



Arkiv: G00
Saksmappe: 2008/2291
Sakshandsamar: Terje Sætre
Dato: 13.12.2010

Utvalssak nr.	Utval	Møtedato
3/11	Råd for menneske med nedsett funksjonsevne	17.01.2011
3/11	Eldrerådet	18.01.2011
4/11	Levekårsutvalet	18.01.2011

Uttale til høringsnotat om samhandlingsreforma

Saksdokument vedlagt:

KS sentralt si uttale av 03.12.2010 til høringsnotat vedk. samhandlingsreforma

Saksdokument ikkje vedlagt:

Helse- og omsorgsdepartementets høringsnotat vedk. samhandlingsreforma:

1. Ny lov om helse- og omsorgstenester
2. Ny folkehelselov
3. Ny nasjonal helse- og omsorgsplan.

Dei to første lovene får ein elektronisk tilgong til ved å gå inn på internett og taste henholdsvis "høringsnotat – forslag til ny folkehelselov" og "høringsnotat – forslag til ny kommunal helse- og omsorgslov" (pdf format). Forslag til ny nasjonal helse- og omsorgsplan ligg elektronisk på "<http://fremtidenshelsetjeneste.regjeringen.no>". I volum utgjer desse tre høringsdokumenta omlag 900 sider.

Saksutgreiing:

Saka skal avgjerast endeleg i levekårsutvalet i møte 18.januar 2010, same dag som fristen for uttale til dei tre ovannemnde høringsnotat går ut.

Saka er bygd opp slik:

- 1 Samandrag
- 2 Om samhandlingsreforma
- 3 Om forslaget til ny lov om helse- og omsorgstenester – hovudpunkt
- 4 Om forslaget til ny folkehelselov - hovudpunkt
- 5 Om forslaget til ny nasjonal helse- og omsorgsplan – hovudpunkt
- 6 Vurdering
Og framlegg til vedtak.

1 Samandrag

KS sentralt sin uttale av 03.10.2010 blir med nokre tilpasningar tilrådd som kommunens uttale i saka. Denne uttalen følgjer vedlagt i saka.

2 Om samhandlingsreforma

Helse- og omsorgsdepartementet har sendt på høyring forslag om:

- Ny lov om helse- og omsorgstenester
- Ny folkehelselov
- Ny nasjonal helse- og omsorgsplan

Det er viktig å sjå desse dokumenta i samanheng. Mens dei to første høyringsnotata omhandlar framlegg til nye lover, er konkretisering og gjennomføring av samhandlingsreforma ein vesentleg del av den nasjonale helseplan. Samhandlingsreformen er ei retningsreform, med fokus på å styrke førebyggingsinnsatsen som ein viktig del av ei ny framtidig kommunerolle. Hovudintensjonen med samhandlingsreformen frå statens side er å sikre eit betre koordinert tilbod til pasientar med behov for samansette tenester over fleire nivå.

Høyringsnotata er ei oppfølging av St.meld.nr. 47 (2008 – 2009) Samhandlingsreforma og Innst. 212 S (2009 – 2010 Innstilling frå helse- og omsorgskomiteen om samhandlingsreforma og om ei ny velferdsreform.

Samhandlingsreforma byggjer m.a. på ei overordna målsetting om å:

- Redusere sosiale helseforskjeller
- Alle skal ha et likeverdig tilbod om helseteneseter uavhengig av diagnose, bustad, personleg økonomi, kjønn, etnisk bakgrunn og den einskilde sin livssituasjon

Når sjukdom rammer, er det viktig at folk skal oppleve at dei får tilbod om behandling og pleie med kort ventetid og med størst mogeleg nærleik til brukarane.

Måla med samhandlingsreforma er m.a.:

- Auka livskvalitet og redusert press på helsevesenet gjennom satsing på helsefremmande og førebyggjande arbeid
- Dempa vekst i bruk av sjukehusenester ved at ein større del av helsetenesta blir ytt av kommunehelsetenesta – gitt like god eller betre kvalitet, samt kostnadseffektivitet
- Mer heilskapelege og koordinerte tenester til pasientar og brukarar gjennom forpliktande samarbeidsavtalar og avtalte behandlingsforløp.
- Sikre ei berekraftig utvikling av helsesektoren, gjennom effektiv bruk av ressursane.

Dei lovforslag som blir tilrådd i høyringsnotata om ny helse- og omsorgslov og ny folkehelselov, samt stortingsmeldinga om nasjonal helse- og omsorgsplan, er sentrale virkemidlar for å understøtte og realisere måla med samhandlingsreforma.

Etter at høyringa er gjennomført, tek departementet sikte på at lovforslaga blir framja for Stortinget i form av lovproposisjonar og at nasjonal helse- og omsorgsplan blir framja i form at stortingsmelding våren 2011.

3 Om forslaget til ny lov om helse- og omsorgstenester - hovudpunkt

Ny lov om kommunale helse- og omsorgstenester.

Forslaget skal **erstatte og harmonisere dagens kommunehelsetenestelov og sosialtenestelov**. Den nye loven vil medføre ei felles teneste og felles regelverk.

Helsepersonellova

Helsepersonellova skal gjelde for alt personell som gir tenester etter den nye lova: personell som i dag ytar tenester omfatta av sosialtenestelova, men som ikkje er å sjå på som helsehjelp i henhold til helsepersonellovas definisjon, vil i framtida vere underlagt helsepersonellova sine bestemmelser knytt til yrkesutøvinga.

Forholdet mellom pasientrettighetslova og forvaltningslova

Etter **pasientrettighetslova** er **hovedregelen at forvaltningslova ikkje gjeld ved tildeling av helsehjelp**. I dag gjeld forvaltningslova ved tildeling eller bortfall av sjukeheimplass, for vedtak om heimesjukepleie og ved tildeling av omsorgstenester. Etter det nye forslaget blir det tilrådd at forvaltningslova som hovedregel skal gjelde, med unntak for tildeling og avslag på hjelp etter pasientrettighetslova der det blir rådd til at forvaltningslova kapittel IV og V ikkje skal nyttast. Etter departementet si vurdering bør reglene om einskildvedtak som utgangspunkt gjelde ved tildeling av hjelp som blir gitt på institusjon eller i heimen, og som går over et visst tidsrom. Departementet har difor tilrådd at forvaltningslova likevel skal gjelde ved tildeling av heimetenester og plass i institusjon dersom hjelpen går over mer enn to veker. Dette skal innebere ei smidigare ordning enn i dag i tilfeller der det er naudsynt å gi akutt og kortvarig hjelp, t.d. ved behov for korttidsplass i institusjon.

Kommunens overordna ansvar for helse- og omsorgstenester

Lovforslaget tydeleggjer **kommunens overordna ansvar for helse- og omsorgstenester** i form av et såkalla **"sørge for ansvar."** Dette ansvaret tilsvarar reguleringsformen som i dag gjeld for spesialisthelsetenesta. Denne tilrådde reguleringa vil innebere ei tydelegare ansvars plassering, utan at kommunane samstundes blir pålagt bestemte måter å organisere tenesta på eller blir pålagt bruk av bestemte profesjonsgrupper. I henhold til forslaget vil kommunen bli gitt stor fridom til sjølv å velje korleis ansvaret skal bli oppfylt. For å tydeleggje kva sørge for ansvaret inneber, blir det presisert at kommunen må planleggje, gjennomføre og korrigere verksemda slik at tenesta er i samsvar med krav i lov og forskrift. Tilsvarande presisering blir tilrådd i spesialisthelsetenestelova.

Samhandling mellom kommunar og spesialisthelsetenesta

Det blir tilrådd **lovregulert at kommunar og spesialisthelsetenesta skal leggje til rette for samhandling mellom ulike deltenester og med andre tenesteytarar**, og at kommunar og spesialisthelsetenesta skal leggje til rette for at den einskilde pasient eller brukar blir gitt eit verdig, heilskapeleg og integrert helse- og omsorgstenestetilbod.

Kommunens plikter

Ei mer overordna og profesjonsnøytral oppføring av kommunens plikter blir tilrådd. Ei slik overordna måte å regulere kommunens plikter på vil vere mer dynamisk og anvendeleg i forhold til helsefagleg utvikling og nye måter å organisere tilbodet på. Forslaget vil gi større høve for lokale tilpasningar og handlefridom i forhold til ei tenleg organisering av tenesta ut frå lokale ønsker og behov. Forslaget gir kommunane større fridom når det gjeld organisering av ulike tenester og når det gjeld samansetning av naudsynt fagkompetanse for å oppfylle kommunens plikter. For mange pasientar og brukarar vil naudsynte helse- og omsorgstenester bestå av summen av ulike delbidrag frå fleire fagprofesjonar. Med unntak for bruk av begrepet "fastlegeordning" er lovforslaget profesjonsnøytralt. Grunnen til at legar er nemnde i lovteksten er ikkje at legar skal bli sett i ei særstilling lovgivingsmessig, men at fastlegeordning er et organisatorisk krav til kommunen som følgeleg må bli lovfesta. Profesjonsnøytral lovgiving vil understøtte tenesteyting på tvers av fagprofesjonar og samarbeid mellom deltenester. Profesjonsnøytral lovgiving vil også motvirke at lovfesta profesjonar etter helsepersonellova framstår som mer viktige enn dei som ikkje er eksplisitt

lovfesta. Det blir vidare tilrådd å vidareføre gjeldande rett ved at kommunen skal ha plikt til å tilby ordninga med brukarstyrt personleg assistanse.

Samhandling om pasientforløp

Samhandlingsreforma legg opp til auka aktivitet i kommunane: delar av pasientforløp som er aktuelle for overføring til den kommunale helse og omsorgstenesta – ikkje konkrete eller avgrensa oppgåver. Det blir lagt opp til ei gradvis oppbygging av kompetanse for å auke aktivitet og kvalitet i kommunane. Det må vere ei gjensidigheit mellom kommunar og helseføretak når kommunane tek over aktivitetane. Lovpålagte avtalar vil vere ramma for ei slik gjensidig tilpasning.

Døgnoophald for observasjon, undersøking og behandling

For at kommunane skal kunne tilby gode **alternativ til sjukehusinnleggingar for pasientar som har behov for døgnoophald for observasjon, undersøking og behandling**, vil det vere av stor betydning at kommunane etablerar døgntilbod. Økonomiske insentiv i form av kommunal medfinansiering og samarbeidsprosjekt mellom helseføretak og kommunar vil leggje til rette for at både kommunar og helseføretak vil sjå seg tent med å etablere slike tilbod i kommunane. Det blir ikkje tilrådd kommunal plikt til å sørge for et slikt døgntilbod, men høyringsinstansane blir bedne særskilt om å kome med innspel på om ei slik plikt bør lovfesta. Ei eventuell plikt vil i så fall vere avgrensa til pasientgrupper der et slikt tilbod blir sett på som like bra eller betre enn innlegging ved sjukehus for pasientar og henvisande legar.

Kommunens helsefremmande og førebyggjande arbeid

I lov om kommunale helse- og omsorgstenester blir det tilrådd **auka fokus på kommunens ansvar for helsefremmande og førebyggjande arbeid**. Kommunen har allereie i dag et slikt ansvar, men dette blir tilrådd ytterlegare tydeleggjort i lovframlegget. Kommunens samla ansvar for helsefremmande og førebyggjande arbeid må bli sett i samanheng med framlegg til ny lov om folkehelsearbeid.

Kommunelegeordning

Vidareføring av dagens kommunelegeordning blir tilrådd. Departementet meiner at medisinskfagleg og samfunnsmedisinsk kompetanse er naudsynt i kommunane for å utføre dei oppgåvene dei er ansvarlege for av ikkje klinisk karakter etter dette lovframlegget og etter forslaget til ny lov om folkehelsearbeid.

Fastlegane

Etter departementet si vurdering har **fastlegane** ei heilt **sentral rolle** i å nå målsettingane for samhandlingsreforma. I høyringsnotatet blir det tilrådd ei presisering av gjeldande forskriftsheimel om det blir gitt forskrifter om kvalitets- og funksjonskrav. Departementet tek sikte på å etter kvart å rå til endringar i fastlegeforskrifta. Det blir teke sikte på at meir vil bli regulert i forskrift og mindre i avtaleverket. Departementet vil vurdere framlegg for å presisere og utdjupe fastlegeforskrifta med omsyn til kva tenester fastlegane får ansvar for å gi innbyggjarane på si liste, samt vurdere innføring av nasjonale kvalitets- og funksjonskrav med tilhøyrande krav om rapportering. Det overordna målet med slike forskriftsforslag vil vere å auke kvaliteten på dei tenester som innbyggjarane mottek hos sin fastlege, og å sikre at prioriterte oppgåver blir ivaretekne av fastlegane. Slike forskriftsframlegg vil også ha som mål å etablere eit tydelegare nasjonalt rammeverk for fastlegeordning, som vil bidra til betre kommunal styring.

Kommunens ansvar for undervisning, praktisk opplæring, vidare- og etterutdanning, forskning

Kommunens ansvar i forhold til undervisning, praktisk opplæring og vidare- og etterutdanning blir tilrådd som i all hovudsak ei vidareføring av gjeldande rett. Kommunens ansvar for **forskning** blir diskutert. Departementet ønsker å arbeide for at det til dømes blir etablert meir formalisert samarbeid og arena for diskusjon om forskning i sektoren mellom kommunar og mellom kommunar og forsknings- og utdanningsinstitusjonar. For å understøtte naudsynt samarbeid om forskning og utvikling med dei regionale helseføretaka, samt kompetanseoverføring mellom helseføretaka og den kommunale helse- og omsorgssektoren om forskning og kunnskapsbasert praksis, rår departementet til at dette feltet inngår som et tema partane skal omtale i samarbeidsavtalane. Avtalane vil innebere ei plikt til å vurdere forskningssamarbeid som samarbeidstiltak.

Forsvarlege helse- og omsorgstenester

Helse- og omsorgstenesta skal vere forsvarlege. På individnivå er dette allereie presisert for helsepersonell gjennom helsepersonellova § 4, mens det på systemnivå er mer indirekte og fragmentarisk regulert. I forslaget blir det rådd til å presisere forsvarlegheitskrav på systemnivå. Forsvarlegheitsplikta vil innebere at kommunane skal tilretteleggje sine tenester slik at den einskilde pasient eller brukar blir gitt et heilskapeleg og integrert helse- og omsorgstenestetilbod, og slik at helse- og omsorgstenesta og personell som utførar tenesta blir i stand til å overhalde sine lovpålagte plikter. Det blir også rådd til å presisere i lovframlegget at forsvarlegheitsplikta vil innebere at kommunen skal tilretteleggje sine tenester slik at den einskilde pasient eller brukar blir gitt et verdig tenestetilbod. Det blir også rådd til å lovfeste i pasientrettigheitslova at den einskilde pasient eller brukar har rett til verdig tenestetilbod.

Pasienttryggleiken

Det blir rådd til å innføre lovbestemt krav om at alle verksemder i spesialisthelsetenesta og den kommunale helse- og omsorgstenesta skal drive **systematisk arbeid for å styrke pasienttryggleiken**. Det må bli skapt ein kultur der det er openheit om uønska hendingar og risikoområde slik at ein kan lære av feil og iverksette tiltak for å førebyggje at liknande skjer igjen. Erfaringar frå pasientar, brukarar og pårørande er viktige bidrag inn i pasientsikkerheitsarbeidet.

Pasientrettigheitslova

Det blir rådd til at den **einskilde pasient eller brukar sine rettar skal bli regulert i pasientrettigheitslova**. Pasientrettigheitslova vil få betydning for pasientar og brukarar som i dag bed om eller mottek tenester omfatta av sosialtenestelova. I dag er både kommunens plikter og den einskilde sine rettar samla i sosialtenestelova. I henhald til lovframlegget skal kommunens ansvar og plikter reguleraast i den nye helse- og omsorgslova som blir utforma som ei rein tenestelov, mens den einskilde pasient eller brukar sine rettar vil bli samla i pasientrettigheitslova. Det å samle rettigheitsbestemmelsene i pasientrettigheitslova følgjer av ønsket om å harmonisere regelverket, samstundes som felles regulering av rettigheiter også vil kunne bidra til betre samhandling mellom forskjellige tenesteytarar og dei ulike forvaltningsnivåa. Ein går også ut frå at ei felles og samla regulering vil gjere regelverket om rettigheiter meir tilgjengeleg for pasientar og brukarar.

Koordinator for pasientar med behov for langvarige og koordinerte tenester

Etter framlegget skal det bli **lovfesta at kommunane har plikt til å oppnemne ein koordinator for pasientar og brukarar med behov for langvarige og koordinerte tenester**. Funksjonen blir tydeleggjort ved at det blir lovfesta at koordinator skal ha hovudansvar for å sørge for naudsynt oppfølging av den einskilde pasient eller brukar, og at koordinator skal sikre samordning av tenestetilbodet og framdrift i arbeidet med individuell plan.

