som regulerer helse- og omsorgstjenestene samlet vil bidra til å gjøre det lettere å gi et sammenhengende tjenestetilbud og fremme helhetstankegang. Det er også positivt at det nå settes et tydelig fokus på folkehelse og viktigheten av forebyggende arbeid og at dette reguleres i egen folkehelselov.

Det er vanskelig å gi en konklusiv uttalelse til lovforslagene når flere sentrale tema ikke er gjenstand for vurdering, spesielt knyttet til den finansielle siden. På flere områder forutsetter departementet at forslaget ikke har økonomiske og administrative konsekvenser. Dette fremstår i beste fall som uvisst og i andre tilfeller lite sannsynlig. Flere av forslagene har positive elementer i seg dersom kommunene settes i stand til å håndtere dette finansielt, materielt og kompetansemessig. Det forutsettes fra Kristiansand kommunes side en gradvis og planmessig implementering av nytt lovverk og samhandlingsreformen i sin helhet. Oppgaver må ikke overføres til kommunene før en har fått tilstrekkelig med tid og ressurser til å bygge opp tilbudet, samt sikre organisering og drift. Nye kommunale oppgaver og plikter i kraft av nytt lovverk og intensjonen i samhandlingsreformen kan ikke gjennomføres uten økte økonomiske rammer.

I det følgende redegjøres for hovedpunktene i Kristiansand kommunes høringsuttalelse.

Kommunal organisasjonsfrihet og departementale fullmakter

Det er positivt at kommunal organisasjonsfrihet er vektlagt i høringsforslaget. Imidlertid kommenteres adgangen som gis til å pålegge interkommunalt samarbeid. Departementet foreslår i § 27 i nytt forslag til folkehelselov og i § 6-7 i utkastet til lov om helse- og omsorgstjenester bestemmelser om at departementet ved forskrift eller enkeltvedtak kan *pålegge kommuner å samarbeide* når det av departementet vurderes påkrevd for forsvarlig løsning, herunder gi bestemmelser om hvilke oppgaver det skal samarbeides om og fordeling av utgifter. En anser det som urimelig at departementet skal inneha en slik myndighet og antar at kommunene selv vil finne hensiktsmessige løsninger på dette.

Plikten til å ha en eller flere kommuneleger videreføres i forslaget til ny helse- og omsorgslov. Også i forslaget til ny folkehelselov § 28 vedr. Samfunnsmedisinsk kompetanse presiseres det at det skal ansettes en kommunelege som medisinskfaglig rådgiver. Det bør være opp til kommunene selv å vurdere organisering og hvorvidt det er formålstjenlig med ansettelse av kommunelege eller å skaffe nødvendig samfunnsmedisinsk kompetanse på annet vis.

En hovedinnvending er den *utstrakte bruken av departementale fullmakter* til å regulere vesentlige sider i lovgivningen ved bruk av forskrifter. Å overlate detaljreguleringen til departementet i så stor grad begrenser kommunenes forutberegnelighet med hensyn til strategiske valg og planlegging. Det gjør det også vanskelig å ta stilling til hva denne loven vil innebære i praksis for kommunen som utfører.

Tjenestenivå

Departementets uttrykker at lovforslagene ikke innebærer en forventning om et høyere tjenestenivå. I høringsuttalelsen er det redegjort for grunnene vi har for å være uenig med departementet i denne vurderingen, herunder bruken av verdighet og verdighetsgarantibegrepene. Videre vil samling av alle brukerrettigheter i pasientrettighetsloven kunne føre til økt uttak av rettigheter og således økt ressursbruk.

Kristiansand kommune er ikke enig med departementet at det mest hensiktsmessige er å innføre det foreslåtte *felleskriteriet for rett til helse- og omsorgstjenester*. Det bør fremkomme tydeligere vilkår som angir kjennetegn ved søker eller dennes situasjon og som setter tydeligere rammer for rettigheten enn det valgte begrep. Man burde valgt modellen fra gjeldende sosialtjenestelovs § 4-3 med henvisning til "menyen". Her fremkommer vilkårene langt tydeligere. Uten dette er det grunn til å frykte at denne lovendringen utilsikt vil påvirke tjenestenivået og påføre kommunene utgifter som ikke dekkes opp finansielt.

Kvalitet, pasientsikkerhet og brukervedvirkning

Det ansees som en riktig utvikling at det rettes et sterkere fokus på kvalitet og pasientsikkerhet og at dette arbeidet gis et videre fokus enn internkontroll. Videre er det positivt med et økt systemfokus i forhold til brukervedvirkning.

Kristiansand kommune støtter forslaget om å endre navnet fra "internkontrollforskriften" til "forskrift om styringssystem for helse- og omsorgstjenester".

Departementet foreslår følgende definisjon av kvalitet: *"I hvilken grad helse- og omsorgstjenestens aktiviteter og tiltak øker sannsynligheten for at enkeltpersoner og grupper i befolkningen får en ønsket helserelatert velferd, og at tjenestene utøves i samsvar med dagens profesjonelle kunnskap"*.

Det oppleves uheldig å antyde et kvalitetsnivå uten å inkludere nødvendige forutsetninger, og formuleringen *"gitt dagens kunnskap og ressursrammer"* bør derfor inkluderes i definisjonen dersom denne skal brukes. Ønsket helserelatert velferd må samtidig forstås som *besluttet* tjenestenivå og kvalitetsmål.

Når det gjelder økonomiske og administrative konsekvenser for kommunene knyttet til kvalitetforbedrings-/pasientsikkerhetsarbeid og brukervedvirkning antar departementet at det vil få beskjedne eller ingen konsekvenser. Det vises til at kvalitetsforbedrings- og pasientsikkerhetsarbeid fører til innsparinger og bedre ressursbruk. Dette bestrides ikke, men det vil medføre en økning i *administrative* utgifter og stillingsressurser.

Forskning, utvikling og IKT

Kristiansand kommune mener helseforetakene og kommunen i fremtiden må likestilles i forhold til forskning og utvikling. Dette burde gjenspeiles både i lovtekst og gjennom økonomiske incentiver. Dette er svært viktig i forhold til å gi reell likeverdighet mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten. Kommunens rolle som selvstendig forsknings- og utviklingsaktør bør tydeliggjøres og det bør vurderes lovfesting av kommunalt ansvar for forskning på lik linje med spesialisthelsetjenesten.

Det bør tilrettelegges for at kommunene disponerer incentiver i form av midler til felles prosjekt med akademiske institusjoner, innovative bedrifter og andre samfunnsaktører. Det bør videre via Forskningsrådet lages tydelige program for forskning i helse- og omsorgstjenesten, samhandling og overganger mellom første og andrelinjetjenesten. Universitetene må få et tydeligere samfunnsoppdrag relatert til utvikling i kommunale helse- og omsorgstjenester. Vi anbefaler at vertskommuner for universiteter får status som universitetskommuner med et regionalt forsknings- og utviklingsansvar og at det gis tilhørende finansiering.

Når det gjelder velferdsteknologi og framtidige utfordringer savner Kristiansand kommune et sterkere fokus på mulighetene utover ordinær IKT-satsing. Det må legges til rette for velferdsteknologi/teknologiske løsninger med tydelig brukerperspektiv som understøtter økt egenmestring og livskvalitet for den enkelte.

Koordineringsansvar og individuell plan

Forslaget innebærer en strukturering og tydeliggjøring av arbeidet rundt individuell plan.

Forslaget omfatter begge forvaltningsnivå og dette er en forutsetning for å lykkes med et helhetlig koordinert arbeid på individnivå. Ansvar for å utarbeide individuelle planer skal som hovedregel ligge til kommunen. Det bør presiseres at spesialisthelsetjenesten har plikt til å delta i dette arbeidet. Fastlegen er også en sentral aktør når det gjelder å ta ansvar for at det foregår et helhetlig og koordinert arbeid rundt pasienten.

Departementet foreslår at koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering får et overordnet ansvar for arbeidet med individuelle planer. Kristiansand kommune mener at det bør overlates til kommunene selv å lage rutiner som fordeler dette ansvaret mellom kommunens tjenester blant annet avhengig av hovedproblematikk for den enkelte bruker.

Fastlegeordningen

Slik Kristiansand kommune ser det burde departementet i forbindelse med innføringen av samhandlingsreformen gått grundigere inn i fastlegens rolle og ansvar. I hovedsak foreslås endringer *innenfor rammen* av dagens fastlegeordning. Et ønske fra oss ville være å lovfeste en sterkere styring med hva fastlegene skal utføre og en grad av instruksjonsmulighet i denne sammenheng. En større grad av fastlegenes yrkesutøvelse burde vært lovregulert fremfor avtaleregulert.

Endringer og nye krav til fastlegene

Kristiansand kommune støtter forslaget om å innføre nasjonale kvalitets- og funksjonskrav med tilhørende rapportering. Samtidig understrekes det at det vil være viktig å unngå funksjonskrav og registreringer som bare "måler det som kan måles", hvor byråkratiet øker, og helsegevinsten ikke er tydelig.

I forhold til fastlegenes listeansvar foreslås det å inkludere individrettet forebyggende ansvar, tidlig identifisering av personer med risiko for utvikling av kronisk sykdom, gi tilbud om tilpassede lavterskeltilbud for livsstilsrelaterte utfordringer, styrket ansvar for koordinering av helsetjenester og proaktiv pasientoppfølging. Disse forslagene går langt ut over dagens tilbud. De går også utenfor grunnlaget for dagens finansiering, og forutsetter at den enkelte pasient skal betale – direkte ved egenandeler eller indirekte ved trygderefusjon – for legetjenester pasienten selv ikke har bedt om. Det forutsetter at fastlegen bruker mer tid på hver pasient og implisitt forutsettes kortere pasientlister/flere fastlegehjemler og en betydelig økt finansiering. Systematiske og langsiktige tiltak for å sikre fremtidig rekruttering må igangsettes.

Økonomi

Kristiansand kommune beklager at departementet ikke har gjort en grundigere vurdering av finansieringsordningens rolle i forhold til utfordringsbildet. Mange styringsbehov ville kunne løses på en bedre måte ved ansettelse av fastleger på fast lønn, på lik linje med alle andre yrkesgrupper kommunen må benytte for å gi innbyggerne tjenester. De fleste styringsbehov ville da kunne løses innenfor arbeidsgivers styringsrett og regelverk for arbeidslivet.

Høringsnotatet påpeker at "*finansiering av fastlegevirksomhet må understøtte målene for ordningen*", og fremmer forslag om å øke pro capitaandelen fra dagens ca 25% til 50%, med den tanke at redusert stykkprisfinansiering vil øke legenes interesse for deltakelse i forebyggende arbeid. Dette er et forslag som Kristiansand kommune sterkt vil advare mot.

Høringsnotatet anfører at lovforslaget kun tydeliggjør kommunens overordnede ansvar for fastlegeordningen, og at dette ikke innebærer økonomiske konsekvenser. Dersom forslaget om økt antall fastleger og endret innhold i fastlegenes arbeid skal gjennomføres, vil det nødvendigvis få økonomiske konsekvenser. Omlegging av forholdet mellom stykkprissatser og basistilskudd vil radikalt endre dagens utgiftsfordeling. Økt forebyggende og oppsøkende

arbeid fra fastlegene er ikke dekket av disse ordningene. Økt deltakelse fra fastlegene i offentlig allmennmedisinsk arbeid må i sin helhet finansieres av kommunen. Uten økonomisk kompensasjon til kommunene vil en styrking av dette arbeidet ikke kunne gjennomføres.

Samarbeid mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten

Nytt forslag til lov angir rammene for det kommunale ansvaret for helse- og omsorgstjenestene uten i detalj å angi hvilke tjenester kommunen skal utføre. Kommunene skal tilby nødvendig helse- og omsorgshjelp som ikke er spesialisthelsetjeneste, og innenfor disse rammer yte et forsvarlig, helhetlig og integrert behandlingstilbud. Dette uttrykkes også slik at kommunen har ansvar for å yte de helse- og omsorgstjenester som ikke saklig kan begrunnes/angis som spesialisthelsetjeneste eller tannhelsetjeneste.