Samarbeid mellom kommunar

Framlegget til nye helse- og sosiallov byggjer på ein føresetnad om at kommunar i naudsynt utstrekning inngår samarbeid om aktuelle oppgåver. Departementet vurderar det slik at samkommunemodellen eller **vertskommunemodellen** i mange tilfelle vil kunne vere dei mest tenlege måtane å møte framtidige utfordringar og oppgåver innan helse- og omsorgssektoren, især for dei minste kommunane. Departementet meiner at et samarbeid mellom kommunar i utgangspunktet bør bli inngått frivillig. Departementet meiner likevel at i dei tilfelle der et slikt samarbeid likevel ikkje kan bli inngått der det er påkrevd, og dette utgjør ein risiko for at pasientane ikkje får dei helse- og omsorgstenester dei har krav på etter loven, må departementet ha høve til å kunne påby et slikt samarbeid. T.d. meiner departementet at kommunar med innbyggjartal under 5000 kan ha utfordringar med å kunne tilby gode og forsvarlege helse- og omsorgstenester på nokre område for sine innbyggjarar. Departementet går imidlertid ut frå at det ikkje vil vere særleg aktuelt å pålegge et slikt samarbeid, fordi kommunane sjølve ser si eiga interesse av å inngå slikt samarbeid.

Lovfesting av avtalesystem mellom kommunen og regionale helseføretak

Lovfesting av et avtalesystem mellom kommunen og regionale helseføretak blir tilrådd. Avtaleverket skal etablere ei felles forståing av lovgivinga si fordeling av helse- og omsorgsoppgåver mellom tenestenivåa, og ein felles forståing av kva oppgåver partane til ei kvar tid skal løyse. Det lovpålagte avtalesystemet skal bidra til å gi kommunane et meir likeverdig partsforhold i avtalen, og sikre ein meir einhetleg praksis. Det nye lovpålagte avtalesystemet skal sikre at tenesteytarane samhandlar og koordinerar tenesta slik at pasienten mottok ei meir heilskapeleg teneste i form av et planlagt og samanhengande forløp av tenester. Ei anna viktig målsetting i reforma er å hindre ikkje naudsynte innleggingar i sjukehus og å lette utskrivning av pasientar som er ferdigbehandla. Sett frå den kommunale helse- og sosialtenesta sin ståstad vil det vere ei målsetting å få til ordningar som gjer det enklare å planleggje innlegging i sjukehus til rett tid, idet lange ventelister i spesialisthelsetenesta vil vere kostnadskrevjande for kommunane fordi dei i ventetida ofte vil måtte yte heimebaserte tenester. Ansvarsbestemmelsene i spesialisthelsetenestelova og ny helse- og omsorgslov lovfester ansvar og oppgåver på et overordna nivå. I avtalane kan partane bli samde på et meir detaljert nivå om kva konkrete oppgåver partane til ei kvar tid skal utføre i et pasientforløp. Dette vil bidra til å klargjere dei gråsoner ein ser i dag mellom spesialisthelsetenesta og kommunehelsetenesta.

Klageordning

Klageordninga blir tilrådd regulert i pasientrettighetslova, med tilpasning til reglene om klage i forvaltningslov. Det blir tilrådd ein ny bestemmelse, som avskjerar klageorganets kompetanse til å treffe nytt vedtak. Departementet rår til at det blir presisert at klageinstansen kan oppheve kommunens vedtak og sende saka tilbake til ny behandling i kommunen, men at klageinstansen ikkje sjølv kan treffe nytt vedtak i saka. Når saka blir sendt tilbake, får kommunen høve til å treffe nytt vedtak, herunder utøve sitt frie skjønn på nytt i lys av klageinstansen sine merknader. Ei innvending mot forslaget er at det kan føre til at det tek noko lengre tid før pasientane og brukarane får et endeleg vedtak. Pasientane og brukarane si rettstryggleik vil imidlertid vere ivareteke ved at dei også kan klage over kommunens nye vedtak.

Tilsyn

Når det gjeld tilsyn, blir det tilrådd at lov om **statleg tilsyn med helsetenesta** skal gjelde for verksemd og personell med særregler som følgjer av eigen bestemmelse om tilsyn i den nye lova. Departementet har ikkje konkludert når det gjeld om det er Fylkesmannen eller Helsetilsynet i fylket som skal vere klageinstans og regional tilsynsinstans. Høyringsinstansane blir oppfordra spesielt til å uttale seg om dette.

I val av regional tilsynsinstitans er det ei rekkje sentrale omsyn som må bli ivareteke:

- i) Val av, og organisering av, tilsynsmyndigheit for spesialisthelsetenesta må byggje på behovet for fagleg tyngde og tillit. Med den aukande grad av spesialisering og kompleksitet som preger spesialisthelsetenesta sitt innhald og organisering er det heilt avgjerande å behalde ein tilsynsinstitans på fylkesnivå som har naudsynt kompetanse til å utøve myndigheit på dette område
- ii) Tilsynsmyndigheit for spesialisthelsetenesta må kunne ivareta at eigarforholda ikkje alltid vil følgje fylkesgrensene. Det må vere høve for instruksjon for overordna tilsynsmyndigheit som sikrar heilskapeleg tilsyn innan same helseføretak. Tilsynsmyndigheita må kunne påleggjast samarbeid med, eller eventuelt avgi myndigheit til, tilsynsmyndigheita i et anna fylke, dersom det er naudsynt.
- iii) Pasientar i spesialisthelsetenesta er som regel også pasientar i eller brukarar av kommunale helse- og omsorgstenester. Statens helsetilsyn har peika på at faren for svikt er størst i samhandlinga mellom forvaltningsnivåa. Det er difor ønskeleg at same tilsynsordning gjeld for den kommunale helse- og omsorgstenesta som for spesialisthelsetenesta. Det bør vere felles tilsynsinstitans for begge nivåa.
- iv) Det er nær samanheng mellom behandling av klagesaker og behandling av tilsynssaker. Pasient og brukar har ofte ikkje kunnskap om skillet mellom klage- og tilsynssaker og det er difor viktig at ein ikkje skaper ei klage- og tilsynsordning som ikkje er oversikteleg.

Desse omsyna kan bli ivaretekne både gjennom å velje Fylkesmannen som regional klage-og tilsynsinstitans og ved val av Helsetilsynet i fylket.

Ved val av Fylkesmannen som felles regional tilsynsinstitans kan det i tillegg bli opplyst:

- A) Etter kommuneloven kap. 10 A skal Fylkesmannen vere felles statleg tilsynsinstitans ovanfor kommunane. Fylkesmannen er i dag regional tilsynsmyndigheit etter sosialtenestelova, lov om sosiale tenester i arbeids- og veldferdsforvalninga, opplæringslova, barnevernslova, forurensingslova, barnehagelova, havne-og farvannslova, lov om kommunal beredskapsplikt og krisesenterlova. Omsynet til samordning av statleg tilsyn med kommunesektoren tilseier at Fylkesmannn også bør vere tilsynsinstitans etter ny lov om kommunale helse- og omsorgstenester. Tilsynet med kommunane sin tenesteproduksjon bør vere mest mogeleg heilskapeleg, slik at dei ulike delane av kommunane sin tenesteproduksjon blir vurdert i samanheng.
- B) Uavhengige og ukoordinerte sektortilsyn kan føre til uheldige vridningar i kommunane sine prioriteringar.
- C) Det er viktig for pasientar og brukarar med behov for hjelp både frå den kommunale helse- og omsorgstenesta og frå andre kommunale sektorar at tilsynsinstitansen er den same, slik at kommunale tenester kan bli sett i samanheng.
- D) Løysinga inneber færre statlege einingar på regionalt nivå, og vil vere ei betydeleg forenkling både for kommunane som møtar ein tilsynsinstitans uavhengig av fagområde, og for innbyggjarane som får felles tilsynsinstitans i alle kommuneplikter.

- E) Fylkeslegen si særstilling kan seiast å svekke samordninga av statens tilsyn med kommunesektoren, og samordninga kan også bli ytterlegare svekka dersom også tilsynet med omsorgstenester blir lagt inn under Helsetilsynet i fylket.

Helsetilsynet i fylket har opparbeidd fagleg autoritet og legitimitet i helsetenesta. Alle tilsette i det tidlegare fylkeslegeembetet vart frå 01.01.2003 tilsett i fylkesmansembetet. Det kan oppfattast som ei fagleg svekking, både i befolkninga og dei faglege miljøa dersom oppgåver som i dag blir utført av Helsetilsynet i fylket (fylkeslegen) blir overført til Fylkesmannen, sjølv om det ikkje skjer endringar når det gjeld kompetanse og bemanning på området. Et slikt mogeleg inntrykk kan bli motvirka ved ei tydelegare og gjennomgåande intern organisering ved at det blir etablert ei samla helse- og omsorgsavdeling under leiing av fylkeslegen ved alle fylkesmannsembete. Overføring av oppgåver frå Helsetilsynet i fylket til Fylkesmannen kan føre til at det blir vanskelegare å rekruttere tilstrekkeleg personell med naudsynt helsefagleg kompetanse.

Den instansen som blir valt som felles regional tilsynsinnsans, må etter departementet sitt syn bli underlagt fagleg instruksjonsmyndigheit frå Statens helse-tilsyn. Utan denne instruksjonsmyndigheita vil effektiviteten i styringa av tilsyn med helse- og omsorgstenester bli redusert.

Økonomisk ansvarsfordeling mellom kommunar

Departementet rår til vidareføring av lovverket om økonomisk ansvarsfordeling mellom kommunar i dei tilfelle der personar som mottek helse- og omsorgstenester under mellombels opphald i ein annan kommune enn heimstadkommunen.

Departementet rår til at lovverket framleis bør ha opphaldsprinsippet som hovudregel, dvs. at det er den kommune der den einskilde pasient eller brukar oppheld seg, som til ei kvar tid er ansvarleg for å sørge for naudsynte helse- og omsorgstenester. For å sikre et nyansert og fleksibelt regelverk rår departementet til ein forskriftsheimel til å gi nærare bestemmelser om utgiftsfordeling mellom kommunar.

Opphaldskommunens ansvar

Departementet rår til å vidareføre dagens hovudregel om at det er den einskilde kommune som er ansvarleg for utgifter til dei helse- og omsorgstenester dei er forplikta til å gi. Vidare rår departementet til å vidareføre bestemmelsen om at staten gir årlege rammetilskott til delvis dekning av kommunens utgifter. Når det gjeld regler om eigenbetaling blir det rådd til heimel til i forskrift å fastsette nærare regler om dette.

Kommunal medfinansiering

Kommunal medfinansiering skal gi eit insentiv for kommunane til å vurdere korleis eigen innsats kan påvirke forbruket av spesialisthelsetenester, og motivere kommunar og helseføretak til å samarbeide. Dei medfinansieringsmodeller som blir vurderte, vil ikkje åleine sette kommunane i stand til å fullfinansiere alternative kommunale tilbod. Nye tilbod må difor bli sett i samanheng med andre virkemidlar og økonomiske rammevilkår. Kommunal medfinansiering må bli innretta på ein måte som sikrar reell likeverdigheit mellom spesialisthelsetenesta og kommunane.

Det blir tilrådd lovheimel for departementet til å gi forskrift om kommunalt medfinansieringsansvar.

Departementet rår til ei avgrensa kommunal medfinansiering og følgjande avgrensa modellar:

- i) aldersbasert modell for somatiske pasientar over 80 år
- ii) medisinske innleggingar/behandlinger
- iii) I tillegg vil departementet vurdere å innføre kommunal medfinansiering av psykisk helsevern og rusbehandling basert på kurdøgn og opphald i private rehabiliteringsinstitusjonar.

Rehabilitering på sjukehus er inkludert i modellane for kommunal medfinansiering innanfor somatikk.

Den kommunale medfinansieringsandelen er ved ein aldersspesifikk modell (somatikk) knytt til pasientar over 80 år, anslått til om lag 1.5 milliarder kroner. Ein modell avgrensa til medisinske innleggingar/behandlinger er anslått til 3.6 milliarder kroner.

Kommunal medfinansiering innan psykisk helsevern anslås på det noverande tidspunkt til om lag 2 milliarder kroner, og rus til om lag 0.3 milliarder kroner.

For opphald i private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjonar vil kommunal medfinansiering utgjere om lag 0.2 milliarder kroner.

Kommunens ansvar for utskrivingsklare pasientar

Det blir rådd til lovfesting av at kommunane får ansvar for utskrivingsklare pasientar frå dag ein, og det vert tilrådd at kommunar og regionale helseføretak skal inngå samarbeidsavtalar om utskrivingsklare pasientar. Det blir tilrådd presisert at kommunen kan inngå slik avtale åleine eller saman med andre kommunar.

Vidare er det framlegg om at departementet i forskrift skal gi nærare bestemmelser om ordninga sitt omfang og innhald, kriterier for når ein pasient er utskrivingsklar og betalingssatsar. Det blir vidare tilrådd presisert at departementet i forskrift skal fastsette kva samarbeidsavtale minimum skal innehalde. Tilsvarande blir også lovfasta i spesialisthelsetenesta.

I samband med at kommunane får et finansielt ansvar for utskrivingsklare pasientar vil kommunane få overført midlar frå dei regionale helseføretaka. Midlane som skal overførast til kommunane kan bli fordelte enten etter nøklane i kommunane sitt inntektssystem eller som øyremerka tilskott – etter kva kommunar som har utskrivingsklare pasientar på sjukehus. Generelt vil overføring gjennom inntektssystemet gi rom for prioriteringseffektivitet, mens øyremerking målrettar virkemiddelbruken i forhold til dei kommunane som i dag har et problem med å ta heim utskrivingsklare pasientar.

Storleiken på beløpet som skal overførast vil dels vere bestemt av anslag på tal liggjedøgn for utskrivingsklare pasientar, og dels vere bestemt av anslått kostnad ved utskrivingsklare liggjedøgn – dvs. den nasjonalt fastsette satsen.

Nivået på betalingssats må bli vurdert i forhold til eingongsoverføringa frå regionale helseføretak til kommunane og i forhold til insentivverknadene. Storleiken på betalingssatsane må også bli vurdert i forhold til intensiv og risikoen for helseføretaka og kommunane. Generelt vil ein låg betalingssats redusere risikoen, mens ein høg sats vil auke insentiva.

Mangel på god kostnadsinformasjon og kostnadsvariasjonar mellom helseføretak, avdelingar, og frå pasientgruppe til pasientgruppe, gjer det vanskeleg å berekne faktisk kostnadsnivå på sjukehus. Eit rimeleg anslag vil vere ein døgnkostnad på 3000 – 5000 kroner.

Kommunalt finansieringsansvar for utskrivingsklare pasientar er i samsvar med dei målsetningane i stortingsmeldinga om samhandlingsreforma om m.a. betre arbeidsfordeling mellom spesialisthelsetenesta og kommunehelsetenesta og betre samhandling gjennom betre gjensidig informasjon og støtte mellom dei to behandlingsnivåa, slik at dei kan utføre sine respektive oppgåver med høgast mogeleg kvalitet, og på lågast, effektive omsorgsnivå. Vidare vil ordninga gi ei vridning frå dagens "straffeordning" til ei intensivordning – det vil lønne seg å etablere tilbod til pasientar nær der dei bur. Ordninga vil også kunne bidra til at kommunane kan byggje opp kompetanse og organisere tilbodet betre i kommunane.

Innføringa av ordninga er likevel ei utfordring både for helseføretaka og kommunane. Dersom kommunane ikkje byggjer opp eige tilbod, men held fram med å nytte seg av sjukehusstilbod i same omfang som tidlegare, vil sjukehusa få midlane som er flytta til kommunane tilbake i form av ein døgnstats. Ordninga vil då i utgangspunktet vere nøytral for sjukehusa.

Dersom kommunane kan overta og gi kommunale tilbod til alle utskrivingsklare pasientar i løpet av kort tid, vil sjukehusa potensielt møte ei økonomisk omstillingsutfordring som det på førehand kan vere vanskeleg å vite omfanget av.

Dersom ein tek utgangspunkt i om lag 150 000 utskrivingsklare liggjedøgn innan somatikk og ein døgnkostnad på 3000 eller 5000 kroner vil årskostnaden variere frå 450 til 750 millionar kroner.

Dersom ein legg til grunn same døgnkostnad for utskrivingsklare pasientar innan psykisk helsevern og 450 000 liggjedøgn vil årskostnaden variere frå 1.335 til 2.22 milliardar kroner. Det er knytt uvisse til tal utskrivingsklare pasientar innan psykisk helsevern. Omfanget av utskrivingsklare pasientar må bli utgreidd særskilt i det vidare arbeid.

Avhengig av om det er mogeleg å få data som viser omfanget av utskrivingsklare pasientar innan tverrfagleg spesialisert behandling av rusproblematikk, vil tilsvarande berekningar bli gjort innan dette område på et seinare tidspunkt.

Med utgangspunkt i omstillingsutfordringane er det difor svært viktig å sikre at partane kommuniserar og samarbeidar godt om pasientar som ikkje lenger treng å vere innlagt på sjukehus. Avtalane mellom helseføretaka og kommunane må omtale korleis dette samarbeidet skal skje. Det at ein pasient er utskrivingsklar betyr ikkje naudsyntvis at pasienten er ferdigbehandla. Ofte har pasienten behov for oppfølging i kommunen eller spesialisthelsetenesta etter utskriving.

Difor er det viktig at partane blir samde om korleis samhandlinga mellom det einskilde helseføretaket og kommunane i opptaksområdet skal skje for å sikre at pasienten blir skriven ut til et forsvarleg tilbod i kommunehelsetenesta, så raskt som mogeleg.

Gitt at Stortinget sluttar seg til framlegget ser departementet at det særleg vil vere aktuelt å ta stilling til om i kva grad ordninga skal gjelde både for pasientar innan somatikk, psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert rusbehandling. Departementet vil kome tilbake til dette i samband med høyring av forskrift, som skal fastsette nærare bestemmelser om ordninga sitt omfang og innhald.

Departementet tek sikte på å innføre den nye ordninga for somatikk frå og med 1.januar 2012.

Når det gjeld rusbehandling og behandling innanfor psykisk helsevern tilseier datasituasjonen at det frå nemnde tidspunkt kan vere vanskeleg å gjere dei tilstrekkelege berekningar av dei administrative og økonomiske konsekvensane av å utvide ordninga til også å gjelde ovanfor desse pasientgruppene.

Overføring av finansieringsansvaret for utskrivingsklare pasientar innan psykisk helsevern og rusbehandling blir utgreidd særskilt og departementet vil kome tilbake til dette i samband med høyring av forslag til forskrift.

I forskrift må det også bli fastsett kriterier for når ein pasient er utskrivingsklar. Departementet vil her vurdere om dei kriterier som er fastsett i gjeldande forskrift skal bli vidareført eller endra. Det blir lagt til grunn at ein felles nasjonal definisjon av kva som er ein utskrivingsklar pasient skal nyttast. Men det må bli vurdert om det i den nye forskrifta også skal bli stilt krav til samhandling mellom det einskilde helseføretak og kommunane i opptaksområdet som et supplement til definerte kriterier for når ein pasient er utskrivingsklar. Fordelinga av kva som eventuelt skal inngå i nasjonale kriterier og kva som skal bli overlatt til partane å fastsette særskilt gjennom samarbeidsavtalane, vil også måtte bli diskutert i forslag til forskrift.

Omsynet til lokal handlefridom og behov for lokale tilpasningar kan tilseie at partane blir gitt større fridom til sjølv å avtale kriteriene. Omsynet til ein mest mogeleg einsarta praksis kan tale for å fastsette kriteriene i forskrift. Likelydande kriterier nasjonalt vil også gjere det enklare å berekne dei administrative og økonomiske konsekvensane av ordninga. Det kan også tenkjast relevant å fastsette kriterier for korleis problemstillingar knytt til reinnleggingar skal løysast.

Av andre sentrale tema i ei forskrift vil vere behovet for bestemmelser som regulerar spesialisthelsetenesta si varslingsplikt i forhold til når pasientane forventast å vere utskrivingsklare, og når dei faktisk er å sjå på som utskrivingsklare. Det bør også bli diskutert korleis usemje mellom partane skal løysast – herunder konfliktløysingsordningar.

Det kan også vere aktuelt å regulere kva døgnpris som skal gjelde for kvar dag kommunen ikkje tek i mot ei utskrivingsklar pasient.

Det kan i forskrift også bli teke stilling til om det skal vere ein nasjonal betalingssats eller om det skal opnast for at sjukehus og kommunane kan inngå avtalar som inneber at betalingsplikten fell bort. Dette spørsmålet må bli sett i samanheng med innføringa av ordninga.

Forskrifta vil også kunne presisere kva opplysningar det einskilde helseføretak skal gi til kommunen for at den skal kunne førebu mottak av ein utskrivingsklar pasient.

Ressursoverføring frå dei regionale helseføretaka til kommunane som følgje av innføringa av ordninga, vil bli omtalt i kommuneproposisjonen.

Elektronisk samhandling

Det er eit problem for effektiv samhandling at IT-system i delar av helsetenesta ikkje nyttar dei standardar som er utvikla for elektronisk samhandling. Det medfører at systema ikkje snakkar saman. I den nye lova blir det tilrådd å gi departementet myndigheit til å stille krav om at dokumentasjon og kommunikasjon av helseopplysningar skal skje elektronisk. Eksisterande heimlar vil kunne takast i bruk for å stille nasjonale krav til standardiserte og sertifiserte løysingar. Spesialisthelsetenesta og kommunane skal vidare ta omsyn til behovet for effektiv elektronisk samhandling ved kjøp og vidareutvikling av sine journal- og informasjonssystem. Samla sett vil dette bidra til ei meir effektiv utveksling av viktige pasientopplysningar og dermed også betre helsehjelp.

Bruk av tvang og makt ovanfor einskilde personar med psykisk utviklingshemming/rusmiddelavhengige

Sosialtenestelova har særskilte regler for bruk av tvang og makt ovanfor einskilde personar med psykisk utviklingshemming, og regler om tiltak ovanfor rusmiddelavhengige – herunder tvang. Det er et mål på sikt at reglene om bruk av tvang i helse- og omsorgstenesta blir betre samordna enn dei er i dag. Departementet har imidlertid ikkje utgreidd dette nærare, slik at forslaga i høyringsnotatet om regulering av tvang i hovudsak er ei vidareføring av gjeldande rett på området. Det er rådd til nokre mindre tilpasningar for at reglene kan bli vidareført i ny lov om kommunale helse- og omsorgstenester.

Pasient-og brukarmedverknad

Det blir tilrådd at det for kommunane blir innført ei ordning som tilsvarar den som gjeld for spesialisthelsetenesta og som inneber at kommunane må ha ei systematisk tilnærming til å involvere pasientar og brukarar i utvikling av dei kommunale helse- og omsorgstenesta. Lovfesting av kommunens ansvar for å sørge for pasient- og brukarmedverknad blir tilrådd.

Beredskapsarbeid

Departementet rår til at dagens bestemmelser i kommunehelsetenestelova og sosialtenestelova blir vidareført. Der beredskap er regulert i spesiallovgiving vil spesiallovgivinga primært måtte bli lagt til grunn. Dette gjeld t.d. smittevern etter smittevernlova.

Vidareføring av kommunens plikt til å utarbeide ein beredskapsplan for si helse- og omsorgsteneste i samsvar med lov om helsemessig og sosial beredskap blir tilrådd, samt vidareføring av kravet om at planen skal samordnast med beredskapsplanar elles i kommunen. Ifølgje lovframlegget skal kommunen til ei kvar tid ha oversikt over helsetilstanden i befolkninga. I kommunens vurdering av sine helseutfordringar ligg det implesitt et krav om å vurdere forhold av beredskapsmessig karakter.

Vidareføring av bestemmelsen i kommunehelsetenestelova om at kommunen ved ulykker og andre akutte situasjonar, som er årsak til ekstraordinær pågang av pasientar, kan pålegge helsepersonell som tenestegjer i kommunen å utføre nærare tilvist arbeid - blir tilrådd.

Krav om politiattest

Departementet rår til at gjeldande rett om krav til politiattest for personell som skal gi helse- og omsorgshjelp til barn eller personar med utviklingshemming blir vidareført i nye kommunal helse- og omsorgslov.

Flytte meldeordninga etter spesialisthelsetenestelova frå Helsetilsynet til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetenesta.

Det blir her tilrådd å endre meldeordninga slik at ordninga blir et reint utviklings- og læringssystem. Dersom meldeordninga blir flytta frå Statens helsetilsyn/Helsetilsynet i fylket, kan helsepersonell melde om uønska hendingar utan frykt for sanksjonar – og vi kan få betre data om omfang, fordeling og risiko. Uønska hendingar kan i større grad bli nytta som grunnlag for årsaksanalyse og læring for å førebyggje og redusere faren for pasientskader. Departementet rår til å innføre meldeplikt for Kunnskapssenteret til Statens helsetilsyn når det er grunn til å tru at det ligg føre ei alvorleg systemsvikt. Med alvorleg systemsvikt meinast at det på bakgrunn av ei eller fleire meldingar blir vurdert at risikoen for at pasientar blir utsett for betydeleg skade ved et helseføretak eller anna spesialisthelseteneste er så stor at det er behov for at Statens helsetilsyn må vurdere å gripe inn for å forhindre at slik skade oppstår. Verksemda si leiing må bli orientert samstundes som meldinga blir sendt til Kunnskapssenteret. Dette vil i nokon grad bryte med prinsippet om sanksjonsfrie system. Men det blir tilrådd at det ikkje kan bli reist tilsynssak eller bli begjært påtale mot det helsepersonell som har meldt på grunnlag av meldinga. Departementet ønsker spesielt høyringsinstansane sitt syn på dette punktet.

4 Forslag til ny folkehelselov - hovudpunkt

Grunnprinsippene i folkehelsearbeidet

Dei fire prinsippene er:

- Prinsippet om utjamning
- Helse i alt vi gjer
- Føre-var
- Bærekraftig utvikling

Utjamning i helsesamanheng betyr ikkje at nokon skal redusere sitt helsenivå til fordel for andre, men at dei med dårlegast helse skal løftast opp. Helseatferd som røyking, fysisk aktivitet og kosthald er i stor grad påverka av økonomiske og sosiale bakgrunnsfaktorar som den einskilde ikkje har valt. Så lenge dei systematiske forskjellene i helse skuldast forskjeller i samfunnets ressursfordeling, er det fellesskapets ansvar å påvirke denne fordelinga i ei meir rettferdig retning.

Prinsippet om **”helse i alt vi gjer”** inneber at det ein gjer innan politikk og forvaltning på alle nivå har ei helsemessig betydning. Forhold som har betydning for befolkninga si helse ligg til mange sektorar på mange livsområde. Korleis utdannings-, kultur-, samferdselssektoren m.v. innrettar si verksemd har betydning for om samfunnet er helsefremmande og for folks høve til å gjere helsemessig gunstige val. ”Helse i alt vi gjer” er både beskrivande, dvs. at det faktisk er helse i alt vi gjer, i politikken og i forvaltninga. Men det er også normativt, som inneber at konsekvensane for befolkninga si helse skal vurderast når ein utviklar politikk, virkemidlar, kompetanse og bevisstheit. Det har skjedd ei endring i folkehelsearbeidet frå et sjukdomsperspektiv der innsats vart retta mot førebygging av konkrete sjukdomar, til et påverknadsperspektiv som rettar merksemda mot faktorar som påvirker helsa. Eit påverknadsperspektiv bidreg til å synleggjere og ansvarleggjere samanhengen mellom helseforhold og andre sektorar. Dei fleste påverknadsfaktorane på helsa er i hovudsak utanfor helsetenesta, og er dermed under avgjersmyndigheit til andre sektorar. Dette er bakgrunnen for prinsippet om at alle sektorar har ansvar for helse, og at helseomsyn må liggje til grunn for alt vi gjer.

Begrepet **”bærekraftig utvikling”** er definert som ei utvikling som imøtekjem dagens behov utan å øydeleggje høve for at komande generasjonar skal få dekte sine behov. Helse er eit grunnleggjande behov og rettigheit som også er fastsett i grunnlova sin bestemmelse om bærekraftig utvikling. Dette vil seie at ei utvikling som ikkje ivaretek helse i befolkninga ikkje er bærekraftig. Dette har betydning både i forhold til å sikre et miljø som er sunt også for menneske, men begrepet kan også bli brukt i forhold til ei samfunnsutvikling som må sikre grunnleggjande behov over tid. Alderssamansetninga i befolkninga og veksten i livsstilssjukdomar som følgje av inaktivitet og overvekt, gjer at helsetenesta vil streve med å vere bærekraftig, dvs. å gi tenester til alle som treng det – både grunna kostnadene og grunn personellbehov. Kostnadsveksten og personellveksten som følgje av ny kunnskap og betre teknologi kan ikkje vere ukontrollert.

”Føre var prinsippet” skal bidra til å handtere uvisse på grunn av mangelfull kunnskap og vanskar med å forutsjå skade. Førebygging har lange tradisjonar innan helsetenesta og kan knyttast til tiltak der årsakssamanhengar er kjente. ”Føre-var-handlingar” slår inn der det er uvisse.

Helseutfordringar

Helseutfordringar er knytt til befolkningssamansetninga og sjukdomsutvikling, samt sosial skjeivfordeling i helse og faktorar i miljøet som påvirker helsa.

Kampen mot smittsame sjukdomar er enno ikkje vunne, sjølv om sjukdomar som kan knyttast til livsstil som t.d type 2-diabetes, hjarte-og karsjukdomar, kreft og kols pregar

sjukdomsbilete saman med psykiske plagar, muskel- og skjelettsmerter og skadar etter ulykker.

Samstundes er det store helseforskjeller mellom kjønn, sosiale lag og etniske grupper, og mellom ulike delar av landet. Sjølv om mange eldre er ved god helse, har helsetilstand og sjukelegheit nær samanheng med alder. Et aukande tal eldre vil i dei komande tiåra meføre store utfordringar for helse- og omsorgstenester til eldre og kronisk sjuke og for samhandlinga mellom tenestenivåa. Både smittsame sjukdomar og ikkje-smittsame sjukdomar og psykiske lidingar – og konsekvensane av desse – kan for ein stor del førebyggjast. Dei store folkesjukdomane krev fornya og samla innsats i alle berørte sektorar.

Strategiar for å møte helseutfordringane

Gjeldande norsk folkehelsepolitikk er ei dreining av faktorar som påvirkar helse – i motsetning til tidlegare der politikken har teke utgangspunkt i bestemte sjukdomar. Påverknadsperspektivet synleggjer at andre sektorar ikkje berre er arena der helsesektoren skal gjennomføre tiltak, men at andre sektorars må kan gi sjølvstendige bidrag til befolkninga si helse. Dette peikar på den breie samfunnsretta folkehelsepolitikken, med tiltak i alle sektorar for å skape gode oppvekst- og levekår, og for å utvikle et samfunn som legg til rette for sunne levevanar, og fremmer fellesskap, tryggleik og deltaking. Når fråfall frå vidaregåande skule viser seg å ha alvorlege helsekonsekvensar blir det tydeleg at skulesektoren også har et viktig folkehelseansvar.

Dei overordna måla er fleire leveår med god helse i befolkninga som heilskap, og reduserte sosiale helseforskjeller utan at nokre grupper får dårlegare helse. Folkehelseomsyn må i større grad inngå som et viktig element i den generelle samfunnsplanlegginga ved at folkehelse og folkehelsearbeid blir forankra i ordinære plan- og styringsdokument i fylker og kommunar, og i strategiar elles for samfunnsutvikling. Dette er ein føresetnad for å kunne møte helseutfordringane tidlegare, før dei gir seg utslag i sjukdomsutvikling og beslag på kapasitet i helsetenesta.

Det følgjer av ny plan- og bygningslov at kommunesektorens planlegging skal fremme befolkninga si helse og motvirke sosiale helseforskjeller. Etter plan- og bygningslova er fokus i planlegginga meir retta inn mot kommuneplanens samfunnsdel, som leggjer føringar om at denne skal leggjast til grunn, eller skal gi retningslinjer for arealbruken.

Det ligg et stort potensial i at det offentlege allierar seg med frivillige organisasjonar når folkehelsearbeidet skal planleggjast og gjennomførast.

Fylkeskommunane har etablert folkehelsepartnarskapsavtale med om lag 60% av landets kommunar. Gjennom folkehelsepartnarskapene har siktemålet vore å byggje opp ein infrastruktur som ikkje er direkte kopla til helsetenesta, men som er meint å sikre ei tverrfagleg og sektorovergripande tilnærming i folkehelsearbeidet, der også helsetenesta deltek.

Førebygging krev kunnskap og ressursar – delvis spesialisert kunnskap innan ernæring, fysisk aktivitet, samfunnsmedisin, miljøretta helsevern m.v. Mange kommunar er for små til at dei kan få rekruttert denne kompetansen, eller at dei kan utnytte denne kompetansen fullt ut i forhold til eit lågt innbyggjartal. Dette betyr at den førebyggingsinnsatsen som i dag skjer i mange kommunar er lite kunnskapsbasert, noko som inneber at tiltaka ikkje er så effektive eller målretta som dei elles kunne vere.

Oppfølging av stortingsdokument

Lov om fylkeskommunars oppgaver i folkehelsearbeidet trådte i kraft 1.januar 2010 som del av gjennomføringa av forvaltningsreforma frå 1.januar 2010, der fylkeskommunen vart tillagt ansvar for fleire oppgaver – m.a. innan samferdsel, miljøvern, friluftsliv, folkehelse og næringsutvikling samt sterkare virkemidlar innan regional utvikling.

Viser her til Ot.prp.nr. 73 (2008 – 2009) Om lov om fylkeskommunars oppgaver i folkehelsearbeid og Innst. O.nr. 112 (2008-2009)

St.meld.nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreforma og innst.212 S (2009-2010) viser til behovet for å styrke dei førebyggjande helsetenesta i kommunane og gir klare føringar for det tverrsektorielle folkehelsearbeidet. Investering i førebyggjande arbeid og tidleg intervensjon vil over tid gi sparte helsekostnader.