Gråsoneproblematikk mellom kommune og spesialisthelsetjeneste skal kunne reduseres ved lovpålagte avtaler. Det angis at det ikke er ønskelig med en mer tydelig ansvarsfordeling i loven. Det er lagt til grunn i forslag til ny lov §1-2, 2 ledd at departementet ved forskrift eller i det enkelte tilfellet skal kunne foreslå hva som er helse- og omsorgstjenester etter loven. Det vil med dette være Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) som etter lovens ordning bindende kan fastsette hvorvidt ansvaret ligger på kommune eller spesialistnivå.

Denne utydeligheten kan gi grunnlag for stadig overføring av oppgaver til kommunalt nivå uten økonomisk kompensering. Det vil også kunne bli en ubalanse i maktforholdet mellom stat og kommune med det faktum at det er HOD som ensidig vil kunne fastsette ansvarsfordelingen mellom stat og kommune.

For å unngå gråsoneproblematikk i størst mulig grad ville det være hensiktsmessig å tydeliggjøre ansvarsforholdet og oppgavefordelingen mellom nivåene direkte i loven. Eventuelt "restoppgaver" vil måtte løses lokalt mellom partene. Det bør også etableres nasjonale tvisteløsningsordninger. Dette vil kunne skape forutberegnelighet og sikre at befolkningen i landets kommuner får et likere tilbud.

Kommunal medfinansiering i spesialisthelsetjenesten:

Arbeidet med å utrede kommunal medfinansiering var ikke ferdig når høringsnotatet ble sendt ut. For at man skal være i stand til å innføre kommunal medfinansiering i 2012 foreslår departementet en lovhjemmel til å gi forskrift om kommunalt medfinansieringsansvar for pasientbehandling i spesialisthelsetjenesten, herunder kriterier for hvilke pasientgrupper eller behandlingsformer som skal være omfattet av medfinansieringsansvaret.

Det er enda svært mange uavklarte forhold knyttet til dette og departementet vil i ettertid konkretisere og utarbeide forskrifter innenfor disse områdene. Det er vanskelig å gi konkrete innspill før aktuelle modeller foreligger og en kan vurdere reelle konsekvenser. Kristiansand kommune gir likevel noen overordnede innspill til foreslåtte retninger.

Betalingsansvar for utskrivningsklare pasienter

Det må i forskrift tydeliggjøres hva *utskrivningsklar pasient* innebærer. Dette for å hindre unødvendig gråsoneproblematikk og store nasjonale variasjoner.

Kristiansand kommune anmoder på det sterkeste om at tildelingskriterier/ finansieringsordninger ikke svekker den posisjon som er opparbeidet i regionen. Kriterier må ikke tilgodese regioner der korridorproblematikk er en stor utfordring. De beregningsmessige forutsetningene som ligger til grunn for overføringer til kommunene må gjennomgås og kvalitetssikres.

Når det gjelder området psykisk helsevern og rusområdet slutter en seg til departementets vurdering av at dette er et område der det på nåværende tidspunkt er vanskelig å beregne administrative og økonomiske konsekvenser. I tillegg kreves det omfattende forarbeid når det gjelder vurdering av hva en utskrivningsklar pasient innebærer innenfor disse områdene.

Medfinansiering av sykehusopphold

Samhandlingsreformens opprinnelige ide om kommunal medfinansiering av sykehusopphold synes forlatt som generell ordning. Dette var et av de tidligere foreslåtte økonomiske hovedgrepene for å sette kommunene i stand til å finansiere styrket folkehelsearbeid og bedret behandling, rehabilitering og tidlig intervensjon. Hovedfokus legges nå på en avgrenset kommunal medfinansiering og følgende avgrensede modeller foreslås:

1. Aldersbasert modell for somatiske pasienter over 80 år
2. Medisinske innleggelser/behandling (aldersuavhengig)

Alternativ 1 - aldersbasert modell har Kristiansand kommune sterke faglige innvendinger mot. En slik modell vil kunne gi en vridning slik at pasienter over 80 år ikke får nødvendig diagnostisering på spesialistnivå før behandling iverksettes. Nettopp denne gruppen kan, på grunn av mange samtidig forekommende sykdommer og ofte bruk av mange ulike medisiner, være særlig vanskelig å gi korrekt diagnose, og de vil i særlig grad kunne ha behov for det diagnostiske apparat som man kun finner på et sykehus.

Kommunene har ingen mulighet – verken økonomisk, praktisk eller kompetansemessig til å kunne opprette diagnostiske tilbud som kan erstatte det som gis på sykehusene. Kommunale "sykehustjenester" som alternativ til innleggelse for personer over 80 år vil bety en reell reduksjon i kvaliteten på diagnostikk hos pasientgruppen. Innbyggere over 80 år kan dermed oppfattes å bli diskriminert og fratatt rett til faglig forsvarlig diagnostikk. Mulighetene innenfor dette vil heller være å *overta behandling iverksatt* på sykehus på et tidligere stadium slik at antall liggedøgn på sykehus kan reduseres. Dette forutsetter at finansieringen muliggjør en slik oppbygging både når det gjelder kompetanse og kapasitet.

Medfinansieringsmidler er ikke tilstrekkelig til å finansiere alternative rehabiliteringstilbud i kommunene. Dersom kommunene skal overta oppgaver på rehabiliteringsfeltet må innsparinger i spesialisthelsetjenesten og merkostnader for kommunene beregnes med sikte på å flytte ressurser fra spesialisthelsetjenesten til kommunene.

Medfinansiering i psykisk helsevern og spesielt innen rusbehandling må tydeliggjøres mer. Rusfeltet sammensatt med svært mange private aktører, og et hovedproblem er mangelen på sammenheng og samvirke mellom tjenestene. Et tilleggsproblem er å definere for disse gruppene hva som er *utskrivningsklar, behandling* og hva som er *rehabilitering*. Uten gode grenseoppganger her er det ikke mulig å lage en god modell for fordeling av oppgaver og økonomisk ansvar for disse pasientgruppene. Det er på det nåværende tidspunkt derfor ikke mulig å ta stilling til medfinansiering i forhold til rus og psykiatri

Kommunens ansvar for øyeblikkelig hjelp

Kristiansand kommune advarer mot at kommunen gis plikt til å opprette sykehusliknende behandlingsinstitusjoner for behandling av akutt sykdom. Derimot vil det være mye lettere for kommunen å etablere institusjonstjenester som kan overta og følge opp en allerede igangsatt behandling fra sykehuset, og således ta imot pasienter fra sykehuset langt tidligere i behandlingsforløpet. Dette vil også være bedre faglig sett, særlig i forhold til eldre pasienter.

Etablering av kommunale institusjonstjenester til erstatning for sykehus blir svært kostbart. Det å lovfeste en slik plikt for øyeblikkelig hjelp vil innebære en reell oppgaveoverføring fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten, og Stortinget vil da også måtte fullfinansiere oppgaven. Dersom slike oppgaver/plikter skal overføres må det gjennomføres en gradvis innfasing og følgeforskning-/ evaluering. Og det må vurderes om det totalt sett vil være samfunnsøkonomisk lønnsomt å bygge slike tilbud på kommunalt nivå.

SÆRSKILT OM NY FOLKEHELSELOV

Høringsnotatet fremmer gode forslag til hvordan arbeidet kan gjøres, men gir ingen svar på hvordan kommunene skal kunne finansiere slikt arbeid. Krav til samarbeid, helseovervåkning og statistikk vil ha betydelig økonomiske og administrative kostnader det ikke er tatt høyde for i høringsnotatet. De økte kravene på folkehelseområdet medfører merkostnader for kommunene/fylkeskommunene både ressurs- og kompetansemessig.

Ansvar for folkehelsearbeid legges til kommunen som sådan. Forslaget innebærer at kommunen skal arbeide sektorovergripende for å fremme folkehelse, ikke bare i helsesektoren. Dette burde gjenspeiles tydeligere i ordbruken i loven.

Det legges opp til en ansvarliggjøring av helseforetakene som aktører i folkehelsearbeidet i høringsnotatet, men dette følges ikke opp i lovteksten. Helseforetakene må gis et klart ansvar for – på lik linje med alle andre aktører – å delta i og bidra til det sykdomsforebyggende og helsefremmende arbeid i lokalsamfunnet.

HØRINGSUTTALELSE - FORSLAG TIL NY LOV OM KOMMUNALE HELSE- OG OMSORGSTJENESTER, SAMT NY FOLKEHELSELOV

GENERELLE BETRAKTNINGER

Kristiansand kommune er positive til intensjonene i samhandlingsreformen og til at det nå lages en *felles moderne lov* som regulerer helse- og omsorgstjenestene samlet. Det er positivt at forebygging tydeliggjøres og fokuseres; også i egen folkehelselov. Tiden er moden for de endringene som nå gjøres og vi ønsker dette velkommen. Større endringer innebærer utfordringer og som kommune ønsker vi å bidra positivt i forhold til dette. I denne høringsuttalelsen har vi i hovedsak kommentert områder der vi ønsker en endring eller finner foreslåtte løsninger problematiske. Noe annet ville føre for langt.

Det forutsettes en *gradvis og planmessig implementering* av nytt lovverk og samhandlingsreformen i sin helhet. Oppgaver må ikke overføres til kommunene før en har fått tilstrekkelig med tid og ressurser til å bygge opp tilbudet, samt sikre organisering og drift .

En ser det som positivt at *kommunal organisasjonsfrihet* er vektlagt i høringsforslaget, men påpeker i høringsuttalelsen forhold knyttet til krav om ansettelse av kommuneleger og foreslått adgang til å pålegge interkommunalt samarbeid som ikke er i tråd med dette.

En hovedinnvending vi ønsker å formidle er den *utstrakte bruken av departementale fullmakter* til å regulere vesentlige sider i lovgivningen ved bruk av forskrifter. Å overlate detaljreguleringen til departementet i så stor grad begrenser kommunenes forutberegnelighet både med hensyn til strategiske valg, og planlegging. Rammebetingelsene blir usikre og mer følsomme for kortsiktige politiske svingninger. Vi oppfatter det som svært uvanlig at lovgiver går så langt i å overlate viktige styringsbestemmelser til departementet slik det her er gjort. Ikke bare er bruken av dette i forslaget omfattende, det er også gjort på svært vesentlige områder i forslaget og vanskeliggjør i tillegg vurderingen av helheten i forslaget. Dette gjør at det er vanskelig å ta stilling til hva denne loven vil innebære i praksis for kommunen som utfører. Eksempelvis vises det til forslagets bestemmelser om kommunens oppgaver og tjenestetilbud, fastlegeordningen, vesentlige avklaringer knyttet til avtalemодellen mellom kommunene og helseforetakene, samt finansielle sider av forslaget. Vi viser særskilt til §§ 3-2, 3-5, 6-7, 7-1, 11-3, 11-4, som sett i sammenheng med lovforslaget som helhet gir for liten grad av forutberegnelighet så vel oppgavemessig som finansielt. I denne sammenheng legger vi til at tilsvarende problemstilling knytter seg til forslaget til folkehelselov § 27.

Under en rekke områder i forarbeidene til begge lovforslagene presiseres det at enten kommunens ansvar videreføres på samme nivå eller at forslaget ikke innebærer noen endringer fra dagens praksis *følgelig mener departementet at det ikke vil medføre økonomiske og administrative konsekvenser* . Dette gjelder blant annet følgende:

1. Folkehelseansvaret
2. Øyeblikkelig hjelp ansvaret
3. Større ansvar for rehabiliteringsområder
4. Krav til mer spesialisert kompetanse
5. Endring i krav knyttet til arbeid med kvalitet, pasientsikkerhet og brukarmedvirkning
6. Store krav til avtaleportefølje med spesialisthelsetjenesten
7. Mer omfattende koordineringsoppgaver på individnivå

Nye kommunale oppgaver og plikter i kraft av nytt lovverk og intensjonen i samhandlingsreformen kan ikke gjennomføres uten økning i rammer på kommunalt på nivå.

A. LOV OM KOMMUNALE HELSE- OG OMSORGSTJENESTER

Lovstruktur

Samordning av sosialtjenestelov og kommunehelsetjenestelov

En ny felles lovgivning er en faglig riktig og ønsket utvikling, som i stor grad signaliserer at helheten bør fokuseres. Dette er utfordrende, men vil bidra til å gjøre det lettere å gi et sammenhengende tjenestetilbud og fremme helhetstankegang.

Pasientrettighetsloven

I forslaget samles alle brukerrettighetene i pasientrettighetsloven. Dette er en klar forbedring med hensyn til rettighetenes tilgjengelighet for brukerne. I høringsnotatet fremheves det at dette ansees å være kostnadsnøytralt da ingen nye rettigheter innføres. Dette er i og for seg logisk og uangripelig. Likevel er det slik at ved synliggjøring og fokus rundt rettigheter kan man forvente et betydelig større uttak av rettigheter og således utløse ressurser i forbindelse med innfrielse av disse. Dette kan ikke betraktes som en uønsket effekt, men i denne sammenheng er det viktig at departementets anerkjenner at dette vil utløse kostnader.

Helsepersonelloven

Forslaget om å samle fagfolkenes plikter i helsepersonelloven vil få konsekvenser, særlig i forhold til hvordan aktiviteten dokumenteres. Generelt sett vil dette uten tvil kunne føre til en ytterligere byråkratisering av tjenestene. Rettssikkerhetsaspektet er viktig, men det vil alltid måtte veies opp mot mulig kapasitetstap. Utbygging av rettigheter medfører plikter, og dersom man ser fremover vil utfordringene fortrinnsvis ligge på det kurative/kliniske plan i forhold til å ha ressurser til å få ytt tjenestene rettidig og på riktig nivå.

For flere grupper innen sosialtjenesten vil det stilles nye krav til opplæring og mer klinisk utforming av journal, andre er allerede i dag pålagt dette fra kommunens side. Vi tror at særlig innen omsorgen for utviklingshemmede og når det gjelder oppfølgingstjenester i rusomsorgen, vil dette få relativt betydelige konsekvenser.

Folkehelseloven

Nytt forslag til lov skal understøtte målet om å styrke det forebyggende helsearbeidet, noe som igjen er i tråd med samhandlingsreformens hovedmålsetting. Investering i forebyggende helsearbeid og tidligere intervensjoner skal over tid gi helsegevinst og sparte helsekostnader. Med forslag om ny lov skal ett nytt fundament etableres for å styrke folkehelsearbeidet i politikk og samfunnsutvikling og i planarbeid ut fra regionale og lokale utfordringer og behov. Det å samle forebyggende helsearbeid i en lov er et svært viktig signal i seg selv i forhold til å gi dette arbeidet forsterket fokus. En vil imidlertid presisere at ansvaret som ligger i lovpålagte krav vil bety betydelige økonomiske konsekvenser for kommunene.

Klageordning

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

Det foreslås også at helsetilsynet/fylkesmannen ikke skal kunne treffe nytt vedtak, men kun oppheve vedtaket og sende det tilbake til kommunen for å treffe nytt vedtak. Regelen innebærer at statlig klageorgan nok gis en noe videre kompetanse til å prøve kommunens vedtak enn etter dagens lov om sosiale tjenester, men samtidig begrenses klageorganets kompetanse ved vedtak om helsetjenester. Det forholdet at klageinstansen ikke kan treffe nytt vedtak, er en praktisk viktig endring, og det antas at forslaget vil møte kraftig motbør

blant annet fra brukerorganisasjoner. Forslaget til nye rettslige standarder vil imidlertid kunne intensivere prøvingen av kommunens rettsanvendelse både i forhold til tilsyn og klage.

Medfinansiering

Forslag om kommunal medfinansiering innebærer at kommunene får et økonomisk medansvar for behandlingen i spesialisthelsetjenesten. Dette skal gi insentiver for kommunen til å vurdere hvordan egen innretning av kommunale tjenester kan påvirke forbruket av spesialisthelsetjenester og påvirke sykehus og kommune til å samarbeide. Arbeidet med å utrede kommunal medfinansiering var ikke ferdig når høringsnotatet ble sendt ut. For at man skal være i stand til å innføre kommunal medfinansiering i 2012 foreslår departementet en lovhjemmel til å gi forskrift om kommunalt medfinansieringsansvar for pasientbehandling i spesialisthelsetjenesten, herunder kriterier for hvilke pasientgrupper eller behandlingsformer som skal være omfattet av medfinansieringsansvaret. I tillegg til dette tydeliggjøres kommunalt finansieringsansvar for utskrivningsklare pasienter. Det vil si at kommunen får en betalingsplikt for pasienter som er definert utskrivningsklare. Definisjon av hva en utskrivningsklar pasient innebærer skal konkretiseres i form av forskrift.

Det er enda svært mange uavklarte forhold knyttet til dette og departementet vil i ettertid konkretisere og utarbeide forskrifter innenfor disse områdene. Det er vanskelig å gi konkrete innspill før aktuelle modeller foreligger og en kan vurdere reelle konsekvenser. Kristiansand kommune vil i det følgende gi noen overordnede innspill til foreslåtte retninger.

Betalingsansvar for utskrivningsklare pasienter

Det må i forskrift tydeliggjøres hva *utskrivningsklar pasient* innebærer. Dette for å hindre unødvendig gråsoneproblematikk og store nasjonale variasjoner.

Det er store variasjoner mellom helseforetak når det gjelder gjennomsnittlig liggetid både når det gjelder somatikk, psykiatri og rus. Det er store forskjeller mellom kommuner i forhold til når de er i stand til å ta i mot definert utskrivningsklare pasienter fra spesialisthelsetjenesten med hensyn til kapasitet og kompetanse. Sørlandet sykehus HF har lave gjennomsnittlige liggetider sammenlignet med andre helseforetak og nesten fravær av korridorpasienter. Kristiansand kommune har gjennomsnittlig lavere kostnader knyttet til hovedområder innenfor omsorg sammenlignet med andre store byer. Det er satt inn betydelige ressurser på samarbeid med Sørlandet Sykehus HF ved overføring av utskrivningsklare pasienter, både innenfor somatikk og psykisk helsevern. Kristiansand kommune vil på det sterkeste anmode om at tildelingskriterier/ finansieringsordninger ikke svekker den posisjon som er opparbeidet i regionen. Kriterier må ikke tilgodese regioner der korridorproblematikk er en stor utfordring.

Utviklingen i forhold til tidspunktet for overføring av pasienter fra spesialisthelsetjenesten til kommunalt omsorgsnivå har de siste 10 år endret seg radikalt. Kommunene har over tid stadig tilpasset seg nye grenser, og forsterkede tilbud på kommunalt nivå har blitt etablert uten at dette spesifikt har vært økonomisk kompensert. Dersom utskrivningstærsklene endres vil det kreve at kommunens kapasitet må bygges opp/styrkes kompetansemessig og i kapasitet (antall plasser og ansatte). Dette er kostnadskrevende. Økonomisk risiko for kommuner må vurderes. De beregningsmessige forutsetningene som ligger til grunn for overføringer til kommunene må gjennomgås og kvalitetssikres.

Når det gjelder området psykisk helsevern og rusområdet slutter en seg til departementets vurdering av at dette er et område der det på nåværende tidspunkt er vanskelig å beregne administrative og økonomiske konsekvenser. Det kreves også omfattende forarbeid når det gjelder vurdering av hva en utskrivningsklar pasient innebærer innenfor disse områdene.

Medfinansiering for sykehusopphold

Samhandlingsreformens opprinnelige ide om kommunal medfinansiering av sykehusopphold synes forlatt som generell ordning. Dette var et av de tidligere foreslåtte økonomiske hovedgrepene for å sette kommunene i stand til å finansiere styrket folkehelsearbeid og

bedret behandling, rehabilitering og tidlig intervensjon. Hovedfokus legges nå på en avgrenset kommunal medfinansiering og følgende avgrensede modeller foreslås:

1. Aldersbasert modell for somatiske pasienter over 80 år
2. Medisinske innleggelser/behandling (aldersuavhengig)

For begge modellene er det lagt til grunn 20 % kommunal medfinansiering. Omfanget av kommunal medfinansiering er anslått å utgjøre henholdsvis 1,5 mrd. kroner ved den aldersbestemte modellen og 3,6 mrd. kroner ved en modell avgrenset til det medisinske området. Dette innebærer at den aldersbaserte modellen gir lavest finansiell risiko for kommunene. Utbygging av et kommunalt døgnbehandlingstilbud ved øyeblikkelig hjelp er forutsatt finansiert ved at kommunen sparer medfinansieringskostnader og ved eventuelle bidrag fra helseforetakene. Rehabilitering på sykehus er inkludert i modellene for kommunal medfinansiering innenfor somatikk. I tillegg til dette vil departementet i det videre arbeidet vurdere å innføre kommunal medfinansiering av psykisk helsevern og rusbehandling basert på kurdøgn og opphold i private rehabiliteringsinstitusjoner.

Alternativ 1 - aldersbasert modell har Kristiansand kommune sterke faglige innvendinger mot. En slik modell vil kunne gi en vridning slik at pasienter over 80 år ikke får nødvendig diagnostisering på spesialistnivå før behandling iverksettes. Nettopp denne gruppen kan, på grunn av mange samtidig forekommende sykdommer og ofte bruk av mange ulike medisiner, være særlig vanskelig å gi korrekt diagnose, og de vil i særlig grad kunne ha behov for det diagnostiske apparat som man kun finner på et sykehus.

Kommunene har ingen mulighet – verken økonomisk, praktisk eller kompetansemessig til å kunne opprette diagnostiske tilbud som kan erstatte det som gis på sykehusene. Kommunale "sykehustjenester" hovedsakelig som alternativ til innleggelse for personer over 80 år vil bety en reell reduksjon av kvaliteten på diagnostikk hos denne pasientgruppen. Innbyggere over 80 år kan dermed oppfattes å bli diskriminert og bli fratatt rett til faglig forsvarlig diagnostikk. Mulighetene innenfor dette vil heller være å *overta behandling iverksatt* på sykehus på et tidligere stadium slik at antall liggedøgn på sykehus kan reduseres betydelig for denne pasientgruppen. Dette forutsetter at finansieringen muliggjør en slik oppbygging både når det gjelder kompetanse og kapasitet. Medfinansieringsmidler vil ikke være tilstrekkelig til å finansiere alternative rehabiliteringstilbud i kommunene. Dersom spesialisthelsetjenesten skal gjøre mindre og kommunene mer på rehabiliteringsfeltet må innsparinger på spesialisthelsetjenesten og merkostnader for kommunene beregnes med sikte på å flytte ressurser fra spesialisthelsetjenesten til kommunene.

Medfinansiering i psykisk helsevern og spesielt innen rusbehandling, må tydeliggjøres mer. Rusfeltet er på forhånd sammensatt med svært mange private aktører, og et hovedproblem er mangelen på sammenheng og samvirke mellom tjenestene. Et tilleggsproblem er å definere for disse gruppene hva som er "utskrivningsklar", "behandling" og "rehabilitering". Uten en god grenseoppgang her er det ikke mulig å lage en god modell for fordeling av oppgaver og økonomisk ansvar for disse pasientgruppene. Denne oppklaringen er helt nødvendig for å kunne ivareta denne gruppens pasientrettigheter. Det er på det nåværende tidspunkt derfor *ikke mulig å ta stilling til medfinansiering* i forhold til rus og psykiatri.