Stortingsmeldingar om distrikts- og regionpolitikken legg vekt på å styrke kommunane og fylkeskommunane som samfunnsutviklarar og å styrke og vidareutvikle fylkeskommunen som regional utviklingsaktør. Folkehelsa, som viser befolkninga sin helsetilstand og korleis helse er fordelt i ulike sosioøkonomiske grupper i befolkninga, vil vere ein god indikator på samfunnsutvikling. Vidare er god samfunnsutvikling avhengig av menneskelege ressursar, så vel helsemessig som intellektuell, kulturell og sosial kapital hos innbyggjarane. Folkehelse vil difor vere både et mål og et middel for god samfunnsutvikling. Jfr. St.meld.nr. 25 (2008 -2009) Lokal vekstkraft og framtidstru – Om distrikts- og regionapolitikken, og St.meld. nr. 12 (2006-2007) Regionale fortrinn – regional framtid.

St.meld.nr. 20 (2006 – 2007) Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller peikar på at folkehelsa i landet er god, men at helsetilstanden varierar systematisk med sosioøkoniske variablar som inntekt, utdanning og arbeid. I meldinga blir det framheva at arbeid mot sosiale helseforskjeller må kombinere målretta innsats mot spesielle utsette grupper med generelle velferdsordningar og befolkningsretta tiltak.

Eit av grepa i St.meld.nr. 16 (2002 -2003) Resept for et sunnere Norge – folkehelsepolitikken er at folkehelsearbeidet skal ta utgangspunkt i dei faktorar vi veit påvirker helsen – av følgjande grunnar:

- Kvar påverknadsfaktor bidreg ofte til fleire ulike helseproblem
- Samanhengen mellom helseforhold og andre sektorars og politikkområde sitt ansvar må bli tydeleggjort.
- Når tiltak blir retta mot kjente påvirkningsfaktorar, kan vi måle resultata av tiltaka i form av redusert helserisiko lenge før dei slår ut på reell sjukdom og død i befolkninga.

Meldinga peikar vidare på m.a. behovet for å styrke kunnskapsgrunnlaget for å bidra til ein kunnskapsbasert folkehelsepolitikk.

St.meld.nr. 35 (2006 – 2007) Tilgjengelegheit, kompetanse og sosial utjevning – Framtidas tannhelsetjenster og innst. S.nr. 155 (2007-2008) har som overordna mål å utjamne sosial ulikskaper i tannhelse, som inneber å hjelpe dei som treng det mest. Sjukdomar i munnhola påvirker den allmenne helsetilstanden på same måte som annan sjukdom. Dårleg tann-/munnhelse er ein risiko for utvikling av andre sjukdomar ved at bakterier blir spreidd gjennom blodomløpet. Det kan føre til t.d. hjartesjukdom og hjerneslag.

Andre dokument som departementet følgjer opp i ny folkehelselov

Dette gjeld Riksrevisjonens Dokument 1 (2007-2008) og erfaringsrapporten om Vest-Tank ulykka i Gulen kommune frå 2007 utarbeidd av Direktoratet for samfunnssikkerheit og beredskap og dei andre beredskapsstatane.

Norge har forplikta seg til WHO sitt internasjonale helsereglement (IHR) som omfattar A-(atom/stråling), B-(biologiske) og C-hendingar (kjemiske). Per i dag er kun IHR gjennomført i norsk rett på smittevernområdet, men ikkje på strålevern- og kjemikalieområda (A og C).

Høyringsnotat og lovforslag inneheld heimel for å kunne gjennomføre WHO sitt internasjonale helsereglement i norsk rett.

Den overordna strukturen og prinsippa for den nye lovreguleringa

Et utgangspunkt er at ingen lov i dagens lovgivingsstruktur i særleg grad legg til rette for et systematisk og heilskapeleg folkehelsearbeid, sjølv om mange einskilddokument er i lovverket.

I aukande grad er ein blitt klar over at alle sektorars verksemd har innverknad på folkehelsa. Difor er det viktig at den nye lovgivinga blir gjort tverrsektoriell. Tanken er at folkehelsearbeidet i stor grad skal bli ivareteke gjennom dei oppgåver og virkemidlar kommunar og fylkeskommunar allereie har etter lovgivinga elles. Den nye lovgjevinga må forholde seg til retningslinjer for statleg regelverk retta mot kommunesektoren.

Folkehelsearbeidet blir i liten grad etterspurt av nokre pasientar/brukarar. Unnlating av å gjennomføre førebyggjande arbeid blir i liten grad synleg på kort sikt. Effekten blir først synleg på sikt. Dette talar for ei tydeleg lovregulering for å fremme førebyggjande innsats.

Føremål og virkeområde for den nye folkehelselova

Det blir peika på at lova skal bidra til å møte dei utfordringane som samfunnet står ovanfor når det gjeld sjukdomsutvikling, som følgje av m.a.anna livsstil, miljøutfordringar, befolkningssamansetning m.v. Lova skal leggje til rette for eit målretta, systematisk og samordna folkehelsearbeid på alle nivå.

Lovframlegget gir bestemmelser som rettar seg mot kommunar og fylkeskommunar.

Det blir tilrådd å lovregulere statlege helsemyndigheites plikt til å bistå og støtte opp under lokalt og regionalt folkehelsearbeid. Det blir rådd til at lovens kapittel om miljøretta helsevern skal omfatte private og offentlege verksemdar og eigedomar som kan ha direkte eller indirekte innverknad på helse.

Folkehelselova sitt framlegg til anna lovverk

Framlegget til ny folkehelselov vil i utstrakt grad samvirke med andre lover som regulerar kommunesektorens oppgåver elles, og underbyggje at det blir teke folkehelseomsyn ved bruk av virkemidlar etter aktuelle særlover. Mens helse- og omsorgslova gir bestemmelser om dei førebyggjande og kurative oppgåvene til helse- og omsorgstenesta i kommunane, rettar folkehelselova seg mot folkehelseoppgåver kommunen har. Oftast vil det vere klart kva lov som gjeld for kva, men helsefremmande og førebyggjande tiltak vil i nokre tilfelle kunne vere omfatta av begge lovene.

Utgangspunktet er at tiltak retta mot identifiserte risikogrupper og individ er omfatta av helse- og omsorgslova, mens tiltak retta mot meir generelle grupper er regulert av folkehelselova. Departementet har lagt mer vekt på at lovverket blir dekkjande, enn å unngå ei viss overlapping.

Fylkeskommunens oppgåver og ansvar etter tannhelselova inneber både folkehelsearbeid på tannhelseområdet, ansvar for å tilby tannhelsetenester – herunder førebyggjande tenester til prioriterte grupper, og ansvar for å sørge for tannhelsetenester til befolkninga elles.

Ei rekkje lover har m.a. sine føremål i å fremme folkehelse og førebyggje sjukdom. Tobakkskade-, alkohol-, strålevern-, smittevern-, matloven og lov om helsemessig og sosial beredskap kan alle seiast å vere spesielle folkehelselover som spring ut frå sunnhetslova.

Forslaget til ny folkehelselov vil kome i tillegg til desse særlovene, og har som fokus ei heilskapeleg tilnærming til folkehelseutfordringane på tvers av innsatsområde, sektorar og forvaltningsnivå.

Vidare har spesialisthelsetenestelova, psykisk helsevernlov m.v. bestemmelser som er retta mot å fremme folkehelsa og førebyggje sjukdom.

Plan- og bygningslova har som føremål å fremme bærekraftig utvikling til beste for den einskilde, samfunnet og framtidige generasjonar. Lova skal vidare bidra til m.a. å samordne statlege, regionale og kommunale oppgåver. Planar skal i henhold til plan- og bygningslova § 3-1 første ledd bokstav fremme befolkninga si helse og motvirke sosiale helseforskjeller, samt bidra til å førebyggje kriminalitet.

Gjennomføringa av lokal og regional folkehelsepolitikk vil ofte skje gjennom virkemidlane i plan- og bygningslova. Folkehelselova vil vere ein føresetnad for at plan- og bygningslova skal kunne vere et godt verktøy for eit kunnskapsbasert og systematisk folkehelsearbeid. At ein veit kva som er regionale og lokale utfordringar er ein naudsynt føresetnad for å kunne målrette tiltaka.

Ansvar og oppgåver innanfor folkehelsearbeidet på ulike forvaltningsnivå

Ved gradvise endringar i dagens regelverk er det blitt ein ubalanse i beskrivingane om kva som er kommunestyrets ansvar og kva som er helsetenesta sitt ansvar. Det kan virke som at helsetenesta har et breiare ansvar for folkehelsearbeidet enn kommunestyret. Denne ubalansen blir tilrådd retta ved at ansvaret for folkehelsearbeidet klart blir lagt til kommunen som sådan, og ikkje til nokon bestemt sektor. Dette er også i samsvar med prinsippet om å integrere helse i alle sektorar, jfr. "helse i alt vi gjer."

Det blir tilrådd krav for å sikre at folkehelse blir forankra i dei ordinære planprosessane i kommunen – herunder at ei drøfting av kommunens helseutfordringar skal vere ett grunnlag for kommunal planstrategi.

Fylkeskommunens oppgåver og ansvar er i stor grad ei vidareføring av dagens bestemmelser. Sentrale helsemyndigheiter blir tilrådd å ha ansvar for å understøtte kommunal sektor i folkehelsearbeidet, herunder bistå med informasjon, råd og rettleiing.

Lokale folkehelsedata for å utløyse lokal handling

Det er viktig at det ligg føre lokale folkehelsedata for å utløyse lokal handling, og at tiltak forhold seg til lokale utfordringar. Men sjølv om det blir teke sikte på at statistikken er lokal bør det leggjast opp til at dataene som kommunane skal ha oversikt over, har et kjernesett som er standardisert, dvs. som er felles for alle kommunar. Dette inneber m.a. at ein viktig del av kommunane og fylkeskommunane sine oversikter skal bli basert på opplysningar som statlege helsemyndigheiter gjer tilgjengeleg. Folkehelseinstituttet blir tilrådd å gjere nøkkeldata tilgjengeleg som grunnlag for fylkeskommunane og kommunane sine oversikter.

Statistikk som blir gjort tilgjengeleg, må vere mest mogeleg avgjerds- og tiltaksrelevant og vere i ein form som er lett forståeleg. Aktuell statistikk kan vere om dødelegheit, dei viktigaste sjukdomsgruppene som kan bli førebygd, utviklinga i biologiske risikofaktorar som overvekt, dei mest sentrale livsstil- og påverknadsfaktorar, samt også grunnleggjande bakenforliggjande påverknadsfaktorar – som t.d. fråfall i skulen.

Statistikk må tolkast og kompletterast både med kvalitativ data og med annan statistikk.

Folkeshelseinstituttet vil ha ei sentral rolle i å bistå fylkeskommunar i tolkning av statistikk, slik at denne kan bli gjort best mogeleg beslutningsrelevant for politikarar og andre, samt at

denne kan danne grunnlag for tiltak. Fylkeskommunane vil igjen ha tilsvarende viktig rolle overfor kommunane.

Dei regionale helseføretaka bør bidra med overvåking av helsetilstand og determinanter i sin region – i samarbeid med m.a. kommunane, fylkeskommunane, Folkehelseinstituttet og universitetsmiljø i regionen. Det er viktig at dei regionale helseføretaka utviklar kompetanse på analyse av data som blir samla inn, slik at dei vurderar kva som er førebyggjingspotensiale og kva som er optimal fordeling av prioritering mellom førebygging og kurativ verksemd. Med ei slik oversikt vil det t.d. vere mogeleg å strategisk iverksette tiltak for å førebyggje spesielle helseutfordringar som ein ser er på veg før dei eventuelt slår inn som auka etterspurnad etter kurative helsetenester, jfr. m.a. fedmeepidemien, samt dimensjonere tenesta etter framtidig behov. Dette kan gi større kontroll over framtidige helseutgifter.

Folkehelsetiltak i kommunane

Departementet rår til ein bestemmelse om at kommunen skal fastsette mål og tiltak i folkehelsearbeidet som skal gjelde for all aktuell kommunal verksemd – herunder lokal samfunnsutvikling, planlegging, forvaltning og tenesteyting. Det blir vidare tilrådd at kommunen fastset mål og strategiar for folkehelsearbeidet, og at desse skal inngå i kommunens plansystem etter plan-og bygningslova. Dette er viktige lovmessige føringar som skal sikre politisk forankring av folkehelsearbeidet og sikre at folkehelseansvaret ligg over sektornivå. Kommunens folkehelsepolitikk (mål og strategiar) skal vere et svar på dei utfordringar som kjem fram i oversikta, og vere av ein slik karakter at dei påfølgjande aktivitetar (delmål og aktivitetar) skal kunne målast mot desse. Det blir tilrådd ei handlingsplikt for kommunen eller krav om at kommunen skal iverksette naudsynte tiltak for å møte dei helseutfordringar kommunen står overfor – med et spesielt ansvar å iverksette tiltak innanfor dei område kommunen har størst helseutfordringar, og der det er dei beste føresetnande for betringstiltak.

Miljøretta helsevern

Miljøretta helsevern er ei viktig oppgåve og ressurs inn i det breie folkehelsearbeidet i kommunen. Tenesta har si merksemd retta mot heile befolkninga, den er både sektorovergripande og gir kommunen virkemidlar også overfor verksemdar og eigedomar, både private og offentlege. Denne myndigheita er ein viktig føresetnad for at kommunen skal kunne ivareta sitt ansvar med å sikre liv og helse og fremme folkehelsa. Bestemmelsene om miljøretta helsevern flyttast "på rot" frå kommunehelsetenestelova til folkehelselova.

Beredskap

Etter departementets vurdering er det behov for å ha beredskapsbestemmelser i lov om folkehelsearbeid, dvs. beredskap knytt til vern om befolkninga si helse. I hovudsak er beredskap i denne samanheng knytt til miljøretta helsevern. Kravet om beredskapsplan for kommunens oppgåver innan miljøretta helsevern i kommunehelsetenestelova blir difor tilrådd vidareført i ny lov om folkehelsearbeid.

Erfaringar frå hendingar, m.a. etter Vest Tank ulykka i 2007, viser at det er behov for å styrke helseberedskapen spesielt ved kjemikaliehendingar innanfor ramma av miljøretta helsevern. Dette blir tilrådd å bli følgd opp i samband med denne lova. I dag ligg det ikkje føre noka klar meldings- og varslingsplikt frå kommunens miljøretta helsevern og kjemikaliehendingar eller mistanke om utbrot av sjukdom eller helseskade relatert til kjemikalieeksponering. I lovforslaget er det rådd til forskriftsheimel til å stille nærare krav til kommunens beredskap innan miljøretta helsevern. Departementet rår til at Folkehelseinstituttet får et lovfesta ansvar

til å bistå kommunar ved kjemikaliehendingar, m.a. for å kunne avklare hendingane sin art, omfang og alvorleghetsgrad for folkehelsa, samt mogelege førebyggjande og skadeavgrensande tiltak.

Gjennomføring av WHO's internasjonale helsereglement (IHR 2005)

IHR er ein folkerettsleg avtale som er bindande for alle WHO's medlemsstatar. IHR tek sikte på å førebyggje, varsle, beskytte mot, kontrollere, og sikre ein helsemessig respons ved alvorlege hendingar av betydning for internasjonal folkehelse, som t.d. spredning av radioaktiv stråling, kjemikalier eller smittestoff som resultat av ei ulykke, ei villet handling, eller ein naturleg prosess.

IHR-forskrifta som delvis gjennomfører reglement i norsk rett gjeld førebels berre på smittevernområdet, og departementet meiner det er naudsynt å gjere forskrifta gjeldande også på atom/strålevern- og kjemikalieberedskapsområda for å oppfylle våre internasjonale plikter, og for å vere tilstrekkeleg førebudd dersom det oppstår ei alvorleg hending av betydning for internasjonal folkehelse. For å utvide virkeområdet til IHR-forskrifta er det behov for tydelegare heimlar i lovverket, spesielt når det gjeld etablering av varslingsystem, heimel for å kunne lagre og behandle varslar, i tillegg til heimlar for å kunne iverksette mellombels og ståande tiltak som blir pålagt av WHO.

Helsefagleg kompetanse i folkehelsearbeidet

Det er personell med mange ulike fagbakgrunner som gjer ein god innsats i folkehelsearbeidet. Kravet om å ha kommunelege i kommunehelsetenestelova blir vidareført både i folkehelse- og helse- og omsorgslova. Samfunnsmedisinsk kompetanse vil vere viktig for m.a. å gjennomføre dei analysar, vurderingar og tiltak som følgjer av forslaget til ny folkehelselov.

Kommunesamarbeid

Innanfor miljøretta helsevern deltek 48% av landets kommunar i ulike former for interkommunalt samarbeid, med gode erfaringar. Det er i utgangspunktet opp til kommunane å finne ut om dei bør samarbeide med andre kommunar for å etterleve dei krava som blir stilt til kommunens aktivitet etter forslag til ny folkehelselov. Departementet rår til å vidareføre bestemmelsen i kommunehelsetenestelova som gir høve til å pålegge kommunesamarbeid når det er påkrevd for ei forsvarleg løysing av folkehelseoppgåvene.