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

Kommunens ansvar for øyeblikkelig hjelp

Høringen reiser spørsmål om det bør være en kommunal plikt å etablere døgntilbud for øyeblikkelig hjelp pasienter, også ved innleggelse i kommunal institusjon.

Kommunene har i dag døgntilbud om medisinsk vurdering og behandling ved fastleger og legevakt, som har god kompetanse og erfaring i å velge ut de pasienter som kan motta behandling uten ytterligere utredning og der dette kan skje uten innleggelse.

Høringsnotatet påpeker at opptil 30% av akutte sykehusinnleggelser kunne vært unngått, og tilfredsstillende tilbud gitt i kommunal regi. Kristiansand kommune vil på det sterkeste advare mot at kommunen gis plikt til å opprette sykehusliknende behandlingsinstitusjoner for behandling av akutt sykdom. Det er enkelt i ettertid å definere et konkret sykehusopphold som "unødvendig" – men det vil i den akutte fase, særlig for gruppen eldre, ofte være vanskelig å avgjøre hvilke pasienter det gjelder. Kommunen har ingen mulighet til – verken økonomisk, praktisk eller kompetansemessig – å kunne gi den diagnostiske vurdering som kan gis ved et akutt sykehus. Forslaget vil medføre betydelig økt risiko for underbehandling og feilbehandling av akutt syke eldre. Det kan derfor oppfattes som en diskriminering av eldre ved at disse ved akutt sykdom blir fratatt retten til den høykompetente diagnostiske vurdering som krever tilgang på billeddiagnostikk, laboratorietjenester og andre utredningsmuligheter i akutsituasjonen.

Derimot vil det være mye lettere for kommunen å etablere institusjonstjenester som kan overta og følge opp en allerede igangsatt behandling fra sykehuset, og således ta imot pasienter fra sykehuset langt tidligere i behandlingsforløpet. Dette vil også faglig være en riktig vei å slå inn på, særlig i forhold til eldre pasienter.

Etablering av kommunale institusjonstjenester til erstatning for sykehus blir svært kostbart. Det å lovfeste en slik plikt for øyeblikkelig hjelp vil innebære en reell oppgaveoverføring fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten, og Stortinget vil da også måtte fullfinansiere oppgaven. Dersom slike oppgaver/plikter skal overføres må det gjennomføres en gradvis innfasing og følgeforskning-/ evaluering. Og det må vurderes om det totalt sett vil være samfunnsøkonomisk lønnsomt å bygge slike tilbud på kommunalt nivå.

Koordineringsansvar og individuell plan

Man fremmer forslag om at koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering får utvidet sitt ansvar til også å omfatte et overordnet ansvar for arbeidet med individuelle planer. Begrunnelsen er at målgruppen for habilitering og rehabilitering som regel også vil ha rett til individuell plan. Dette er en måte å styrke arbeidet med individuell plan på. I tillegg til å utvikle og sikre rutiner vedrørende individuell plan skal ansvaret også innebære å sørge for nødvendig opplæring og veiledning til tverrfaglig personale. En viktig del av dette arbeidet vil være veiledning av den som blir utpekt til å være planansvarlig person. En tenker også at det er denne enheten som skal oppnevne koordinator.

Forslaget innebærer en strukturering og tydeliggjøring av arbeidet rundt individuell plan. Forslaget omfatter begge forvaltningsnivå og dette er en forutsetning for å lykkes med et helhetlig koordinert arbeid på individnivå. Ansvaret for å utarbeide individuelle planer skal som hovedregel ligge til kommunen. Det bør presiseres at spesialisthelsetjenesten har plikt til å delta i dette arbeidet.

For kommunenes del vil en sentralisering av tverrfaglige opplæring- og veiledningsoppgaver overfor dem som utnevnes som koordinatorene, kunne bryte med en praksis hvor dette ansvaret ligger til den enkelte avdeling/enhet. Det ivaretas per i dag som en del av det øvrige faglige ansvaret. En sentralisering av oppgavene vil kunne øke kvaliteten og fokuset på arbeidet med individuell plan. Det vil også kunne bidra til en økt dekningsgrad av individuell plan hos målgrupper som ligger lavt i forhold til dette; eksempelvis rusmiddelavhengige. En sentralisert ordning vil imidlertid kreve administrative ressurser som man ikke uproblematisk kan skille og trekke ut fra den integrerte modellen man har i dag. Ansvar for opplæring til tverrfaglig personell krever at den koordinerende enheten har/skaffer seg den nødvendige

kompetansen. Dette forslaget vil derfor ha et kostnadsaspekt som det må finnes løsninger for, slik at kommuner som må foreta omlegginger for å ivareta lovens utvidede/presiserte ansvar settes i stand til dette.

I en god del tilfeller er det andre enn kommunens helse- og omsorgstjeneste som har mest og kontinuerlig kontakt med brukeren. Dette gjelder først og fremst skole og barnehage, og i forhold til funksjonshemmede barn. I enkelte tilfeller er den eneste tjenesten fra helse- og omsorgstjenesten en eller annen form for avlastning eller støttekontakt. Kommunens oppfølgere i helse- og omsorgstjenesten har da svært begrenset kontakt med barn og foresatte, og det ville være mer naturlig og hensiktsmessig at ansatte i barnehage eller skole ble pålagt oppgaven som koordinator for individuell plan. Dette skjer kun helt unntaksvis i dag, men det ville være naturlig at den etat som har mest og nær kontakt med barn og foreldre ble koordinator.

En vil poengtere betydningen av fastlegens rolle også som en sentral aktør når det gjelder å ta ansvar for at det foregår et helhetlig og koordinert arbeid rundt pasienten. Dagens praksis er svært varierende på dette punktet og en vil støtte initiativ hvor en kan få utdypet og konkretisert hva som ligger i fastlegens medisinskfaglige koordinerende ansvar. Viser til det som er nevnt vedrørende fastlegens rolle og forhold til den kommunale helsetjenesten.

Kristiansand kommune mener at det bør overlates til kommunene selv å lage rutiner som fordeler ansvaret mellom kommunens tjenester blant annet avhengig av hovedproblematikk for den enkelte bruker. Dette vil sikre høyest mulig kvalitet på dette verktøyet.

Samarbeid mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten

Avtaler mellom kommuner og foretak

Kommuner og foretak får plikt til å inngå avtaler hvor loven stiller visse minimumskrav til rammene for avtalene. Ved uenighet og utfra adgangen til å avtale tvisteløsningsordninger vil det være opp til partene hvilket mandat og rolle dette skal ha. Slik vi ser det vil målsettingen om tydelige avklaringer måtte løses ved etablering av nasjonale tvisteløsningsordninger.

Fremtidens kommunerolle og forholdet til spesialisthelsetjenesten

Ny forslag til lov bygger på en overordnet lovgivningsteknikk som angir rammene for det kommunale ansvaret for helse- og omsorgstjenestene uten i detalj å angi hvilke tjenester kommunen skal utføre. Kommunene skal tilby nødvendig helse- og omsorgshjelp som ikke er spesialisthelsetjeneste, og innenfor disse rammer yte et forsvarlig, helhetlig og integrert behandlingstilbud. Dette uttrykkes også slik at kommunen har ansvar for å yte de helse- og omsorgstjenester som ikke saklig kan begrunnes/angis som spesialisthelsetjeneste eller tannhelsetjeneste jf. Kommunehelsetjenesteloven §1-1, 2. ledd.

Gråsoneproblematikk mellom kommune og spesialisthelsetjeneste skal reduseres ved lovpålagte avtaler. Det settes minimumskrav til innhold i avtalene. Høringsinstansene bes komme med forslag til hvordan en kan hindre uønskede problemer som følger av "gråsoner" mellom nivåene. For å unngå gråsoneproblematikk i størst mulig grad ville det være hensiktsmessig å tydeliggjøre ansvarsforholdet og oppgavefordelingen mellom nivåene direkte i loven. Eventuelt "restoppgaver" vil måtte løses lokalt mellom partene.

Det har stadig foregått en glidende overføring av oppgaver fra spesialist til kommunenivå siste år blant annet som følge av nedleggelse av sengeplasser i spesialisthelsetjenesten, kortere liggetider og mer poliklinisk behandling. Dette har blant annet medført mer intensiv og spesialisert oppfølging/behandling på kommunalt nivå. Det er i høringsdokumentet ikke angitt noen betraktninger eller status på dette relatert til gjeldende lovverk. Det angis at det ikke er ønskelig med en mer tydelig ansvarsfordeling i loven. Det er lagt til grunn i forslag til ny lov §1-2, 2 ledd at departementet ved forskrift eller i det enkelte tilfellet skal kunne foreslå hva som er helse- og omsorgstjenester etter loven. Det vil med dette være Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) som etter lovens ordning bindende kan fastsette hvorvidt ansvaret ligger på kommune eller spesialistnivå. Denne utydeligheten kan gi grunnlag for

stadig overføring av oppgaver til kommunalt nivå uten økonomisk kompensering. Det vil også kunne bli en ubalanse i maktforholdet mellom stat og kommune med det faktum at det er HOD som ensidig vil kunne fastsette ansvarsfordelingen mellom stat og kommune.

Interkommunalt samarbeid

Departementet forutsetter at det vil oppstå et behov for interkommunalt samarbeid for at mindre kommuner uten tilstrekkelig befolkningsgrunnlag, spisskompetanse og økonomisk robusthet skal kunne klare de oppgaver og plikter som pålegges i kraft av nytt lovverk og samhandlingsreformens intensjoner. Det vises til at interkommunalt samarbeid kan organiseres etter kommuneloven §27, interkommunalt selskap, aksjeselskap, vertskommunemodell eller etter en samkommunemodell.

Departementets oppfatning er at slikt samarbeid i utgangspunktet bør være frivillig. Det foreslås å videreføre kommunehelsetjenesteloven §1-6 annet og tredje ledd om gjensidig bistand mellom kommuner i ny helse- og omsorgslov. Departementets forslag til ny lov legger fortsatt til rette for at kommunene selv må vurdere samarbeidsløsninger innenfor lovens rammer. Ny lov legger ikke opp til noen endring av hvilke samarbeidsløsninger som er lovlige. Departementet foreslår imidlertid i § 27 i nytt forslag til folkehelselov og i § 6-7 i utkastet til lov om helse- og omsorgstjenester bestemmelser som medfører at departementet ved forskrift eller enkeltvedtak kan pålegge kommuner å samarbeide når det av departementet vurderes påkrevd for forsvarlig løsning, herunder gi bestemmelser om hvilke oppgaver det skal samarbeides om og fordeling av utgifter. En anser det som urimelig at departementet skal inneha en slik myndighet og antar at kommunene selv vil finne hensiktsmessige løsninger på dette.

Legetjenesten

Regjeringen foreslår ikke endring av dagens hovedmodell med fastlegeordningen, herunder et listepasientsystem og at fastlegene som hovedmodell er selvstendig næringsdrivende. Kommunene fortsatt ha anledning til å ansette allmennleger i fastlønnede stillinger (kommunalt ansatt), for ivaretagelse av fastlegeoppgaver eller andre allmennlegeoppgaver i kommunene. I hovedsak foreslås endringer *innenfor rammen* av dagens fastlegeordning. Kristiansand kommune beklager at departementet i forbindelse med innføringen av samhandlingsreformen ikke har gått grundigere inn i fastlegens rolle og ansvar. Der er flere utfordringer knyttet til forholdet mellom kommunen og fastlegerollen som er kjent for departementet, og som det hadde vært naturlig å søkt løst nå.