Miljøretta helsevern er ei oppgåve som gir kommunen høve til å fatte vedtak. Vertskommunesamarbeid etter kommunelova § 28 a-k (ev. samkommune dersom denne modellen blir lovfesta) er ei ordning for samarbeid om myndighetsoppgåver.

Tilsynsmyndigheit

Det blir tilrådd at Statens helsetilsyn vidareførast til å ha ansvar for overordna tilsyn med folkehelsearbeidet i landet. Departementet bed om høyringsinstansane sitt syn på om Fylkesmannen eller Helsetilsynet i fylket bør vere regional tilsynsmyndigheit.

Det blir rådd til at kommunen framleis skal vere tilsyns- og godkjenningssmyndigheit ovanfor verksemdar som også er kommunale. Dette set ekstra krav om at kommunen har god styring med denne verksemda og at dette kan bli dokumentt. Departementet rår difor å vidareføre kravet om internkontroll for folkehelsearbeidet.

Økonomiske og administrative konsekvensar av framlegget til ny folkehelselov

Befolkninga si helse er blant samfunnets viktigaste ressursar. Framleis er potensialet stort for å førebyggje sjukdom og for tidleg død. Ein betre balanse i ressursinnsatsen mellom behandling og førebygging vil over tid føre til ein reduksjon i auken av behovet for kostbar

behandling. I tillegg til dei økonomiske fordelane dette medfører, vil det vere vesentlege menneskelege og velferdsmessige vinningar ved ei lågare dødelegheit og ei meir funksjons- og arbeidsdyktig befolkning.

For di forslag til lov er innretta slik at den skal sikre betre prioriteringar og målretta tiltak inn mot helseutfordringar kan eventuelle meirkostnader som følgje av ny folkehelselov bli vurdert innan allereie gjeldande budsjettammer. Kommunens og fylkeskommunens ansvar må bli vurdert innan dei rammer som dei arbeidar innanfor i forhold til kapasitet og ressursituasjon elles, og kva som gir mest helse innan gitte ressursar, jfr. m.a. forholdet mellom førebygging og behandling.

5 Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011 – 2015)

5.1 Utviklinga av helse- og omsorgstenesta

- **Helse og sjukdom i dagens Norge:** Dei fleste er friske og har god helse, men det er betydelege sosiale ulikheter – både i helsetilstand og forbruk av helsetenester knytt til kjønn, minoritetar og sosial bakgrunn.
- **Dagens helseteneste:** Norge er blant dei land i verden som brukar mest ressursar på helse- og omsorgstenester i forhold til folketalet.
- **Sjukdom og helseatferd i endring:** Smittsame sjukdomar er erstatta av kroniske ikkje-smittsame sjukdomar. Dei dominerande sjukdomsgruppene er blitt hjarte- og karsjukdom, kreft, diabetes, luftveissjukdomar, muskel- og skjelettsjukdomar, ulykker og psykiske lidningar. Dette er sjukdomar som langt på veg har si årsak i endra levevanar.
- **Medisinske mogelegheiter og moderne helsetenester:** Spesialisering og internasjonalisering har særleg prega legevitenskapen. I omsorgstenesta har det skjedd ei desentralisering, avinstitusjonalisering og integrering. Nye behandlings- og omsorgstilbod skapar nye behov, og veksten i sektoren har vore betydeleg.
- **Samfunnsutviklinga:** Samhandlingsreforma oppsummerar dei viktigaste utfordringane: behovet for meir førebyggjande arbeid, behovet for breddekompetanse og heilskapelege tenester og sikring av ei berekraftig helse- og omsorgsteneste i møte med framtida si befolkningssamansetning og sjukdomsbilde.

5.2 Utfordringar

Utfordringane med å vidareutvikle og betre helsetenesta er betydelege. Kjernen i samhandlingsreforma er å auke innsatsen for å avgrense og førebyggje sjukdom.

- **Førebygging og folkehelse.** Helse blir ikkje skapt først og framst i helsesektoren, men gjennom levekår, livsvilkår og livsstil. Difor må folkehelsearbeid skje på tvers av sektorar og forvaltningsnivå. Det er viktig å lete etter dei grunnleggjande årsakaer til dårleg helse i alt førebyggjande arbeid. Politiske tiltak som når ut til heile befolkninga og helseretta tiltak ovanfor einskildpersonar må bli kombinert – t.d. arbeidet mot fedme og alkoholskadar
- **Organisering av helse- og omsorgstenester:** Ein vellykka samhandlingsreform krev ein betre balanse mellom spesialisthelsetenesta og den kommunale helse- og omsorgstenesta. Pleie- og omsorgstenesta i kommunane skal vidareutviklast for å ivareta større oppgåver og for å betre brukarane sin livskvalitet og meistring. Ved ulykker og akutt sjukdom skal alle få rask og god akuttmedisinsk hjelp. Pasientar med kroniske sjukdomar har særleg behov for heilskapelege tenester. Særleg gjeld det område som rehabilitering, psykisk helse og rus. Dagens pasientar har mykje kunnskap og er godt informert om kva helsetenesta kan bidra med. Framtidias

pasientar vil vere aktive deltakarar i spørsmål som gjeld eiga helse og behandling. Ein ny form for eigenomsorg må bli utvikla.

- **Kvalitet og faglegheit** må få større merksemd i alle ledd av helse- og omsorgstenesta. Dette gjeld i folkehelsearbeidet, i diagnostisering og behandling og i pleie og omsorg. Det må skje gjennom betre kartlegging og registrering, og ved systematisk arbeid for å betre kvaliteten. Etisk bevisstheit er naudsynt for høg kvalitet. Trygge tenester betyr stor merksemd på pasienttryggleik. Det vil seie tiltak for å hindre skadar og biverknader av medisinsk verksemd. Helsetenesta og helsepersonell skal kunne lære både av avvik og av det som går godt. Ei god teneste må vere basert på sikker kunnskap. Vi må vite at tiltaka virkar. Både helsepersonell og pasientar må bli sikra tilgong til ein god og kvalitetssikra kunnskap. Moderne informasjonsteknologi er den viktigaste kanalen vi har for kunnskap og kommunikasjon. Samspelet mellom helse- og omsorgstenesta og utdannings- og forskningssystemet får større betydning når omstillingstakta i helse- og omsorgstenesta aukar.
- **Leiing, omstilling og finansiering.** Sterkare politisk og fagleg styring er naudsynt for å nå måla for tenesta. Særleg krevjande er fagleg leiing og nasjonal samordning av kommunehelsetenesta. Ei av dei viktigaste utfordringane er å rekruttere, utvikle og behalde tilstrekkeleg og kompetent personell. For å handtere dei endringar som går fram av samhandlingsreforma, må den framtidige økonomiske veksten vere størst i kommunehelsetenesta.

5.3 Gjennomføring av samhandlingsreforma

Samstundes med at den kommunale helse- og omsorgstenesta blir styrka og vidareutvikla, skal spesialisthelsetenesta omstillast. Utgreiing og behandling av ofte forekomande tilstander skal desentraliserast der dette er mogeleg. Utgreiing og behandling av sjeldan forekomande sjukdomar skal sentraliserast der dette er naudsynt for å sikre god kvalitet og god ressursbruk.

- **Mogelege virkemidlar:** Dei viktigaste virkemidlane, som blir innfasa gradvis, kan grupperast i lover og forskrifter, avtalar, eigarstyring av spesialisthelsetenesta, organisering, finansiering og ressurstilgong, nye tenester og tilbod, faglege styringsverktøy, personell- og kompetanseutvikling og planarbeid. Forslaget til ny folkehelselov inneber ei samla regulering av kommunalt, fylkeskommunalt og statleg folkehelsearbeid. Lovforslaget legg opp til langsiktig og systematisk innsats, og integrering av helseomsyn inn i kommunens andre aktivitetar. I framlegg till ny kommunal helse- og omsorgslov blir kommunens overordna ansvar for helse- og omsorgstenester ("sørge-for-ansvar") tydeleggjort, utan at kommunane samstundes blir pålagt bestemte måter å organisere tenesta på. I framlegget blir skillet mellom helsetenester og omsorgstenester opphevd. Nasjonale avtalar mellom regjeringa og KS skal danne ramme for samarbeid om utvikling av tenesta. Lokale samarbeidsavtalar mellom kommunar og helseføretak vil kunne omfatte utvikling av alternativ til sjukehusinnlegging, samarbeid mellom kommunar og helseføretak om kompetanseutvikling og utdanning av helsepersonell, samarbeid om IKT og forskning. Gjennom eigarstyring kan staten styre spesialisthelsetenesta slik at det blir lagt til rette for godt samarbeid lokalt. Regjeringa utgreiar ein samla økonomisk virkemiddelpakke som skal bidra til ei ønska endring og heilskapeleg finansiering av desse endringane. Lokalmedisinske sentra vil vere ein arena for samarbeid mellom ulike profesjonar i kommunen, mellom kommunar og mellom kommunar og spesialisthelsetenesta. Nasjonale faglege retningslinjer er eit virkemiddel for å sikre kvalitet og heilskapeleg praksis i heile landet. Styringsdata i form av informasjon om bruk av tenester og ressursar vil vere nyttige verktøy for kommunar og helseføretak i planlegginga og administreringa av tilbodet. IKT-system og e-helsetenester gir brukarane auka høve for innsikt, noko som vil styrke pasientrolla. Ein felles fagleg plattform med retningslinjer, prosedyrar og anna avgjerdsstøtte for heile helsetenesta på tvers av behandlingsnivå og profesjongrensar, vil vere et viktig virkemiddel i gjennomføring av samhandlingsreforma. Samarbeid om utdanning er eit av områda

som skal inngå i dei lovpålagte avtalane mellom helseføretaka og kommunane. Det blir vurdert å leggje inn som krav i dei lokale avtalane at partane utarbeidar lokale planar for utvikling av sine respektive tenestetilbod i fellesskap.

5.4 FOLKEHELSE

5.4.1 Nasjonale folkehelsetiltak

- **Situasjonen i dag:** Helsetilstanden i den norske befolkninga er generelt god. Dei store utfordringane handlar om å endre folks levevanar og å motvirke sosiale helseforskjeller. Mange sjukdomar kan bli knytt til levevanar. Kreft, hjarte- og karsjukdomar, kols og type 2-diabetes er nokre døme. Ein av fem nordmenn har fedme og 10-20% av barn og unge er overvektige. Vi drikk stadig mer alkohol. Nedgongen i røyking ser ut til å ha flata ut. Tobakk reknar ein med å vere årsak til om lag 7000 dødsfall kvart år. Vi spiser for lite frukt og grønt, grovt brød og fisk og vi bevegar oss for lite. Psykiske problem og muskel- og skjelettlidingar er den viktigaste årsaka til uføretrygd. Kvart år er det om lag 1800 personar som dør grunna ulykker. Det er også utfordringar knytt til miljø og helse, t.d. reint drikkevatt til alle. Det er et uutnytta potensial i samarbeidet mellom offentleg og privat sektor, og mellom kommunar, fylkeskommunar og statlege myndigheiter.
- **Overordna mål:** Fleire leveår med god helse i befolkninga og reduserte sosiale forskjeller. Det skal vere lett å gjere val som fremmer god helse. Det skal vere enkelt å velje sunne alternativ. Fleire sektorar i samfunnet skal engasjere seg i folkehelsearbeidet og samarbeide på tvers. Innsatsen skal vere koordinert, også nasjonalt. Helsekonsekvensar av ulike tiltak skal vurderast og takast omsyn til i departementene sine planar, strategiar og lovverk. Nøkkeltal over folks helseatferd og helsetilstand skal vere tilgjengeleg for alle. Offentleg og frivillig sektor skal ha gode rutinar for samarbeid om folkehelse.
- **Mogelege virkemidlar:** Det skal vere riktig balanse mellom politiske tiltak på befolkningsnivå og faglege tiltak på individ, kombinert med respekt for einskildpersonars val av livsstil og levevanar. Gode resultat i folkehelsearbeidet krev systematisk innsats og langsiktige strategiar. Samarbeid på tvers av sektorar og samarbeid med frivillig sektor og andre aktørar er ein føresetnad. Fastsette måltal for dei viktigaste folkehelseområda (fysisk aktivitet, tobakk, ernæring, ulykker mv.) Vidareutvikle strategiar og handlingsplanar som verktøy for å forankre folkehelsa i aktuelle sektorar. Berørte departement samarbeidar på tvers. For å endre folks levevanar må fleire typer virkemidlar nyttast samstundes og bli sett i samanheng. Lovendringar og andre typer regulering på einskilde område kan bli vurdert, på same måte som for røykelova. Døme: mogelege restriksjonar mot å marknadsføre usunne mat- og drikkevarar for barn. Vurdere å bruke prisvirkemidlar og andre økonomiske virkemidlar utover det som blir gjort i dag. Folkehelsearbeid må skje der barn og unge oppheld seg, som barnehagar og skular. Sette klare mål for informasjons- og kommunikasjonstiltak, og tiltak for å betre kompetansen i folkehelsearbeid. Vinne erfaringar og utvikle metoder for samvirke mellom frivillige og offentlege myndigheiter om folkehelse, m.a.gjennom modellforsøk.

5.4.2 Lokalt folkehelsearbeid

- **Situasjonen i dag:** Lokalt folkehelsearbeid omhandlar folkehelsearbeidet på regionalt og lokalt nivå. Forslaget til ny folkehelselov vil regulere kommunars og fylkeskommunars ansvar for folkehelsearbeid. Den vil også regulere statlege helsemyndigheiters understøtting av lokalt folkehelsearbeid. Utfordringane er knytt til at det lokale folkehelsearbeidet i for liten grad inngår i ordinære plan- og styringssystem som gjer systematisk, kontinuerleg og langsiktig innsats mogeleg. Fylkeskommunane sitt lovfesta ansvar for oppgåver i folkehelsearbeidet frå 2010 gir tilpasning til ulike lokale utfordringar og behov mogeleg. Arbeid for folkehelsa skal bli ivareteke og bli vektlagt i fylkeskommunen si eiga politikktutforming og i styring og drift

av eiga verksemd og planlegging. God oversikt over helseutfordringar og betydningsfulle påverknadsfaktorar er naudsynt for å løfte folkehelse inn i ordinære plan- og avgjerdsprosesser. Kommunane har breitt ansvar for folkehelsa, og kommunen er den viktigaste arena for folkehelsearbeid. Mange kommunar har utfordringar knytt til kapasitet og kompetanse – særleg miljøretta helsevern – for å utvikle og gjennomføre ein folkehelsepolitikk tilpassa kommunens utfordringar og behov.

- **Mål:** Den nye folkehelselova skal vere kjent og forstått av landets kommunar og fylkeskommunar. Folkehelse er løfta fram som et viktig lokal- og regionalpolitisk tema. Fylkeskommunar og kommunar skal ha gode oversikter over helseutfordringane, og oversiktene skal vere lagt til grunn i kommunal og fylkeskommunal planstrategi. Fylkeskommunar og kommunar skal ha fastsett mål og strategiar for folkehelsearbeidet forankra i planprosessene etter plan- og bygningslova. Fylkeskommunane og kommunar skal ha naudsynt kapasitet og kompetanse til å ivareta oppgåver som følgje av den nye folkehelselova. Kommunane skal oppleve at dei får god rettleiing frå fylkeskommunen og statlege aktørar.
- **Mogelege virkemidlar:** Utvikle og gjennomføre ein plan for iverksetting av ny folkehelselov som eit samarbeid mellom statlege myndigheiter, fylkeskommunar og kommunar. Gjere tilgjengeleg nøkkeldata om helsetilstand og påverknadsfaktorar for kommunar og fylkeskommunar, og bidra med kompetansestøtte i analyse og fylkesvise helseprofilar. Lage rettleiar og standardar for godt folkehelsearbeid, som skal vere tilgjengeleg for kommunar og fylkeskommune. Kompetansehevande tiltak, rettleiing og faglege verktøy, samt arena for å formidla erfaring og kunnskap.