Kommunelegens rolle

Plikten til å ha en eller flere kommuneleger videreføres i forslaget til ny helse- og omsorgslov, og oppgaveomfanget tydeliggjøres til en viss grad. Når kommunen har plikt til å utøve en bestemt funksjon ligger det implisitt at kommunen må benytte personell som har den nødvendige kompetanse. Det kan videre anføres at både smittevernloven og psykisk helsevernloven forutsetter at kommunen har tilgang til nødvendig kompetanse for å dekke dette ansvarsområdet. Slik vi ser det burde kommunens organisasjonsfrihet, og dettes fokus i høringsnotatet, logisk innebære at kravet til å ansette personer med en bestemt yrkesbakgrunn bortfalt fra lovgivningen. Dette harmonerer med den løsning som er valgt i forhold til å samle de øvrige ansatte som yter helsehjelp inn under helsepersonelloven.

Fastlegeordningen – endringer og nye krav til fastlegene

Det foreslås å innføre nasjonale kvalitets- og funksjonskrav med tilhørende rapportering. Kristiansand støtter dette forslaget og ser frem til høringsprosess der en kan bidra til innhold i slike krav. Det vil være viktig i dette arbeidet å unngå funksjonskrav og registreringer som bare "måler det som kan måles", hvor byråkratiet øker, og helsegevinsten ikke er tydelig.

I forhold til fastlegenes listeansvar foreslås det å inkludere individrettet forebyggende ansvar, tidlig identifisering av personer med risiko for utvikling av kronisk sykdom, gi tilbud om tilpassede lavterskeltilbud for livsstilsrelaterte utfordringer, styrket ansvar for koordinering av helsetjenester og proaktiv pasientoppfølging. Disse forslagene går langt ut over dagens

tilbud. Det forutsetter at fastlegen bruker mer tid på hver pasient og implisitt forutsettes kortere pasientlister/flere fastlegehjemler og en betydelig økt finansiering. Systematiske og langsiktige tiltak for å sikre fremtidig rekruttering må igangsettes. Kommunene må bli en betydelig læringsarena i utdanningen av leger og tverrfaglig samarbeid må vektlegges.

Finansieringsordning

Fastlegeordningen beskrives som i hovedsak å ha vært vellykket, og de grunnleggende strukturer i ordningen videreføres. Behovet for bedre å kunne styre fastlegetjenesten understrekes, både i forhold til kvalitet og innretning av arbeidet, og for å sikre ivaretagelse av prioriterte oppgaver og pasientgrupper.

Kristiansand kommune beklager at departementet ikke har gjort en grundigere vurdering av finansieringsordningens rolle i forhold til utfordringsbildet. Mange av de forhold som fastlegeordningen kan kritiseres for kan settes i sammenheng med at legene er private aktører som har blitt tildelt et kommunalt ansvarsområde gjennom "outsourcing". Dette kan gjelde manglende deltakelse i tverrfaglig arbeid og kommunale utviklings- og planarbeid, manglende sammenheng med øvrige tjenester, varierende og av og til mangelfulle tjenester til de svakeste pasientgruppene.

Høringsnotatet påpeker at *"finansiering av fastlegevirksomhet må understøtte målene for ordningen"*, og fremmer forslag om å øke pro capitaandelen fra dagens ca 25% til 50%, med den tanke at redusert stykkprisfinansiering vil øke legenes interesse for deltakelse i forebyggende arbeid. Dette vil Kristiansand kommune sterkt advare mot. Redusert stykkpris vil redusere muligheten for at enkelte fastleger kan rendyrke noen arbeidsoppgaver og utvikle spesiell kompetanse innen noen områder. Fastleger som pga sin kompetanse har stor andel pasienter som krever spesielt mye tid, slik som arbeid med psykisk utviklingshemmede, rusmiddelmissbrukere, alvorlig psykisk syke, lindrende omsorg i hjemmet og liknende, er avhengig av å ha en forholdsvis liten pasientliste. Økonomisk kan dette likevel fungere på grunn av stykkprissatsene. En reduksjon av stykkprissatser, og tilsvarende økning av basistilskudd, vil gi disse legene betydelig redusert inntekt, og antakelig i realiteten eliminere praksiser med spesiell innretning. Dette vil utelukkende gå ut over de svakeste pasientgruppene som også høringsnotatet påpeker har behov for økt/bedret oppfølging.

Redusert stykkpris vil heller ikke fjerne, bare redusere, insentivet for legene til å utføre arbeid som utløser disse takstene. Dersom insentivet til å legge ned så mye arbeid reduseres ved reduserte stykkprissatser, er vi redd dette primært vil stimulere fastlegene til å redusere sin arbeidstid. Selv om det i og for seg kan være positivt for fastlegenes eget arbeidsmiljø og trivsel, så bidrar det ikke til økt deltakelse i forebyggende arbeid og møtevirksomhet – som fortsatt ikke vil være finansiert. Her mangler kommunene verktøy som gjør det mulig å forutsette fastlegens deltakelse i disse oppgavene.

Administrative og økonomiske konsekvenser

Høringsnotatet anfører at lovforslaget kun tydeliggjør kommunens overordnede ansvar for fastlegeordningen, og at dette ikke innebærer økonomiske konsekvenser. Dette er en oppfatning vi er svært uenige i. Gjennomføring av høringsnotatets forslag til økt antall fastleger og endret innhold i fastlegenes arbeid vil nødvendigvis få økonomiske konsekvenser. Departementet har ikke utredet hvor disse kostnadene vil komme og hvordan de vil fordeles. Kommunene har ansvar for basistilskudd, HELFO for trygderefusjoner og pasientene for egenandeler. Omlegging av forholdet mellom stykkprissatser og basistilskudd vil radikalt endre dagens utgiftsfordeling. Økt forebyggende og oppsøkende arbeid fra fastlegene er ikke dekket av disse ordningene. Høringsnotatet har for eksempel ikke problematisert hvorvidt den enkelte innbygger skal pålegges å betale for fastlegens forebyggende innsats rettet mot vedkommende, og heller ikke vurdert hvilke endringer som må gjøres i trygdeloven for å åpne for et helt nytt prinsipp om at refusjon også skal kunne gis for slikt forebyggende og oppsøkende arbeid. Dette er ikke dekket av trygdeloven i dag.

Økt deltakelse fra fastlegene i offentlig allmennmedisinsk arbeid må i sin helhet finansieres av kommunen. Uten økonomisk kompensasjon til kommunene vil en styrking av dette arbeidet ikke kunne gjennomføres.

Forskning, utvikling og IKT

Undervisning, praktisk opplæring og videre- og etterutdanning

Kristiansand kommune støtter departementets vurderinger av at satsing på rekruttering til kommunesektoren blir sentralt i årene som kommer. Kommunenes behov for å styrke utdanning og kompetanse innen forebygging, sosialfaglige områder og samfunnsfaglige utfordringer bør tydeliggjøres i det nye lovforslaget. I §8-1 bør det synliggjøres at kommuner også har plikt til å medvirke til undervisning og praktisk opplæring av sosialfaglig personell.

Det bør legges større vekt på å utdanne helse- og omsorgspersonell som er tilpasset de framtidige kommunale oppgaver, og da særlig med vekt på det økende antall eldre, og viktigheten av viten og praksiskunnskap om hvordan veilede borgere i forebygging og egenomsorg før skaden skjer/sykdom opptrer. Det er en utfordring at behandlingsfokuset inn i helsesektoren er så veletablert og dominerende. Med det endrede fokus fra behandling til forebygging i kommunal virksomhet blir det spesielt et behov for kompetanseheving blant studenter og utdanningspersonell i kommunene. Derfor bør man vektlegge forebygging som en del av praksis og opplæring blant studenter.

I lovens §8-1 står det at: *Enhver kommune plikter å medvirke til undervisning og praktisk opplæring av helse- og omsorgspersonell, herunder også videre- og etterutdanning.* Den nye loven skal også erstatte sosialtjenestelovens §2-3 om nødvendig opplæring av sosialtjenestens personell. Behovet for sosialfaglig kompetanse er ikke nevnt i lovtekstens §8-1, og det er lite synlig i høringsdokument. Samtidig sier departementet at helse er ulikt fordelt mellom sosiale grupper i befolkningen, og at det vil kreve langsiktig og målrettet innsats på mange områder å redusere sosiale helseforskjeller. Denne typen arbeid vil kreve både sosialfaglig og samfunnsfaglig kompetanse.

Det som står i pkt 17.5 om økonomiske og administrative konsekvenser er positivt, da det foreslås at man flytter med midler til forskning, utdanning og opplæring av pasienter og pårørende hvis man flytter pasientbehandlingsoppgave. Samtidig finner vi ikke det som står om "forskning" igjen i det neste kapitlet, som nettopp handler om forskning.

Kommuner har behov for forskning og fagutvikling uavhengig av helseforetakene

Selv om departementet flere steder viser til at kommunehelsetjenesten står overfor store utfordringer og nye oppgaver, står det ikke noe i den nye lovteksten om kommuners rolle som selvstendig og uavhengig aktør og pådriver når det gjelder forsknings- og utviklingsarbeid. Departementet viser til at forskning ikke er lovregulert innenfor den kommunale helse- og omsorgssektoren slik det er regulert for spesialisthelsetjenesten. Men, ved utarbeidelsen av ny lov åpner man nettopp for muligheten til å kunne lovregulere det framover. Kommunens rolle som selvstendig forsknings- og utviklingsaktør bør tydeliggjøres i lovteksten. Kommunens ansvar for fagutvikling, forskning på forebyggende strategier, sosiale forhold og samfunnsforhold som skaper helsemessige forskjeller bør også tydeliggjøres i lovteksten. Det bør vurderes lovfesting av kommunalt ansvar for forskning på lik linje med spesialisthelsetjenesten.

Kommuners behov for forsknings- og utviklingsarbeid står indirekte omtalt i flere av de nye lovparagrafer:

- §3-1: *Kommuners overordnede ansvar for helse- og omsorgstjenester: .. plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten slik at tjenestenes omfang og innhold er i samsvar med krav i lov eller forskrift.*
- §3-3: *Kommunens ansvar for helsefremmende og forebyggende arbeid: Helse fremmende og forebyggende arbeid etter §3-2 skal blant annet omfatte systematiske tiltak for å identifiseres personer som står i fare for å utvikle psykisk eller somatisk*

sykdom, lidelse eller helseproblem, sosiale problemer eller rusmiddelproblem, og iverksette forebyggende tiltak og tidlige intervensjon i henhold til anerkjent faglig standard.

- §3-4: *Kommuners plikt til å ha oversikt over helsetilstanden* Kommunene skal til enhver tid ha oversikt over helsetilstanden i befolkningen og de positive og negative faktorene som kan virke inn på denne.
- § 4-2: *Pasientsikkerhet og kvalitet*: Enhver som yter helse- og omsorgstjenester etter denne lov skal sørge for at virksomheten driver systematisk arbeid for å ivareta pasientsikkerhet og kvalitet.

Forskning står eksplisitt omtalt ett sted i det nye lovforslaget, ref. kapittel 6: *Samarbeid mellom kommuner og regionalt helseforetak*. Kapitlet handler om plikt til å inngå samarbeidsavtale, og forskning står nevnt som ett av ti områder som skal vurderes i en slik avtale: §6-2, pkt 10: *"Avtalen bør omfatte samarbeid om forsknings- og utviklingsarbeid"*. Departementets forslag er at forskning skal skje i samarbeid mellom helseforetak og kommuner. Departementet sier samtidig at dette skal være frivillig, og i lovteksten står dette som et "bør" tiltak, ikke noe man skal. Dette understrekes i *Kapittel 25 - Avtalefestet lovpålagt samarbeid*, på s 309: *"Forskning er også et tiltak som partene bør drøfte og vurdere å ta inn i avtalene på frivillig basis"*.

Det er positivt at departementet foreslår samarbeid om områder av felles interesse. Selv om departementet understreker at samarbeidet skal være likeverdig, så kan det likevel fort bli fokus på forskning og fagutvikling innenfor spesialisthelsetjenestens ansvarsområde. For kommuner gir ikke dette godt nok grunnlag for systematisk forsknings- og utviklingsarbeid.