5.4.3 Sosial ulikskap og helse

- **Situasjonen i dag:** Befolkninga har generelt god helse. Men gjennomsnittstala skjuler at det er store og aukande helseforskjeller mellom folk i landet. Den som har best økonomi har også best helse, dei lever lengre og tek sunnare val enn grupper med låg inntekt. M.a. heng kosthald, fysisk aktivitet, røyking og alkoholbruk saman med sosioøkonomisk status. Det er samanheng mellom låg inntekt og risiko for sjukdom som førar til helseforskjeller. Det skuldast ulike levkår som kort eller avbrote skulegang, laus tilknytning til arbeidslivet, belastningar i arbeidsmiljøet, dårleg bumiljø, avgrensa ressursar til å ta sunne val og ulik tilgang på helsetenester. Folks levkår påvirkar motivasjonen og haldningar til å kutte røyken, spise sunnare og bevege seg mer slik at ein held seg frisk og unngår at sjukdom utviklar seg.
- **Mål:** redusere sosiale helseforskjeller, redusere dei økonomiske forskjellene i befolkninga, auka innsats mot fattigdom. Sikre grunnleggjande økonomisk tryggleik for alle. Sikre barns like mogelegheiter til utvikling uavhengig av foreldra si økonomi, utdanning, etnisk bakgrunn og geografisk tilhøyrighet. Fremme eit inkluderande arbeidsliv. Fremme sunnare arbeidsmiljø. Redusere forskjeller i helseatferd. Sikre likeverdige helse- og omsorgstenester. Sikre betre levkår for dei vanskelegst stilte. Folkehelsearbeidet skal vere kunnskapsbasert.
- **Mogelege virkemidlar:** Auke vektlegging på bakenforliggende årsaker til helseforskjeller og sette inn tiltak så tidleg som mogeleg for å sikre inntekt, arbeide, gode oppvekstkår, utdanning og universell utforming. Følgje opp tiltak i Nasjonal strategi for å utjamne sosiale helseforskjeller. Helsedirektoratet skal årleg rapportere om arbeidet med å redusere sosiale helseforskjeller. Vurdere tiltak for å minske vridningsmekanismer som kan skape ulikheter i helsetenestebruk. Byggje opp personidentifiserbart Norsk Pasientregister som opnar nye mogelegheiter til å studere sosiale forskjeller i helsetenestebruk. Satse på tiltak som rettar seg mot heile befolkninga. Desse tiltaka må bli supplert med målretta tiltak for menneske med behov for ytterlegare grep.

5.4.4 Arbeid og helse

- **Situasjonen i dag:** Arbeid i seg sjølv er viktig for folkehelsa. Et inkluderande arbeidsliv som førebyggjer sjukefråver, hindrar utstøting og gir alle menneske høve for å delta i arbeidslivet, har stor verdi for velferdssamfunnet. Nesten 700 000 personar i yrkesaktiv alder står mellombels eller varig utanfor arbeidslivet. Dette er om lag 1/5 av befolkninga i arbeidsdyktig alder. Norge er det OECD-landet som har høgast tilgang på nye uføre og lågast avgang. Muskel- og skjelettlidingar og psykiske lidingar er dei vanlegaste årsaka til at folk fell utanfor arbeidslivet i kortare eller lengre periodar. Talet på uføre med lettare psykiske lidingar aukar, særleg i gruppa 20-39 år. Nesten alle unge byrjar i vidaregåande opplæring etter grunnskolen. Fem år seinare er det berre rundt 70 % som har gjennomført og bestått med full studiekompetanse eller yrkeskompetanse.
- **Mål:** Endre forhold som bidreg til eller opprettheld urettferdig fordeling og fattigdom. Skape eit meir inkluderande arbeidsliv med fleire menneske i arbeid og aktivitet, og færre på passive søknader. Skjerpe innsatsen for eit godt arbeidsmiljø, bekjempe utstøting og gjere terskelen lågare for å kome inn i arbeidslivet. Fleire skal fullføre vidaregåande opplæring. Andelen som ikkje fullfører skal bli redusert.
- **Mogelege virkemidlar:** Avtalen om et meir inkluderande arbeidsliv med forankring av oppfølginga i Arbeidslivs- og pensjonspolitisk råd. Avtalen skal bidra til å førebyggje og redusere sjukefråver, styrke jobbnærvær og betre arbeidsmiljø, og hindre utstøting og fråfall frå arbeidslivet. Det skal leggjast vekt på tiltak for å redusere sjukefråveret, auke avgangsalderen i arbeidslivet og sikre rekruttering av personar med nedsett funksjonsevne og andre utsette grupper i arbeidslivet. Sikre ei betre og meir effektiv sjukefråversoppfølging, tettare oppfølging av den sjukemelde og bruk av sanksjonar ovanfor aktørar som ikkje følgjer opp. Utarbeide rettleiarar og tilby tiltak for å betre kompetansen til dei som sjukmelder, for å sikre einheitleg praksis. Iverksette rehabilitering med arbeid som mål raskt. Tydeleggjere arbeidets betydning for helsa og formidle ny kunnskap om virkning og bivirkning av arbeidsfråver til arbeidstakarar og arbeidsgjevarar. Redusere fråfallet i vidaregåande skule gjennom gode og inkluderande læringsmiljø frå barneskulen til vidaregåande. Helsetenesta kan bidra ved å identifisere risikogrupper og følgje opp dei som treng det tidleg. Rapporten frå utvalet som utgreier spørsmål om utstøting og sjukefråver i helse-og omsorgssektoren vil stå sentralt i vidare arbeid.

5.4.5 Beredskap og smittevern

- **Situasjonen i dag:** Alvorlege hendingar nasjonalt og internasjonalt dei siste åra har påverka synet på kva som er god samfunnstryggleik og beredskap. Smittevern er ein sjølvstendig del av dette bildet. Norge har låg forekomst av smittsame sjukdomar. Vi har god oversikt og kontroll over smittevernsituasjonar. Det er ei utfordring å førebyggje utbrot og spreiding av smittsame sjukdomar. Alle helseføretak og dei fleste kommunar har planar etter lov om helsemessig og sosial beredskap og/eller etter smittevernlova.
- **Mål:** Bevare Norges unike smittevernposisjon nasjonalt og internasjonalt. Vidareføre og utvikle systematisk beredskapsarbeid slik at tenesta er robuste og samanhengande. Kjemikalieberedskapen skal vurderast i ny helselovgivning. Gjennomgå pandemien for å vidareutvikle pandemiberedskapen
- **Mogelege virkemidlar:** Helseberedskapen vidareutviklast gjennom gjeldande og ny helselovgivning. Overordna nasjonal helse- og sosialberedskapsplan vil bli revidert. Nasjonal beredskapsplan for pandemisk influensa vil bli revidert. Norges gode posisjon i smittevernsamheng søkjast oppretthalde gjennom internasjonalt samarbeid og god implementering av våre internasjonale plikter. Det blir arbeid for å oppretthalde ei robust forsyning av legemidlar og materiell. Vidareutvikle NBC-kompetanse (nuclear, biological, chemical), utstyr og samarbeid på skadestad og sjukehus.

5.4.6 Internasjonalt helsearbeid

- **Situasjonen i dag:** Helse- og beredskap er i aukande grad ei internasjonal sak. Dette er særleg tydeleg på område som migrasjon av helsepersonell, helsetryggleik og spreiding av smittsame sjukdomar. Ikkje-smittsame sjukdomar som er utløyst av alkohol- og tobakksbruk, fysisk inaktivitet og usunt kosthald, utgjer ein stadig større del av verdens sjukdomsbyrde. Folkehelsa og det norske helsesystemet blir påverka av forhold utanfor landets grenser.
- **Mål:** Norge skal bidra til å utvikle ordningar for effektiv førebygging og sjukdomsbekjemping, bidra til å betre helsesituasjonen i Norges nærområde og verden elles, bidra til å utvikle velfungerande og heilskapelege helsesystem, fremme kvinners rettar og likestilling, og styrke Verdens helseorganisasjon som hovudorgan for normutvikling og overvåkning i global helsepolitikk. Vere oppteken av å verne norsk folkehelsepolitikk frå sterke kommersielle interesser og kriminell verksemd, slik narkotikapolitikken er et døme på.
- **Mogelege virkemidlar:** Norge vil arbeide for å styrke Verdens helseorganisasjons leiande og koordinerande rolle på helsefeltet. Norge vil halde fram med å støtte utviklinga av Verdens helseorganisasjons tobakk konvensjon og det internasjonale helsereglementet. Norge vil bidra aktivt til å innføre internasjonale retningslinjer for rekruttering av helsearbeidarar. Norge vil fremme arbeidet for utvikling av gode helsesystem og vidareføre innsatsen omkring smittsame sjukdomar. Norske myndigheiter skal bidra til å oppfylle FN sitt helserelaterte tusenårsmål fram mot 2015. Norge vil vidareføre engasjementet for å fremme helsesituasjonen i våre nærområde gjennom Barents-programmet og andre kanalar.

5.5 Framtidas kommunehelseteneste

5.5.1 Førebyggjande helseteneste

- **Situasjonen i dag** Det førebyggjande arbeidet i kommunane skal styrkast. I samhandlingsreforma er det et mål å flytte ressursar tidlegare ut i tiltakskjeden. Det blir særleg viktig å leggje vekt på det primærførebyggjande arbeidet. Sekundær- og tertiærførebyggjande arbeid skal også styrkes. Sekundærførebygging er tidlege tiltak for å stanse sjukdomsutvikling eller å hindre tilbakefall. Tertiærførebygging er tiltak for å hindre forverring og sikre best mogeleg liv med den helsesvikta ein har. Alle delar av helse- og omsorgstenesta og alle personellgrupper er viktige for å lykkast med god førebyggjning. Fastlegane har likevel ei heilt sentral rolle. Helsestasjons- og skulehelsetenesta er eit viktig førebyggjande tiltak. Helsestasjonstenesta når ut til alle sosiale lag i befolkninga. Så godt som alle barn og unge brukar tenesta. 70 % av de gravide følgjast opp ved helsestasjonane. Det er aukande etterspurnad etter jordmødrenes tenester frå brukarne i kommunane. Det er frisklivstilbod i om lag 70 kommunar og fleire er under oppbygging. Både helsepersonell og deltakare er nøgd med tilbodet.
Tannhelsetenesta i fylkeskommunen skal organisere førebyggjande tiltak for heile befolkninga. I tillegg blir det gitt tilbod om tannhelsehjelp til alle barn og unge 0-20 år og fleire andre grupper av befolkninga.
- **Mål:** Ein større del av innsatsen i helsetenesta skal vere førebyggjande tenester. Auka eigenmeistring. Ei god helsestasjons- og skulehelseteneste, herunder tilbod om svangerskapsomsorg.
- **Mogelege virkemidlar:** Iverksette ny folkehelselov. Iverksette ny kommunal helse- og omsorgslov der det m.a. gjerast endringar som går fram i punkta under. Endringar i rammevilkår for fastlegane, herunder ny fastlegeforskrift. Gjennomgå grunn- og videreutdanningane knytt til auka innsats på førebyggjning. Vurdere forslaga frå Helsedirektoratet for å styrke helsestasjon og skulehelsetenesta. Følgje opp Nasjonal handlingsplan for førebyggjning av uønska svangerskap og abort 2010-2015. Strategiar og tiltak i planen er oppdatert med bakgrunn i tre tidlegare handlingsplanar.

5.5.2 Legetenester i kommunane

- **Situasjonen i dag:** Det er brei semje om at fastlegeordninga i hovudsak fungerer godt. Befolkninga er nøgd med fastlegeordninga, som har medført kortare ventetid og betre legedekning. Det er likevel utfordringar. I stortingsmeldinga om samhandlingsreforma trekkast m.a. fram at fastlegane ikkje er godt nok integrert i kommunehelsetenesta og at kommunane ønskjer betre høve for å styre fastlegane. Fastlegane driv ikkje nok førebyggjande og oppsøkande arbeid og dei samhandler ikkje nok med andre yrkesgrupper. Det er også peika på svakheiter ved dagens finansieringsordning. Ordninga har ein høg stykkprisandel (75 %), noko som truleg bidreg til god tilgjengelegheit, men kan gi andre uheldige insentiv. I tillegg er kommunanes finansieringsandel låg (25 %) sett i forhold til ansvaret for tenesta. Samstundes er det forståing for den sentrale rolla fastlegane har i helsetenesta for å sikre heilskapelege og koordinerte tenester.
- **Mål:** Å utvikle allmennlegetenesta er ein viktig del av samhandlingsreforma. Fastlegane skal framleis i stor grad vere sjølvstendige næringsdrivande, samstundes som det skal leggjast til rette for at allmennlegar i større grad kan ha fast lønn med høve for å gå over til næringsdrift der kommune og lege er samde om dette. Rammevilkåra for allmennlegetenesta skal utviklast i ei retning som sikrer stat og kommune gode styringsmogelegheiter. Endringane skal fremme kvalitet (Nasjonal kvalitetsstrategi), meir innsats for å begrense og førebyggje sjukdom der dette er effektivt, herunder aktiv oppfølging av kronikarar og andre pasientar med særskilt risiko for sjukdom og behandlingsbehov i spesialist-helsetenesta, samt tilstrekkeleg oppfølging av sårbare grupper som ofte ikkje sjølv oppsøker lege, og tettare samhandling med andre kommunale helse og omsorgstenester. Endringar skal ivareta god geografisk legefördeling, god rekruttering og bidra til å sikre større stabilitet i legedekninga i distriktskommunar.
- **Mogelege virkemidlar:** Endre fastlegeforskrifta, herunder vurdere å innføre nasjonale kvalitets- og funksjonskrav med tilhøyrande rapporteringskrav, for å understøtte at fastlegane tek et heilskapeleg ansvar for legetenesta til listepopulasjonen og sikrar et heilskapeleg pasientforløp. Vurdere ressursbehovet i fastlegeordninga i samband med utforming av fastlegeforskriften, etter gjennomgang av legevaksordninga og når det er klart kva oppgåver fastlegane skal ivareta framover. Utvikle eit kvalitetssystem for primærhelsetenesta, der allmennlegetenesta er ein integrert del. Tilpasse spesialistutdanninga i allmennmedisin til nye oppgåver og kompetansebehov. Utreie endringar i finansieringsordninga for allmennlegetenesta som understøtter målsettingane i samhandlingsreforma.

5.5.3 Pleie- og omsorgstenester

- **Situasjonen i dag:** Omsorgstenesta sine hovudutfordringar er knytt til vekst i tall brukare og at fleire har komplekse sjukdomsbilder med behov for samansette tenester. Dette stiller store krav til kapasitet og kompetanse i omsorgstenesta, og til omstilling og tilpassing i kommunane. Det er behov for betre medisinsk og tverrfagleg oppfølging av omsorgstenesta sine brukarar og større merksemd på aktivitet og sosiale og kulturelle forhold ved dagens omsorgstilbod. Dagens og framtidens omsorgstenester må organiserast slik at den einskilde kan halde fram med å leve et trygt, meningsfullt og mest mogleg sjølvstendig liv til tross for krevjande livsutfordringar, sosiale og helsemessige problem eller funksjonssvikt. Kommunane har ansvar for utforming og utbygging av omsorgstenesta. Omsorgstilbodet skal uformast og byggast ut i tråd med brukarnes behov og lokale forhold, i tett samarbeid med offentlege tenester, familie og lokalsamfunn.
- **Mål:** Gjennomføre Omsorgsplan 2015: Styrke kapasiteten i omsorgstenesta gjennom 12000 heildøgns omsorgsplassar og 12 000 nye årsverk. Betre kvaliteten i omsorgstenesta ved å presisere verdigheit som del av forsvarlegghetskravet, samt

vedta forskrift om ei verdig eldreomsorg. Gjennomføre Demensplan 2015 og sikre gode tenester til heimebuande demente. Regjeringa har som mål å innføre ei lovfesta plikt til å tilby dagtilbod til demente når tilbodet er bygd ut. Auke kompetansen i omsorgstenesta gjennom Kompetanseløftet 2015, videreutvikle kunnskapsgrunnlaget gjennom praksisnær forskning og utvikling, styrke den etiske kompetansen hos dei tilsette. Auka merksemd på aktiv omsorg og partnerskap med familie og pårørende. Betre samhandling og medisinsk oppfølging, og styrka innsats innan lindrande behandling. Styrke bruk av velferdsteknologi og nye innovative løysingar.

- **Mogelege virkemidlar:** Det er framleis naudsynt med ressursinnsats for å sikre eit tilstrekkeleg og forsvarleg omsorgstenestetilbod. Regjeringas mål om 12 000 nye årsverk i omsorgstenesta i perioden 2008-2015, full sjukeheims-dekning ved at alle som treng heldøgns omsorg skal få dette, framleis innsats knytt til rekruttering og kompetanse, samt gjennomføring av Demensplan 2015, står difor fast. For å sikre at alle kommunar som har behov for å byggje fleire heildøgns omsorgsplassar får høve til det, blir det i statsbudsjettet for 2011 tilrådd å endre investeringsordninga for sjukehjem og heildøgns omsorgsplassar ved at fylkesmennenes behovsprioriteringar av kva kommunar som skal få tilskott, avviklast. Som oppfølging av avtalen mellom regjeringspartia, KrF og Venstre blir det tilrådd å innføre ein verdigheitsgaranti gjennom lovendring og ny forskrift om ei verdig eldreomsorg. Regjeringa har som mål å innføre ei lovfesta plikt til å tilby dagtilbod til demente når tilbodet er bygd ut. Midlar til utbygging av et slikt tilbod vurderast i budsjettproposisjonane for det einskilde år. Regjeringa har oppnemnt eit utval som skal finne nye løysingar for å møte framtidens omsorgsutfordringar, med spesiell vekt på utvikling av arkitektur, ny teknologi og nye eiger- og driftsformer.