Departementet viser selv til at kunnskapsbehovet i primærhelsetjenesten og den kommunale omsorgstjenesten i liten grad kan ivaretas gjennom forskning i spesialisthelsetjenesten. Det har sammenheng med at det er ulike problemstillinger, sykdommer og pasientgrunnlag i de to tjenestenivåene. Dette blir ikke fulgt opp med forslag om å gi kommuner et selvstendig ansvar for forskning og fagutvikling.

Ikke alle former for forsknings- og utviklingsarbeid berører spesialisthelsetjenesten i like stor grad. I kommuner vil behov for forebygging og tverrfaglig tilnærming prege mange aktuelle forsknings- og utviklingsområder. Dette viser også departementet til når de i høringsutkastets *kapittel 3* viser til utviklingstrekk og utfordringer som forsterker behov for økt satsing på forsknings- og utviklingsarbeid i kommuner:

- Der behov for betydelige omstillinger i helse- og omsorgstjenestene for å møte utfordringer med overføring av ansvar fra spesialisthelsetjenesten, samt økning pasientgrupper med funksjonssvikt og sammensatte kroniske lidelser.
- Det er behov for å jobbe systematisk med å redusere sosiale helseforskjeller.
- Endringer i sykdomsbildet medfører behov for ny og forskningsbasert kunnskap særlig blant allmennleger.

I lovforslagets §3-3 og §3-4 slås det fast at kommunene skal jobbe systematisk med helsefremmende og forebyggende arbeid, og at de skal ha oversikt over helsetilstanden i befolkningen og de positive og negative faktorene som kan virke inn på denne. Samtidig sier departementet i pkt.3.2.2 at helse er ulikt fordelt mellom sosiale grupper i befolkningen, og at det vil kreve langsiktig og målrettet innsats på mange områder å redusere sosiale helseforskjeller. Det må blant annet jobbes med inntekt, oppvekst, arbeid og arbeidsmiljø, helseatferd, helsetjenester og sosial inkludering.

Vi vil understreke at denne typen arbeid vil kreve både sosialfaglig og samfunnsfaglig kompetanse. Dette vil kreve systematisk innsamling av data, evalueringer og forskning på mange nivå. Her antas det at kommunene skal og bør ha et selvstendig ansvar for å utvikle kunnskapen uavhengig av helseforetakene. Dermed kan det være tungvint og unødvendig å

måtte få det regulert i en samarbeidsavtale med helseforetaket. Det kan antagelig dermed også bli vanskelig å få dette prioritert som samhandlingsområder av helseforetaket.

Kommuner har viktige bidrag til den praksisnære forskningen, og har behov for en selvstendig aktørrolle for å kunne sette aktuelle problemstillinger på dagsorden. Kommuner har mange ansatte med høy kompetanse, og sitter tett på både faglige og samfunnsmessige utfordringer som det er viktig at både forskning og utdanningsfeltet følger med på.

Kommuner har behov for egne virkemidler og selvstendig rolle i samarbeid og samhandling med forsknings- og utdanningsinstitusjoner

Kommunens rolle som aktør i forhold til å synliggjøre forskningsbehov og behov for fagutvikling bør tydeliggjøres i lovteksten. Det bør tilrettelegges for at kommunene disponerer insentiver i form av midler til samarbeid om forskning og fagutvikling med akademiske institusjoner. Det bør bygges opp robuste kommunale forskningsmiljøer. Det bør videre via Forskningsrådet lages tydelige program for forskning i helse- og omsorgstjenesten, samhandling og overganger mellom første- og andrelinjetjenesten. Universitetene må få et tydeligere samfunnsoppdrag relatert til utvikling i kommunale helse- og omsorgstjenester. Vi anbefaler at vertskommuner for universiteter får status som universitetskommuner med et regionalt forsknings- og utviklingsansvar og at det gis tilhørende finansiering.

I høringsutkastets kapittel 18 vises det til at økt samhandling, mål om helhetlige pasientforløp og flere oppgaver i regi av kommuner vil gi behov for ny kunnskap, styrket fagutvikling og økt kompetanse. Forskning og bruk av forskningsresultat er et viktig virkemiddel for å sikre kunnskapsbasert praksis, kvalitet og kostnadseffektivitet på tjenestetilbudet. Forskning om, for og i den kommunale helse- og omsorgstjenesten skjer i hovedsak i forskningsinstitusjoner eller i samarbeid med disse.

Kommuner er avhengig av samarbeid med akademiske institusjoner om gjennomføring av forskningsprosjekt. Mange kommuner har ulike former for samarbeid med forsknings- og utdanningsinstitusjoner om både forskning, fagutvikling og utdanning. Samtidig skjer det mye fag- og kompetanseutvikling i kommunene som det er stort behov for å få systematisert og utviklet videre, og som det er vanskelig å få akademiske institusjoner med på. Det er en utfordring at de akademiske institusjonene kan være vanskelige å motivere inn mot de områder hvor praksisfeltet opplever størst behov for ny kunnskap.

I pkt 18.3.1. nevner departementet at de har bidratt til etablering av sentre som har fått ansvar for forskning om og for den kommunale helse- og omsorgssektoren. Et annet eksempel på samarbeid er HUSK (Høgskole- og universitetssosialkontor) for å bidra til kompetanseutvikling som kan styrke praksisfeltet innenfor sosialt arbeid. HUSK Agder er et av fire miljøer som er definert som HUSK-kontor med støtte fra Arbeids- og velferdsdirektoratet. Formålet med et lokalt HUSK-kontor ved Universitetet i Agder er å bidra til å heve kompetansen i sosialtjenesten i Agder ved å knytte forskning, utdanning, praksis og brukere nærmere sammen. De sentrale aktørene i HUSK-Agder er 6 kommuner, utdannings- og forskningsmiljøet ved Universitetet i Agder, og brukerorganisasjonene ROM og A-LARM.

I Agder har det faglig samarbeidet gjennom Praxis Sør vært effektivt. Det ble initiert av Kristiansand kommune, og er et samarbeidsforum mellom BUF-etat, kommunene i Agderfylkene, fylkesmannen i Aust og Vest-Agder, Knutepunkt Sørlandet, KS Universitetet i Agder og Agderforskning. Alle kommuner i Agder samt andre aktuelle samarbeidsparter kan bli medlemmer av Praxis Sør. Samarbeidet danner en struktur for integrering mellom praksisutvikling, utdanning og forskning. Dette skjer gjennom en løpende dialog mellom partene om problemstillinger, satsninger og tiltak. Praxis sør er organisert i seks ulike utviklingsgrupper: Barnevern, barnehage, familievern, sosial/HUSK, arbeid og velferd og sosionom student.

Den overordnede målsettingen til Praxis-sør er å bidra til at forskning og kunnskapsutvikling skjer med utgangspunkt i praksisfeltets erfaringer, interesser og problemstillinger. Videre er

det en målsetting av forskning skal bli gjort tilgjengelig for praksisfeltet slik at det kommer både ansatte og brukere til gode og dermed bidrar til større årvåkenhet til endringer og omskiftninger. Samarbeidet fungerer som en pådriver for å utvikle relevante studier både på grunnnivå men også på høyere nivå.

Gjennom de årene samarbeidet har eksistert har det resultert i en rekke små og store tiltak; fra skrivekurs, fagutviklingsgrupper og forelesninger til mer omfattende evalueringer av interne prosesser og rutiner og utviklings- og forskningsprosjekter. Videre har samarbeidet gitt praksisfeltet mulighet til å påvirke utdanningstilbudet ved Universitetet. Slik bidrar også praksisfeltet til å utvikle profesjonsutdanningen i takt med samfunnets behov.

Praxis sør er et eksempel på at kommuner og forskningsinstitusjoner kan samarbeide om forskning og kompetanseutvikling på sentrale fagområder. Det bidrar både til kunnskapsbasert praksis og praksisbasert kunnskap.

Kommuner vil møte utfordringer som krever ny kunnskap og innovative løsninger i samarbeid med mange samfunnsaktører.

Kommunen kan forvente økte krav om fornying av offentlig sektor. Demografisk utvikling og samfunnsendringer vil utfordre offentlig sektor i svært stor grad framover. Gapet mellom tjenester som tilbys og innbyggerne og brukernes forventninger vil antagelig øke. Kommunesektoren står ovenfor viktige veivalg i forhold til begrep som effektivitet, likeverd og demokrati. Tilførsel av arbeidskraft og mer ressurser er ikke nok for å løse disse utfordringene. Kommuners rolle som pådriver for praksisnær forskning og innovasjon i helse- og omsorgssektoren bør tydeliggjøres i lovteksten. Det bør tilrettelegges for at kommunene disponerer insentiver i form av midler til felles prosjekt med akademiske institusjoner, innovative bedrifter og andre samfunnsaktører.

Det vises til nye utfordringer for den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Det blir både flere eldre med behov for mange typer tjenester, og det blir flere i de yngre brukergruppene med langvarige og sammensatte lidelser. Stadig mer ansvar er flyttet fra spesialisthelsetjenestene til kommunene. Det blir en stor utfordring å utsette hjelpebehov lengst mulig, samt bidra til god livskvalitet for den enkelte. Kommuner bør utvikle nye samarbeidsformer, tiltak og tilbud som bidrar til at den enkelte tar mest mulig ansvar for eget liv og egen helse. Dette bør utvikles i samarbeid med brukere, private aktører og akademiske institusjoner, og forutsetter at det finnes kompetanse, personell og midler i kommunene til å igangsette de aktuelle prosessene.

Det er nødvendig med nye løsninger og smartere måter å organisere arbeidet på. Kommuner må satse mer på forskning, utvikling og innovasjon innenfor sine kjerneområder i tett kontakt mellom praksis og forskning. Det gjelder særlig innen teknologi, tverrfaglig og tverrsektorielt samarbeid, organisering og arbeidsformer, brukermedvirkning og kvalitetsmålinger.

Innovasjon skjer i samspill mellom ansatte og ledere i egen organisasjon, og i samspill med omgivelsene. Frivillig sektor, privat næringsliv og regionale kunnskapsinstitusjoner er viktige bidragsytere når det gjelder kompetanse og kapasitet. Kommunen bør derfor utvikle dialog med disse om innovasjons- og utviklingsarbeid for å utvikle en kunnskapsbasert praksis, samt effektive, brukervennlige og etisk forsvarlige tjenester. Det bør utvikles metoder, kultur og tradisjon for å utnytte eksisterende kunnskap, samt utnytte de forsknings- og utviklingsarenaer og miljø som allerede er etablert nasjonalt, regionalt og lokalt.

Vi viser til kommende NoU om "Omsorg og innovasjon", som skal utarbeides av "Hagen-utvalget". Utvalget skal utrede muligheter og foreslå nye innovative grep og løsninger for å møte framtidens omsorgsutfordringer, med vekt på:

- Ny teknologi
- Arkitektur og nye boformer
- Brukerinnflytelse og egenmestring
- Forskning og utvikling.

Utgangspunktet er at de lokale omsorgstjenestene skal settes i stand til å ta på seg nye faglig krevende oppgaver. De skal identifisere særlig forskningsbehov og komme med forslag som kan styrke forsknings- og utviklingsarbeidet i de kommunale omsorgstjenestene. Det kan også komme forslag om å styrke innovasjon og forskning i omsorgssektoren.

Vedrørende IKT og velferdsteknologi

En effektiv meldingsutveksling mellom ulike aktører vil være essensielt for at man skal kunne nå målene i samhandlingsreformen. Kristiansand kommune støtter departementets vurderinger i kapittel 32. Imidlertid vil Kristiansand kommune påpeke behovet for en omfattende satsning knyttet til IKT infrastruktur som bør finansieres nasjonalt.