5.5.4 Rehabilitering og habilitering

- **Situasjonen i dag:** Rehabiliterings- eller habiliteringstiltak skal vere ein integrert del av pasientforløpet hos barn og vaksne med ulike sjukdomar og skader. Tilbodet er ikkje tilstrekkeleg på alle område. Mange som treng slike tenester opplever brot og svikt i flyten mellom nivåa og på tvers av tenestegrenser. Ein rehabiliterings- eller habiliteringsprosess involverar fleire aktørar, også utanfor helsetenesta. Prosessen må planleggast og gjennomførast ut frå den einskildes individuelle behov. Prosessen må skje i kvardagen til den det gjeld og brukaren må delta aktivt. Rehabilitering skjer i spesialisthelsetenesta og i kommunen. Dei private rehabiliterings- og opptreningsinstitusjonane er ein del av spesialisthelsetenesta og gir tilbod til ulike pasientgrupper.
- **Mål:** Gjennom samhandlingsreforma skal det vurderast om kommunane skal få større ansvar for rehabilitering og habilitering. Det må settast inn tilstrekkeleg ressursar på habiliterings- og rehabiliteringsområdet. Brukarmedverknaden skal styrkast. Tenesta må koordinerast betre. Kommunale, statlege og private tenester må bli sett i samanheng slik at tilbodet blir heilskapeleg og samanhengande. Fagleg kvalitet skal ivaretakast og status knytt til habiliterings- og rehabiliteringstenesta skal styrkast. Samhandlingsreformas mål om meir heilskapelege og samanhengande tenester utan ikkje naudsynte brot og forsinkingar er svært viktig på habiliterings- og rehabiliteringsfeltet.
- **Mogelege virkemidlar:** Gjennomgå rehabiliteringsfeltet for å avklare grenseoppgangen mellom kommunale tenester og spesialisthelsetenesta. Kommunal medfinansiering. Framskaffe data om tilbod og behov for habilitering og rehabilitering, spesielt frå primærhelsetenesta. Utvikle gode kvalitetsmål (indikatorar) for resultatet av prosessen. Videreføre strategisk satsing på forskning om rehabilitering i Norges forskningsråd. Kommunal medfinansiering av rehabilitering på sjukehus (avgrensa somatisk modell) og opphald i private rehabiliteringsinstitusjoner vil leggje til rette for at kommunane kan ta større oppgåver på rehabiliterings- og habiliteringsfeltet. Dei lovpålagte avtalene mellom helseføretak og kommunar bør

understøtte gode forløp for re-/habiliteringspasientar. Behovet for auka fagleg merksemd på rehabilitering og habilitering i helse- og sosialfagutdanningane bør vurderast. Tydeleggjere funksjonen som personleg koordinator (forslag i ny lov). Gi helsepersonell plikt til å delta i arbeidet med individuell plan (forslag i ny lov). Presisere plikta for kommunar og helseføretak til å ha koordinerande eining med ansvar for individuell plan. Plassere ansvar for individuell plan i kommunen der den einskilde har behov for tenester både frå kommune- og spesialisthelsetenesta. Dei lovpålagte avtalane mellom helseføretak og kommunar bør understøtte gode forløp for re-/habiliteringspasientar. Vurdere behovet for auka fagleg merksemd på rehabilitering og habilitering i helse- og sosialfagutdanningane.

5.5.5 Tannhelsetenesta

- **Situasjonen i dag:** Dei fleste tannhelseproblem kan forebyggast. Tannhelsa i befolkninga er blitt betydeleg betre dei siste 40 åra, og er jamnt over god. Likevel er det framleis mange som har ekstra behov for tannhelsehjelp. Det gjeld både barn og vaksne. Det er sosial ulikheit i tannhelse. Tilgjengelegheita til tannhelsetenester varierar. Dette skuldast mellom anna ulik tilgong på tannhelsepersonell i landet og det har økonomiske årsaker. Vi har lite kunnskap om tannhelsa i den vaksne befolkninga og vi veit lite om kva slags tannbehandling som blir utført i den private delen av tannhelsetenesta. Det er lite forskning og fagutvikling i tannhelsetenesta. Det er vanskeleg for brukarar av tannhelse-tenesta å orientere seg om rettigheter, pris og kvalitet. Fylkeskommunane som forvaltar den offentlege tannhelsetenesta har begrensa virkemidlar for å kunne utnytte dei samla ressursane til tannhelsetenester. Det er variasjonar i korleis samarbeidet mellom tannhelsetenesta og andre helse- og omsorgstenester ivaretakast.
- **Mål:** Det offentlege tilbodet må i større grad innrettast mot dei som treng det mest. God tilgjenge til tannhelsetenester. Betre overvaking av tannhelsa i befolkninga. Det må forskast meir på årsaker til sviktande tannhelse og kva tiltak som har størst effekt for å betre den. Samarbeidet mellom tannhelsetenesta og kommunar, sjukehus, og andre må bli betre. Den private delen av tannhelse-sektoren må i større grad ta del i å løyse offentlege tannhelseoppgåver. Brukarar av tannhelsetenesta skal kunne velje behandlar ut frå kvalitet og pris, og lettare kunne ivareta sine rettigheter.
- **Mogelege virkemidlar:** Fylkeskommunens oppsøkjande tannhelsetilbod til prioriterte grupper og folketrygdas refusjon til dekning av utgifter til tannbehandling, må samla sett målrettast betre til dei som treng det mest. Tilretteleggje for betre oppgåvefordeling mellom tannpleiarar og tannlegar, ved å utdanne fleire tannpleiarar og innrette Folketrygdas dekning av utgifter til tannbehandling til å gjelde tannbehandling hos tannpleiar. Etablere kompetanse-sentre for tannhelsetenesta i alle regioner. Sikre naudsynt tannhelsehjelp til pasientar på sjukehus og som har omfattande behov for tannbehandling. Byggje opp kompetanse, kapasitet og infrastruktur for forskning i tannhelse-tenesta. Vurdere korleis fylkeskommunen kan få et tydelagere ansvar for forskning og kunnskapsutvikling og tydelegare ansvar for å ha oversikt over tannhelsen i befolkninga. Inngå samarbeidsavtalar mellom fylkeskommunale tannhelsetenester og helse- og omsorgstenester elles. Vurdere korleis pasientar som har rett til tannbehandling i fylkeskommunen skal kunne velje tenesteytar i privat eller offentlig sektor. Føresetnaden er at behandlar har avtale med fylkeskommunen. Etablere elektronisk prisopplysningsteneste for tannbehandling.

5.6 Heilskap og samanheng

5.6.1 Sjukehusstruktur

- **Situasjonen i dag:** I framtida vil helseutfordringane endre seg i forhold til i dag. Mange sjukehusenester vil bli enda mer spesialisert. Samstundes skal vi behandle ei befolkning som blir eldre og som har fleire livsstilssjukdomar som til dømes kols og diabetes. Både den nye kommunehelsetenesta og lokalsjukehusa vil ha viktige funksjonar for å møte desse utfordringane. Dei regionale helseføretaka skal gjennom sitt sørge-for-ansvar sikre spesialisthelsetenester til regionens befolkning.
- **Mål:** Nasjonal helse og omsorgsplan skal ha tydelege mål kva gjeld innhald og kvalitet i tenestetilbodet i spesialisthelsetenesta og som gir gode og likeverdige helsetenester til befolkninga. Regjeringa vil ha ei helseteneste som ligg i front både medisinsk og teknologisk. Regjeringa har som mål å redusere sosiale helseforskjeller. Alle skal ha et likeverdig tilbod av helsetenester uavhengig av diagnose, bustad, personleg økonomi, kjønn, etnisk bakgrunn og den einskildes livssituasjon. Når sjukdom rammar skal folk oppleve at dei får tilbod om behandling og pleie med kort ventetid og med størst mogeleg nærleik til brukaren.

Føretaksmodellen

Føretaksmodellen innan spesialisthelsetenesta videreførast i tråd med regjeringas plattform.

Regionale helseføretak

Vedtak og implementering av regionale planar skal skje innanfor styringsmodellen, herunder vurdering av om beslutningane omfattast av § 30 i helseføretakslova og vedtektene. Den nasjonale helse og omsorgsplanen trekker opp den overordna politikken for sjukehussektoren. Beslutningar om struktur skal vere i tråd med den til ei kvar tid gjeldande helse- og omsorgsplan. I samsvar med siktemålet for reforma er det et mål for regjeringa å få til ei sterkare politisk styring med sjukehustilbodene.

Lokalsjukehus

Gjennom samhandlingsreforma vil kommunane få eit større ansvar for å yte helsetenester til befolkninga. Spesialisthelsetenesta skal utviklast i ei endå tydelegare spesialisert retning. Dette reiser problemstillingar knytt til arbeids-delinga mellom kommunehelsetenesta og spesialisthelsetenesta, men også til arbeidsdelinga mellom sjukehus. Regjeringa vil videreføre arbeidet med ei betre arbeidsdeling mellom sjukehus. Dette kan bety at einskilde sjukehus skal gjere andre oppgåver enn i dag, m.a. sett i samanheng med samhandlingsreforma. I dette arbeidet leggjast det til grunn at dagens desentraliserte sjukehustilbod skal oppretthaldast. Dette vil m.a. sikre nærleik til akutfunksjonar og fødetilbod, sjølv om slike tilbod ikkje blir gitt ved alle sjukehus. Ingen lokalsjukehus skal leggjast ned. Lokalsjukehusa skal spele ei viktig rolle for å møte dei store utfordringane vi står ovanfor med ein større andel eldre innbyggjarar og fleire pasientar med kroniske sjukdomar og livsstilssjukdomar. Dette vil kunne krevje endringar i tenestetilbodet i det einskilde sjukehus. Sjølv om demografiske og geografiske forhold skaper ulikheiter i hvilke oppgåver et lokalsjukehus skal ha, må dette ikkje føre til ulike krav til kvalitet i tenesta. Det skal stillast samme kvalitetskrav til store som til små sjukehus.

Investeringar

Gode sjukehusbygg er ein viktig føresetnad for å leggje til rette for gode spesialisthelsetenester. Man må unngå at vedtak om nye sjukehusbygg kjem før ein diskusjon om kva sjukehuset skal innehalde av funksjonar og tenester. Det faglege innhaldet i tenestetilbodet må vere førande for helseføretakas investeringar både i nybygg – og oppgradering av eksisterande sjukehus. Framtidige investeringsprosjekt i regionale helseføretak skal gjenspegle dette og ha et samhandlingsperspektiv.

- **Mogelege virkemidlar:** Følgjande prinsipp leggjast til grunn: Alle prosessar med utvikling og omstilling må vere i tråd med overordna nasjonale føringar. Dagens

desentraliserte sjukehusstruktur skal leggjast til grunn i det vidare arbeidet. Dette vil m.a.sikre nærleik til akuttfunksjonar og fødetilbod, sjølv om slike tilbod ikkje blir gitt ved alle sjukehus. Lokalsjukehusa skal vidareutviklast for å ha ein viktig funksjon i den heilskepelege helsetenesta også i framtida. Ingen lokalsjukehus skal leggjast ned. I nokre tilfelle vil det bli bygd nye sjukehus som erstattar fleire gamle som ligg i nærleiken. Dei regionale helseføretaka skal sikre befolkninga i sin region nærleik til lokalsjukehusfunksjonar med god kompetanse og kvalitet. Det skal stillast same krav til kvalitet til store og mindre sjukehus.

Geografi og tilgjenge skal leggjast til grunn ved vurdering av behovet for tall sjukehus som har døgnkontinuerleg akuttmedisinsk beredskap. Befolknings-grunnlag, geografi og reisetider, demografiske faktorar, kapasitet i regionen, lokal risiko- og sårbaranalyse og rekrutteringsmogelegheiter for fagpersonell leggjast til grunn ved utforming av lokalsjukehusstilbod og funksjonsdeling innanfor dei bevilgningsmessige rammar som Stortinget stiller til rådvelde. Ved omstilling av sjukehusstilbod må det leggjast til rette for gode prosesser der lokale og samfunnsmessige omsyn spelar inn. Berørte kommunar i tillegg til brukarar og tilsette i føretaket, skal trekkjast inn i arbeidet. Behov for breddekompetanse på mindre sjukehus skal leggjast til grunn ved framtidig funksjonsfordeling. Oppgåvefordelinga mellom sjukehus skal vidareførast med sikte på tilpasning til framtidige behov. Det skal leggjast til rette for utvikling av behandlingstilbod til

spesielle grupper ved mindre sjukehus. Spesialisthelsetenesta må endre seg i takt med kommunehelsetenestas nye rolle. Samling av sjukehusbehandling på område der dette er naudsynt for å gi tilbod av høg kvalitet vidareførast. Behovet for nordisk og internasjonalt samarbeid om høgspesialisert/kostbar behandling som inkluderar oppgåvefordeling, skal utgreiast. Spesialisthelsetenesta skal bidra med kompetanseutveksling og kompetanseoppbygging i ei forsterka kommunehelseteneste. Kommunar og helseføretak bør samarbeide om samlokalisering av lokalsjukehus og lokalmedisinske senter når begge partar finn dette tenleg. Samhandlings- og koordineringsfunksjonen med kommunane skal ha ei tydeleg leiingsmessig og organisatorisk forankring. Det faglege innhaldet i tenestetilbodet skal leggjast til grunn for investeringar. Desse skal ha et samhandlingsperspektiv.

5.6.2 Tilgjengelegheit

- **Situasjonen i dag:** Det er aukande etterspurnad etter helsetenester i Norge både i primærhelsetenesta og spesialisthelsetenesta. God tilgjenge til helse-tenester er et viktig kvalitetsmål. Ventetida i spesialisthelsetenesta har auka noko i de senare åra, og tilgjenge til både primær- og spesialist-helsetenester varierar. Det finst informasjonstenester både på internett og på telefon som skal gi pasientar råd og rettleiing. Dette tilbodet kan opplevast som fragmentert samt lite tilgjengeleg for brukarane av helsetenesta. Det er utarbeidd prioriteringsretteleiarar som skal bidra til ein meir lik prioriteringspraksis i spesialisthelsetenesta. Til tross for dette er det framleis store variasjonar i andel pasientar som får tildelt rett til naudsynt helsehjelp. Fristbrot for rettighetspasientar kan ikkje akseptierast. Innbyggjarar med innvandrarbakgrunn kan ha spesielle utfordringar. Til dømes kan manglande språkforståing og manglande kunnskap om helsevesenet skape barrierar i kontakten med helsetenesta. Samiske pasientars rett til og behov for tilrettelagte tenester skal etterspørast og synleggjerast i planlegging, utgreiingar og når beslutningar blir tekne.
- **Mål:** Det skal vere lik tilgong til gode og likeverdige helse – og omsorgs-tenester, uavhengig av personleg økonomi og bustad. Helsetenesta skal opplevast som tilgjengeleg, brukarvennleg og samarbeidsorientert for pasientar og pårørande. Brukarar og pasientar skal få tydeleg og oversikteleg informasjon når dei er i kontakt med helsetenesta. Ventetida til behandling i spesialisthelse-tenesta skal

reduserast. Det skal ikkje vere fristbrot. Det skal vere god og lik tilgjenge til allmennlegetenesta. Det skal vere lik prioriteringspraksis i spesialist-helsetenesta over heile landet. Helsetenesta skal tilpassast brukarens behov, informasjonen skal vere lett forståeleg og tilbodet skal vere fysisk tilgjengeleg. Helsetenesta skal ta i bruk moderne kommunikasjonsformer for pasientar og personell.

- **Mogelege virkemidlar:** Etablere éin felles helseportal for helseinformasjon som samlar alle aktuelle informasjonstenester. Vurdere korleis ny kommunikasjons-teknologi og sosiale medier kan bidra til betre kommunikasjon mellom helse-enesta og pasientar og pårørande, samt kortare ventetider (t.d. timebestilling på SMS og internett). Følgje opp arbeidet med å innføre prioriteringsretteleiarar for å sikre lik tilgang til spesialisthelsetenesta uavhengig av bustad. Tiltak for å betre pasientflyt og samhandling for å redusere ventetider. Departementet vil vurdere å stille konkrete krav til hvor kor mykje ventetidene skal reduserast. Vurdere krav til tilgjenge som eit av dei tilrådde funksjons- og kvalitetskrav til allmennlegetenesta. Vurdere behovet for meir fleksible opningstider i helse-tenesta for å gjere helsetenesta mer publikumsvennleg. Etablere felles legevaktsnummer for å forenkle og effektivisere befolkningas tilgang til legevakten.