Da det er stort behov for elektronisk samhandling bør leverandørens bruk av meldingsstandarter sertifiseres. Dette gjelder så vel formatet (dollar, edifakt, xml) som meldingsversjon. Det er i dag en utfordring at flere aktører benytter edifakt som format og også at aktører benytter forskjellige versjoner av de forskjellige meldingstyper.

Ved en frist for iverksettelse på 9 måneder, bør det ikke være behov for overgangsordninger.

Når det gjelder velferdsteknologi og framtidige utfordringer savner Kristiansand kommune et sterkere fokus på mulighetene utover ordinær IKT-satsing. Det må legges til rette for velferdsteknologi/teknologiske løsninger med tydelig brukerperspektiv som understøtter økt egenmestring og livskvalitet for den enkelte.

Forsvarlige tjenester, kvalitet, pasientsikkerhet og brukermedvirkning

Det ansees som en riktig utvikling at det rettes et sterkere fokus på kvalitet og pasientsikkerhet og at dette arbeidet gis et videre fokus enn internkontroll. Videre er det positivt at Kommunene får lovfestet plikt til å sørge for at alle virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester omfattet av loven, etablerer systemer for innhenting av pasienters og brukeres erfaringer og synspunkter.

Det drøftes å endre navnet fra "internkontrollforskriften" til "forskrift om styringssystem for helse- og omsorgstjenester". Kristiansand kommune mener at dette vil være en mer dekkende betegnelse som rommer et videre og mer positivt fokus i forhold til arbeid med kvalitet enn det begrepet internkontroll har gjort.

Faglig forsvarlighet defineres i høringsnotatet som "lovmessig minstekrav". Det framheves at det er en overordnet målsetting å ha en helsetjeneste av god kvalitet og departementet ønsker derfor at begrepet kvalitet defineres i ny lov. Definisjonen som foreslås er som følger:

e) kvalitet: i hvilken grad helse- og omsorgstjenestens aktiviteter og tiltak øker sannsynligheten for at enkeltpersoner og grupper i befolkningen får en ønsket helserelatert velferd, og at tjenestene utøves i samsvar med dagens profesjonelle kunnskap

I kvalitetsarbeid må det kontinuerlig defineres hva som er "god kvalitet". Dette vil kunne endre seg i tråd med brukerkrav, ressurser, utfordringsbilde etc. Departementets mål ved å definere kvalitet i loven er å understreke målsettingen om en helse- og omsorgstjeneste av god kvalitet. Definisjonen kan således oppfattes som en definisjon av "god kvalitet" (som *ønsket helserelatert velferd*) heller enn en generell definisjon av kvalitet. Det oppleves uheldig å antyde et kvalitetsnivå uten å inkludere nødvendige forutsetninger, og formuleringen "*gitt dagens kunnskap og ressursrammer*" bør derfor inkluderes i definisjonen dersom denne skal brukes.

Det understrekes fra departementets side at "*ønsket helserelatert velferd*" også ivaretar brukerperspektivet. Helhetsperspektivet ivaretas av at dette relateres både til "*individ og grupper*" i befolkningen. Begrepet er ment å dekke både samfunnet, enkeltindividet og pårørende. Helserelatert velferd gir også et videre perspektiv for bruker enn begrepet "helsegevinst". Kristiansand kommune deler disse vurderingene, men understreker at begrepet "ønsket" i dette tilfellet er en relativ størrelse. For å operasjonalisere den foreslåtte

definisjon av kvalitet vil man hele tiden måtte definere hva som er ønsket og fra hvem. I offentlig tjenestebasert virksomhet kan man ikke ensidig legge kundekrav (for individer og enkelte grupper) til grunn, da man også må ta hensyn til fordelingspolitiske prioriteringer. Ønsket helserelatert velferd fra brukeres/samfunnets side vil til sist begrenses av hva som er mulig med hensyn til ressursituasjon og prioriteringer. Ønsket helserelatert velferd må derfor i denne sammenheng forstås som *besluttet* tjenestenivå og kvalitetsmål.

I forbindelse med dette er det en riktig utvikling at brukermedvirkning i utvikling av kommunens helse- og omsorgstjeneste lovfestes. Representanter for pasienter og brukere vil måtte involveres i arbeidet med utforming og beslutning av tjenestenivå og kvalitetsmål for tjenestene.

Når det gjelder økonomiske og administrative konsekvenser for kommunene knyttet til kvalitetforbedrings-/pasientsikkerhetsarbeid og brukermedvirkning antar departementet at det vil få beskjedne eller ingen konsekvenser. Det pekes på at kvalitetsforbedrings- og pasientsikkerhetsarbeid vil føre til innsparinger og bedre ressursbruk. Dette bestrides ikke, men Kristiansand kommune ønsker å peke på at konsekvensene av nye lovkrav vil medføre økte utgifter til databaserte systemer, samt dedikerte stillingsressurser. Selv om de økonomiske konsekvensene totalt sett blir beskjedne på lang sikt, vil det medføre en økning i administrative utgifter og stillingsressurser.

Forventninger og tjenestenivå

Kristiansand kommune er ikke enig med departementet at det mest hensiktsmessige er å innføre det foreslåtte felleskriteriet for rett til helse- og omsorgstjenester. Skal man harmonere vilkårsiden bør man ikke velge denne modellen. Etter vår mening bør der fremkomme tydeligere vilkår som angir kjennetegn ved søker eller dennes situasjon og som setter tydeligere rammer for rettigheten enn det valgte begrep. Bruken av rettslige standarder som her anvendes gir begrensede muligheter til å avgrense mellom nivåer og behov. Man burde valgt den modellen som er inntatt i gjeldende sosialtjenestelovens § 4-3 med henvisning til "menyen". Her fremkommer vilkårene langt tydeligere, og dette bør være veien fremover, særlig hensett til en samling og tydeliggjøring av brukernes rettigheter i Pasientrettighetsloven. Uten dette er det grunn til å frykte at denne lovendringen utilsiktet vil påvirke tjenestenivået og således påføre kommunene utgifter som ikke dekkes opp finansielt.

I lovforslaget bygges det inn et krav om et verdig tilbud, men det legges til at dette inngår i dagens forsvarlighetsbegrep, og således ikke er nytt. Man kan da stille spørsmål om hvorfor dette gjøres, og om det er nivånøytralt. Etter vår mening vil begrepsbruken kunne påvirke tjenestenivået selv om dette ikke er intensjonen eller ønskelig fra departementets side. Grunnen til dette er at begrepets innplassering i loven (som da er overflødig) kombinert med begrepets gjennomslagskraft politisk og i forhold til medienes bruk av begrepet, vil kunne påvirke prosessen på sikt og gi en utilsiktet heving av forsvarlig tjenestenivå. Begrepet vil ikke bli oppfattet som en inkorporert del av forsvarlighetsbegrepet i forhold til eksterne forventninger. At begrepet går igjen i nylig vedtatt forskrift forsterker denne effekten. At et "undervilkår"/forutsetning for forsvarlighet relateres til en egen forskrift vil uten tvil skape forventninger hos brukerne knyttet til nivå og kvalitet.

§ 3-3 Kommunens ansvar for helsefremmende og forebyggende arbeid

Slik denne bestemmelsen fremstår i nytt lovutkast, er en bekymret for at det primærforebyggende arbeidet nedtones til fordel for det sekundærforebyggende. Det er viktig at lovteksten tydeliggjør at kommunen må ha samtidig innsats på alle forebyggende nivå, primær, sekundær og tertiær, og at denne innsatsen må være balansert i forhold til utfordringsbildet. En støtter drøftingene av forebyggende arbeid som gis under punktene 14.4.2 til 14.4.8. Her understrekes viktigheten av at kommunen har virkningsfulle helsefremmende og primærforebyggende tiltak som kan håndtere fremtidens utfordringer knyttet til helsetilstanden i befolkningen. En støtter departementets ønske om at gjeldende forskrift for helsestasjons- og skolehelsetjeneste videreføres med hjemmel i den nye loven.

B. NY FOLKEHELSELOV

Ny lov om folkehelse har som formål å bidra til samfunnsutvikling som fremmer folkehelse og motvirker sosiale helseforskjeller. Loven skal tydeliggjøre ansvar og oppgaver, samt gi kommunene og fylkeskommunene et bedre verktøy i folkehelsearbeidet. Loven skal forplikte staten til å understøtte kommunene og fylkeskommunene i dette arbeidet. Den skal legge til rette for en samordnet innsats. Kommunene pålegges å lage strategier, mål og tiltak for å løse egne helseutfordringer. Disse skal forankres i planprosessene etter plan- og bygningsloven. Videre får kommunen ansvar for å ha oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer. I forarbeidene vektlegges det at dette ikke innebærer økte kostnader for kommunene, og at det vil bli en betydelig samfunnsøkonomisk gevinst. Det foreslås at Departementet i forskrift eller enkeltvedtak kan pålegge samarbeid mellom kommuner når det ansees påkrevd for en forsvarlig løsning av folkehelsearbeidet, herunder gi bestemmelser om hvilke oppgaver det skal samarbeides om og fordeling av utgifter.

Eierskap og ordbruk:

Ansaret for folkehelsearbeid legges til kommunen som sådan. I dag ligger ansvaret i kommunen ved helsetjenesten. Forslaget innebærer at kommunen skal bruke alle sine sektorer for å fremme folkehelse, ikke bare helsesektoren. Dersom folkehelse skal være sektorovergripende må dette gjenspeile seg også i ordbruken i loven.

I tråd med høringsnotatet kapittel 5 ønskes det generelt en mer friskhetsinspirert ordlegging i folkehelseloven. Forslaget inneholder til dels for mye "helsespråk". Et gjennomgående eksempel er ordbruken i kapittel 1; §1 "psykisk og somatisk helse". I faglig sammenheng er det å skille mellom "kropp" og "psyke" i ferd med å forsvinne, dette er svært viktig å få fram i et folkehelseperspektiv. Det bør brukes begreper som alle kan relatere seg til og få eierskap overfor, og især skal jo teksten rette seg mot aktører som ikke har bakgrunn i helsesektoren. Det foreslås å fjerne de tre ord: "psykisk og somatisk" i kapittel 1, §1 og §3, og i kapittel 2, §4.

Som en forlengelse av dette poeng vises til formuleringen på side 180 i høringsnotatet: *"Kommunen skal medvirke til helsemessige hensyn (....). Medvirkning skal skje blant annet gjennom råd, uttalelser og samarbeid med andre sektorer, herunder planlegging"*. Denne formuleringen synes å ha som utgangspunkt at helsesektoren fremdeles er hovedansvarlig for folkehelseoppgaver. Det er uheldig, og ikke i tråd med den nye lovens hovedintensjon. Siste setning bør derfor lyde *"Medvirkning samarbeid med alle relevante aktører..."* - eventuelt kan setningen helt utelates, da intensjonen kommer frem av setningen over.

Konkrete forslag til omformuleringer:

Lovens § 6, linje 3: "Kommunen skal i sitt arbeid (...) fastsette overordnede mål og strategier for folkehelsearbeidet som styrker helsefremmende påvirkningsfaktorer i kommunen. Mål og strategier må også være egnet til å møte de utfordringer kommunen....."

Og § 6, linje 8: " (...) begrense tobakk - og alkoholbruk, samt å fremme levekår og livskvalitet igjennom tilrettelegging av gode fysiske og sosiale miljø- og samfunnsforhold."

Definisjoner:

Å definere "folkehelse" blir ganske ufullstendig uten først å gi en definisjon av begrepet "helse" (kapittel 1, §3) – i det minste bør forarbeidene gi en god avklaring av hvilket helsebegrep man har tatt utgangspunkt i.

Tilføyer:

I kapittel 2 er det ønskelig å beskrive evaluering av folkehelse tiltak som en reel del av arbeidet med folkehelse i kommunen. Kommunene skal gjøre et omfattende arbeid med å lage oversikter over helseutfordringene, og skal planlegge sine tjenester med utgangspunkt i disse oversiktene. Det synes da som en logisk brist at det ikke er gitt en klar plikt til å evaluere effekten av disse tjenester i forhold til de definerte helseutfordringer.

Problematikken om rus og hvordan en bør arbeide med rusarbeid og avvenning kommer ikke godt nok frem. Det er en faglig svakhet i høringsnotatet. Høringsnotatet beskriver kun arbeid i forhold til alkohol. Kommunene bør ha en gjennomtenkt strategi for reduksjon av narkotikabruk, og det bør være beskrevet i loven, alternativt fremkomme i forskrift. Det ville også være ønskelig at i det minste lovens forarbeider påpeker at et godt røykeforebyggende arbeid vil kunne gi redusert narkotikabruk.

Helseovervåking:

Helseovervåking/statistikk er et stort og uoversiktlig område – og vil kreve store ressurser både på fylkeskommunalt og kommunalt nivå. Behovet for felles opplegg og standardisering er stort og det bør avklares hva som skal gjøres og av hvem nasjonalt, regionalt og lokalt. Fylkeskommunene skal i følge lovforslaget bistå kommunen i å foreta analyser og tolkninger av data, jf. mulige forklaring av årsakssammenhenger, styrker og svakheter i dataene.

Det foreligger en rekke data tilgjengelige innenfor dagens systemer (trygdestatus, arbeidsledighet, selvmord, dødsårsaksregister, kommuneprofiler etc.). Disse kan ikke uten videre kobles sammen eller ses i forhold til kommunenes aktiviteter eller si noe om effekten av de tiltak en setter i verk, til det er årsakssammenhengene for komplekse. Per i dag finnes det ikke relevante verktøy eller sentralt tilgjengelige data og registre som gir god nok informasjon. Det er behov for å utvikle systemer som gir oversikt over helsetilstanden til befolkningen lokalt, og tilhørende påvirkningsfaktorer. Dette må gi grunnlag for en analyse av situasjonen og definisjon av hovedutfordringer, og være forutsetninger for det strategiske arbeidet. Dette arbeidet må være langsiktige og kontinuerlige prosesser, knyttet nært opp til drift og utvikling av tjenestene for å fange opp dynamikken og endringer i samfunnsforhold.

Tydeliggjøring av roller og ansvar:

Det legges opp til en ansvarliggjøring av helseforetakene som aktører i folkehelsearbeidet i høringsnotatet, men dette følges ikke opp i lovteksten. Det er helt vesentlig at helseforetakene forpliktes som aktør i samarbeidet om folkehelse. De er vesentlige premissleverandører og må levere informasjon til pasientregistrene (f.eks lokal kunnskap om skadeforhold og –forekomst til skaderegisteret) som er av stor betydning for at kommunen skal kunne få "oversikt over helsetilstanden". Helseforetakene må gis et klart ansvar for – på lik linje med alle andre aktører – å delta i og bidra til det sykdomsforebyggende og helsefremmende arbeid i lokalsamfunnet.

I kapittel 4 §20 *Fylkeskommunens oppgaver med å fremme folkehelse* er det ønskelig å få en mer konkret beskrivelse av fylkeskommunens oppgaver med å "understøtte" kommunen i folkehelsearbeidet. Begrepet "understøtte" er ullent. Det kunne være ønskelig å gi fylkeskommunen ansvar for/legge til rette for fagutvikling, for eksempel igjennom å tilby kompetanseutvikling innen epidemiologi og annen kompetanse som folkehelsearbeidet vil kreve. Fylkeskommunen kunne legge til rette arenaer for forskning og utvikling i arbeidet med å identifisere helseutfordringer.

Kristiansand kommune kan ikke se at det er behov for å gi HOD hjemmel (§ 27) til å pålegge kommunene å samarbeide. Kommunene vil i forhold til folkehelse selv være i stand til å etablere fornuftige løsninger. Dette samarbeidet kan skje igjennom inngåelse av avtaler, og basert på kommunens behov for oversikt over egen befolkning.

Vedrørende samfunnsmedisinsk kompetanse presiseres det at det skal ansettes en kommunelege som medisinskfaglig rådgiver (§ 28). Det bør være opp til kommunene selv å vurdere hvorvidt det er formålstjenlig med ansettelse av kommunelege eller å skaffe nødvendig samfunnsmedisinsk kompetanse på annet vis. Det bør være opp til den enkelte kommune hvordan dette skal organiseres.

Økonomiske konsekvenser :

Kommunehelsetjenesteloven inneholder i sin formålsparagraf bestemmelser som kunne vært tilstrekkelige for et godt folkehelsearbeid i kommunene. Når dette ikke har blitt en realitet

etter nær 30 år med denne lov så skyldes det primært at kommunene ikke har hatt en klar finansiering av dette arbeidet, og det har ikke blitt etterspurt av statlige myndigheter. Høringsnotatet fremmer mange gode forslag til hvordan arbeidet kan gjøres, men gir ingen svar på hvordan kommunene skal kunne finansiere slikt arbeid i fremtiden.

Notatets kap 20.2 slår fast at lovforslaget er "*.. i hovedsak en videreføring av kommunens ansvar...*" og synes å konkludere med at eneste grunn til den beskjedne innsats i kommunene er at man i for liten grad utnytter ordninger som kan skaffe midler. Dette oppleves av mange i kommune-Norge som i en årrekke har slitt med å skrape sammen meget nødtørftige ressurser til svært beskjedne tiltak som en meget uriktig beskrivelse.

Loven gir forventninger om en vesentlig styrking av folkehelsearbeidet, både i forhold til metoder, kvalitet og kvantitet, og gir et implisitt inntrykk av at innbyggerne har en rettighet til de beskrevne tjenester. Vi forutsetter at dette ikke innebærer en utvidelse av individuelle rettigheter, men i den grad dette er en videreføring av eksisterende rettighetsbilde er dette positivt. Uten klar og tydelig finansiering er det umulig å utføre de lovpålagte tiltak.

Krav til samarbeid, helseovervåkning og statistikk i lovforslaget vil ha betydelig økonomiske og administrative kostnader det ikke er tatt høyde for i høringsnotatet. De økte kravene som stilles på folkehelseområdet medfører merkostnader for kommunene/fylkeskommunene både ressurs- og kompetansemessig.

OPPSUMMERING

Slik Kristiansand kommune ser det er det vanskelig å gi en konklusiv uttalelse til lovforslagene når flere sentrale tema ikke er gjenstand for vurdering. Spesielt vil man peke på stor usikkerhet knyttet til den finansielle siden for kommunen. På flere områder forutsetter departementet at forslag ikke har økonomiske konsekvenser, men hvor dette i beste fall fremstår som uvisst og i andre tilfeller fremstår som lite sannsynlig. Flere av forslagene har positive elementer i seg dersom kommunene settes i stand til å håndtere dette finansielt, materielt og kompetansemessig.

Vi har fokusert på er departementets utstrakte bruk av forskriftshjemler i lovforslagene. På de fleste og viktigste områdene medfører dette en detaljstyringsadgang for departementet som fratar kommunene den forutberegneligheten man trenger i denne type virksomhet. En annen effekt er at kommunenes selvstyre på dette området oppleves som beskåret.

Videre finner vi å måtte understreke viktigheten av at avtaletvisteordningen som må etableres blir på nasjonalt nivå. Dette vil kunne skape forutberegnelighet og sikre at befolkningen i landets kommuner får et likere tilbud.

Når det gjelder kommunens muligheter til å anvende fastlegene i sitt tilbud til pasienter og brukere finner vi at departementet burde tatt klarere stilling til hvordan dette skal skje i fremtiden. Et ønske fra oss ville være å lovfeste en sterkere styring med hva fastlegene skal utføre og en grad av instruksjonsmulighet i denne sammenheng. Vi mener mer av fastlegenes yrkesutøvelse burde vært lovregulert fremfor å avtaleregulere det. I det samme burde man vurdere å rydde i alle særavtalene som gjelder i denne sammenheng.

Kristiansand kommune mener helseforetakene og kommunen i fremtiden må likestilles i forhold til forskning og utvikling. Dette burde gjenspeiles både i lovtekst og gjennom økonomiske incentiver. Dette er svært viktig i forhold til å gi reell likeverdighet mellom kommunehelse og spesialisthelse. Vi anbefaler videre at vertskommuner for universiteter får status som universitetskommuner med et regionalt forsknings- og utviklingsansvar og at det gis tilhørende finansiering.

Det må i tiden framover satses mer på IKT og velferdsteknologi/teknologiske løsninger med tydelig brukerperspektiv som understøtter økt egenmestring og livskvalitet for den enkelte.

I forhold til departementets uttrykte mening om at lovforslagene ikke innebærer en forventning om et høyere tjenestenivå har vi redegjort for hvorfor vi er uenig med departementet i denne vurderingen, herunder bruken av verdighet og verdighetsgarantibegrepene.

Vi er kritiske til en aldersbasert modell for medfinansiering av sykehusopphold, samt at kommunen skal gis plikt til å opprette sykehuslignende behandlingstilbud for akutt sykdom. Det understrekes at finansieringsmodeller knyttet til utskrivningsklare pasienter ikke må få negative konsekvenser i regioner som har oppnådd gode resultater på dette området.

Avslutningsvis er vi tilfreds med at det nå settes et tydelig fokus på folkehelse og viktigheten av forebyggende arbeid. Vi er enig i vurderingene som ligger til grunn for dette, og håper at det gis en økonomisk ramme for kommunene som gjør dette mulig. Vridning av fokus mot forebygging uten at man kompenserer økonomisk betyr en omprioritering fra kurative tjenester. Dette anser Kristiansand kommune som utfordrende da kommunene samtidig blir pålagt større ansvar innenfor det kurative området.



SAKSPROTOKOLL

Arkivsak 201009305
Arkivnr, E: F0 &13
Saksbehandler Laila Hamar

Saksgang	Møtedato	Sak nr.
Helse- og sosialstyret	11.01.11	7/11
Formannskapet	12.01.11	5/11

HØRING - NY LOV OM KOMMUNALE HELSE- OG OMSORGSTJENESTER OG NY FOLKEHELSELOV

Formannskapet 12.01.11

Vedtak:

1. Formannskapet vedtar fremlagte forslag til høringsuttalelse vedrørende ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og ny folkehelselov.
(Enst.)
2. 2. og 3. setning i økonomiavsnitt, vedr. kommunal ansettelse av fastlege s. 5 i saken, tas ut av høringsuttalelsen.
(7/6)

Forslag:

Høyre fremmet følgende forslag:

- "1. Formannskapet vedtar fremlagte forslag til høringsuttalelse vedrørende ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og ny folkehelselov.
2. og 3. setning i økonomiavsnitt, vedr. kommunal ansettelse av fastlege s. 5 i saken, tas ut av høringsuttalelsen."

Voteringer:

Helse- og sosialstyrets innstilling ble enstemmig vedtatt.
Høyres forslag ble vedtatt med 7 mot 6 stemmer (AP/Tore Vestbakke, KRF/
Grete K. Skaara, KRF/V/SV).

Helse- og sosialstyret 11.01.11

Helse- og sosialstyrets innstilling:

1. Formannskapet vedtar fremlagte forslag til høringsuttalelse vedrørende ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og ny folkehelselov.
(5/4 med leders dobbeltstemme)

8 av 9 repr. tilstede.

Forslag:

Høyre fremmet følgende forslag:

- "1. Formannskapet vedtar fremlagte forslag til høringsuttalelse vedrørende ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og ny folkehelselov.
2. og 3. setning i økonomiavsnitt, vedr. kommunal ansettelse av fastlege s. 5 i saken, tas ut av høringsuttalelsen."

Votering:

Ved alternativ votering ble Helse- og sosialdirektørens innstilling vedtatt med 5 stemmer med leders dobbeltstemme, mens 4 stemte for Høyres forslag (H/Björg Stray, KRF/PP).

RETT UTSKRIFT:

DATO: 13. januar 2011