5.6.3 Akuttmedisin

- **Situasjonen i dag.** Ei velfungerande akuttmedisinsk kjede utanfor sjukehus er viktig for at befolkninga skal få rask og kyndig hjelp når de treng det. Kommunar og helseføretak har felles ansvar for å sikre det akuttmedisinske tilbodet. Det pågår mykje godt arbeid nasjonalt og regionalt for å styrke det einskilde ledd og heilskapen i den akuttmedisinske kjeden. Det er likevel behov for å videreutvikle tenesta – særleg gjeld det kvalitet og tilgjenge. Ei viktig utfordring ligg i å videreutvikle den kommunale legevakta og leggje til rette for at fastlegane skal kunne utføre øyeblikkelig-hjelp-funksjonar på best mogeleg måte.
- **Mål:** Befolkninga skal vere trygge på at de får akutt hjelp når dei treng det. Ei naudmeldeteneste og ei ambulanseneste med god kompetanse, rask respons og likeverdigtillbod i heile landet. Likeverdig tilgang til naudmeldetenesta for funksjonshemma, minoritetsspråklege og den samiske befolkninga. Godt samarbeid og kommunikasjon mellom akuttmedisinske tenester utanfor sjukehus, anna kommunal helse- og omsorgsteneste og dei frivillige organisasjonane. Godt samarbeid og kommunikasjon mellom nødetatane (politi, brann og helse). Naudmeldetenesta, ambulansenesta og legevakta skal handtere pasientar med psykiske lidningar og rusmiddelavhengigheit på ein kompetent og respektfull måte. Legevakttenesta, inkludert fastleganes deltaking i legevakt, skal videreutvikast. God tilgjenge til fastlege for augeblikkeleg hjelp på dagtid. God kompetanse i legevakttenesta.
- **Mogelege virkemidlar:** Inngå samarbeidsavtalar mellom kommunar og helseføretak om akuttmedisinske tenester utanfor sjukehus. Avklare kvalitets- og kompetansekrav til ambulansetilar, både dei som brukast til akutte oppdrag og dei som brukast til ordinær bårpasienttransport. Vurdere bachelor-utdanning for ambulansetilar som et supplement til dagens fagarbeiderutdanning. Få på plass et nasjonalt system for rapportering og bearbeiding av data frå den akutt-medisinske kjeden utanfor sjukehus. Utvikle kvalitets- og resultatmål for dei akuttmedisinske tenesta utanfor sjukehus. Utvikle teknologisk løysing for betre tilgang til naudmeldetenesta for funksjonshemma. Sikre naudsynt språk- og kulturkompetanse i naudmeldesentralane. Tilrå tiltak for å styrke legevakttenesta. Vurdere om augeblikkeleg-hjelp-tilgjenge skal vere et av dei nasjonale kvalitets- og funksjonskrav til fastlegeverksemda.

5.6.4 Desentraliserte spesialisthelsetenester

- **Situasjonen i dag:** Tilbodet om desentraliserte spesialisthelsetenester må vidareutviklast for å møte utfordringane med aukande tall eldre og fleire personar med kroniske og livsstilsrelaterte sjukdomar. For mange pasientar er det ønskeleg å motta behandling så nær heimen som mogeleg for å slippe slitsame reiser til sjukehuset. Ei god desentralisert spesialisthelseteneste kan også støtte opp under kommunens høve til å tilby gode lokale helsetilbod. Desentralisert spesialisthelseteneste er difor ei tenleg måte å organisere spesialisthelsetenesta på der dette er mogeleg ut frå ei vurdering av kostnadseffektivitet og kvalitet. For pasienten er det ikkje viktig om det er kommunen eller sjukehuset som tilbyr behandlingen, det viktigaste er tryggleik for at man får rett helsehjelp, på rett stad til rett tid. Døme på desentralisert spesialisthelseteneste: Desentralisert spesialistpolinikk, avtalespesialistpraksis eller ambulerande spesialister knytt til verksemda. Ambulante team. Personell frå spesialisthelsetenesta rettleiar personell i kommunehelsetenesta – ambulant eller t.d. via telemedisinske løysingar. Tilbod der pasienten får sjukehusbehandling i eigen heim. Andre spesialisthelsetenester ved distriktpspsykiatriske, distriktsmedisinske eller lokalmedisinske sentre. Eit desentralisert helsetilbod har betydning for å oppretthalde ei desentralisert busetting. Desentraliserte spesialisthelsetenester skal vidareutviklast i perioden, herunder korleis spesialisthelsetenesta best kan støtte den nye kommunehelsetenesta.
- **Mål:** Arbeide vidare med rammevilkår som underbyggjer gode pasientforløp, kunnskapsbasert pasientbehandling og eit helsetilbod med tilstrekkeleg nærleik til der folk bur. Dagens desentraliserte sjukehusstilbod skal opprettholdast. Videre-utvikle desentraliserte spesialisthelsetenestetilbod der dette er tenleg og kostnadseffektivt, herunder utvikling av gode samarbeidsformer mellom lokalsjukehus og kommunar. Distriktpspsykiatriske sentra skal vidareutviklast. Arbeidet med å integrere tverrfagleg spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk skal halde fram.
- **Mogelege virkemidlar:** Avtalebasert samarbeid blir tilrådd lovfesta. Spesialisthelsetenestas rettleiingsplikt og tilgjenge for kommunehelsetenesta skal vidareutviklast. Leggje til rette for kompetanseutveksling og kompetanseoppbygging. Ambulante tenester innan somatikk, psykisk helse og rus skal styrkast og vidareutviklast.

5.6.5 Finansiering av helsetenesta

- **Situasjonen i dag:** I Norge er ansvar og oppgåver fordelt på tre organisatoriske nivå med atskilte finansieringsordningar. Kommunane forvaltar primærhelse-tenesta og omsorgstenesta, og staten forvaltar spesialisthelsetenesta. I tillegg har fylkeskommunen oppgåver knytt t.d. til tannhelse og folkehelsearbeid. Helsetenesta skal prioritere dei pasientgruppene som treng det mest, både i spesialisthelsetenesta og i den kommunale pleie- og omsorgstenesta. Tilgongen til likeverdige og naudsynte spesialisthelsetenester skal vere basert på ei individuell medisinsk vurdering uavhengig av alder, bustad og personleg økonomi. I samhandlingsmeldinga framgår det at ein større del av veksten i helse-budsjettene skal kome i kommunane i åra framover.
- **Mål:** Etablere økonomiske insentiv til å sjå tenesta i samanheng, førebyggje og unngå ikkje naudsynte sjukehusinnleggingar. Leggje til rette for at kommunane kan ta et større ansvar for pasientforløpet for einskilde pasientgrupper. Må sjåast i samanheng med andre virkemidlar og økonomiske rammevilkår.
- **Mogelege virkemidlar:** Innføre kommunal medfinansiering av spesialisthelsetenesta. Det vurderast følgjande avgrensa modellar med ein medfinansierings-andel på 20 prosent: Ein avgrensa modell etter alder som inkluderar alle

innleggingar/behandlinger for eldre over 80 år (også operasjonar). Ein avgrensa modell etter diagnose(r) som inkluderar alle medisinske innleggingar/behandlinger (altså ikkje operasjonar). I tillegg utgreiast kommunal medfinansiering innan psykisk helsevern og rusbehandling og opphald i private opptreningsinstitusjonar basert på liggjedøgn. Overføre det økonomiske ansvaret for utskrivningsklare pasientar ved sjukehusa til kommunane. Den tilrådde ordninga skal finansierast ved at dei regionale helseføretaka får eit trekk i sine rammer og kommunane ei auke i sine rammer. Nivået på betalingssatsen må vurderast i forhold til eingongsoverføringa frå dei regionale helseføretaka til kommunane. Det må også vurderast om nivået motiverar dei regionale helseføretaka og kommunane til å betre samhandlinga mellom dei to behandlingsnivåa. Det er viktig å sikre at partane kommuniserar og samarbeider godt om pasientar som ikkje lenger treng å vere innlagt i sjukehus. Regjeringa vil vidare leggje opp til ein modell der det blir stilt krav til at dei regionale helseføretaka saman med kommunar kartleggjer høve for kostnadseffektive samarbeidsprosjekt som byggjer opp lokale tilbod til erstatning for dagens behandling i sjukehus. Dette skal innarbeidast i plan -og meldingssystemet. Beslutningsmyndigheit for investeringar finansiert av helseføretaka skal framleis ligge hos helseføretaka.

5.6.6 Psykisk helse og rus

- **Situasjonen i dag:** Psykiske problem er ei viktig årsak til uførheit, sjukdom og tidleg død. Ein stor andel personar i yrkesaktiv alder står utanfor arbeidslivet på grunn av psykisk sjukdom. Personar med alvorlege psykiske lidningar og rus-middelavhengighet er blant dei som har dårligast levekår. Utfordringa framover er å sikre særleg personar med rusmiddelproblem eit heilskapeleg og saman-hengande tilbod. Samstundes skal vi sikre vidare oppbyggjing, utvikling og tilgjenge til det kommunale tilbodet og tilbodet i spesialisthelsetenesta for personar med psykiske lidningar og rusmiddelavhengighet. Angst og depresjon vil vere ei av dei store utfordringane framover. Det finst effektive behandlingstilbod, og det er behov for innsats mot desse lidingane.
- **Mål:** Førebygging og auka bevisstheit om den psykiske helsas betydning på alle arena og sektorar. Kommunane skal bidra til å fremme sjølvstende og meistring av eige liv for menneske med rusmiddelavhengighet og psykiske vanskar eller lidningar. Betre innsatsen retta mot personar med tidlege tegn på angst og depresjon. Meir tilgjengelege tenester. Betre samhandling og auka tilgjengelegheit for brukarar, pårørande og samarbeidspartnarar. Alle barn og unge skal få et tilgjengeleg og likeverdig tenestetilbod av høg fagleg kvalitet, uavhengig av sosial bakgrunn og hvor i landet de bur. Det er framleis behov for eit kunnskaps- og kvalitetsløft på desse områda.
- **Mogelege virkemidlar:** Forlenge opptappingsplanen for rusfeltet med to år. I høyringsnotat om lov om kommunale helse- og omsorgstenester diskuterast kommunens plikt til å yte naudsynte helse- og omsorgstjenester. Departementet legg her til grunn at somatiske lidningar skal likestillast med psykisk liding og rusmiddelavhengigheits relaterte lidningar. Styrke førebyggjande tiltak, m.a. vil det bli vurdert å gi fastlegane et større ansvar for det førebyggjande arbeidet som del av listeansvaret. Betre tilgjengelegheita til tenesta gjennom videreføring av opptappingsplanen for rusfeltet og framleis omstrukturering av det psykiske helsevernet

5.7 Ny pasientrolle

5.7.1 Pasientforløp og brukarmedverknad

- **Situasjonen i dag:** I et moderne behandler-pasient-forhold er pasienten aktiv deltakar i behandlingen. Ei aktiv pasientrolle som også inneber større grad av eigenomsorg, krev at det er lett tilgong til kvalitetssikra helseinformasjon om førebygging av sjukdom og handtering av dagleglivets små og store plagar. Etter kvart bør også elektronisk tilgong til eigne data og høve for dialog med helsetenesta vere tilgjengeleg for pasienten. Individuell plan er et heilt sentralt tiltak for å ivareta samhandling og pasient- og brukarforankring og for å sikre et godt pasientforløp. Det har dei seinare åra vore ei positiv utvikling i brukarmedverknad i helsetenesta. Brukarundersøkingar om kvalitet og omfang på tenesta, er eit hjelpemiddel for å få fram brukarnes meninger.
- **Mål:** Det er et overordna mål at tenesta skal involvere brukarar og gi dei påverknad og at tenesta skal vere samordna og prega av kontinuitet (Kvalitetsstrategien 2005-2015). Betre tilgong til kvalitetssikra nett- og telefontenester. Videreutvikle lærings- og meistringstilbod, spesielt i kommunane. Styrke arbeidet med individuell plan. Styrke plankompetanse i kommunen som grunnlag for mer heilskapeleg planlegging av tenesta. Styrke koordineringsfunksjonen i kommunen og mellom kommunar og helseføretak slik at pasientane opplever heilskapelege og samordna tenester. Utvikle faglege retningslinjer og handlingsplanar i eit forløpsperspektiv. Betre brukarmedverknaden på systemnivå i kommunal helse- og omsorgsteneste.
- **Mogelege virkemidlar:** Utarbeide ein prosjektplan for etablering av en felles helseportal for helseinformasjon til pasientar og brukarar i Norge. Tydeleggjere funksjonen som personleg koordinator. Gi helsepersonell plikt til å delta i arbeidet med individuell plan. Plassere ansvaret for individuell plan i kommunen når den einskilde har behov for tenester både frå kommune og spesialisthelsetenesta. Pålegge kommunar og helseføretak å inngå avtalar om samhandling, oppgåvefordeling og heilskapelege pasientforløp. Bestemmelser om brukarmedverknad i kommunane blir tilrådd i forslag til ny kommunal helse- og omsorgslov. Leggje til rette for at fleire pasientar får epikrise i handa ved utskrivning. Utarbeide regionale planar for fleire store pasientgrupper i forløpsperspektiv. Etablere samarbeid mellom dei regionale helseføretaka og Helsedirektoratet om forslag til indikatorar på gode pasientforløp i spesialisthelsetenesta.

5.7.2 Frivillig arbeid og ideelle organisasjonar

- **Situasjonen i dag:** Pårørande ytar stor innsats for barn med særlege behov og for vaksne og eldre som er avhengig av hjelp i dagleglivet. Omfanget av omsorgstenester frå pårørande er nesten på høgde med omfanget av den kommunale omsorgstenesta. Nokre pårørande utførar særleg tyngande omsorgsoppgåver som kommunen er lovpålagt å sørge for. Frivillige organisasjonar og pasient- og brukarorganisasjonar er viktige samarbeidspartar og pådrivarar. Mange legg stor innsats i å fremme medlemmenes interesser gjennom informasjonsarbeid og representasjon i saker og organer. Organisasjonane gjer en betydeleg innsats ved å organisere frivillige og drive institusjons- og tenestetilbod, til dømes innen rehabilitering, psykisk helse og tilbod til rusavhengige. Desse tilboda er eit supplement til offentlege tenester. På mange område har organisasjonane vore pionerar for det som sidan er blitt offentlege oppgåver eller arbeidsformer. Både pasient- og brukarorganisasjonar og frivillige organisasjonar bidreg til å fremme folkehelse gjennom å aktivisere sine medlemmer og gjennom likemanns-arbeid.

- **Mål:** Oppretthalde og styrke omfanget av frivillig omsorg. Videreutvikle samarbeidet med frivillige organisasjonar som bidreg til det breie folkehelsearbeidet og som supplerar det offentlege tenestetilbodet. Videreutvikle likemanns- og sjølvhjelpsarbeid for auka meistring av livet med kroniske sjukdomar, funksjonsnedsettingar og rusproblem.
- **Mogelege virkemidlar:** Strategien om partnerskap med familie og lokalsamfunn i Omsorgsplan 2015. Offentleg utredning om ytingar for pårørandeomsorg som erstatter kommunale tenester. Partnerskap for folkehelse for etablering av regionale og lokale partnerskap for folkehelse. Dialog og samarbeid med den tredje sektor, sentralt og lokalt, mellom myndigheiter og organisasjonar, i faste ora og ad hoc-grupper for å utvikle nye planar og tiltak. Lærings- og meistrings-tiltak i kommunane og spesialisthelsetenesta i samarbeid med pasient-, brukar- og pårørandeorganisasjonar.

5.8 Kvalitet og faglegheit

5.8.1 Kvalitet og læringskultur

- **Situasjonen i dag:** Helsetenesta skal tilby befolkninga likeverdig tilgong til helsetenester av god kvalitet. God kvalitet betyr at tenesta er virkningsfulle, trygge og sikre, samordna og prega av kontinuitet, involverar brukarar og utnyttar ressursar på ein god måte. Norge brukar mykje ressursar på helse og omsorg. Internasjonale undersøkingar i regi av m.a. OECD og Commonwealth Fund viser at vi ikkje utmerker oss like mykje når det gjeld kvalitet. På fleire område veit vi dessutan for lite om kva resultat vi oppnår. God kvalitet og pasientsikkerheit er eit av helse- og omsorgstenestakast viktigste mål. Arbeidet med kvalitetsforbetring krev en brei tilnærming, tydeleg leiing og ein organisasjon prega av kontinuerleg læring. Resultata av arbeidet bør etterspørrast av leiinga og styre på alle nivå i helse- og omsorgstenesta.
- **Mål:** Styrke arbeidet med å sikre god kvalitet i helse- og omsorgstenesta. Det skal vere målbar effekt av dette arbeidet på tilgjengelegheit, behandlingresultat, pasientsikkerheit og pasient- og brukartilfredsheit. Kvalitetsforbetringsarbeid skal i større grad enn i dag vere integrert i ordinær verksemd. Resultat skal etterspørrast og følgjast opp. Betre system for kvalitetsmåling (indikatorar).
- **Mogelege virkemidlar:** Krav til systematisk arbeid med kvalitet og pasientsikkerheit blir tilrådd i utkast til ny kommunal helse og omsorgslov. Etablere fleire nasjonale faglege retningslinjer og rettleiarar, samt følgje opp at desse takast i bruk i tenesta. Sikre at leiarar i større grad etterspør resultat om kvalitet og pasientsikkerheit. Styrke kravene til de regionale helseføretakas arbeid med kvalitet og pasientsikkerheit. Styrke arbeidet med kvalitet i primærhelsetenesta. Helsedirektoratet har fått i oppdrag å utgreie et nasjonalt kvalitetssystem for primærhelsetenesta. Styrke kvaliteten i omsorgstenesta slik dette er omtalt i Omsorgsplan 2015. Etablere fleire kvalitetsmål (indikatorar) i helse- og omsorgstenesta. Resultata bør gjerast tilgjengeleg slik at brukarar og pasientar kan bli aktive pådrivarar for auka kvalitet i helse- og omsorgstenesta. Sikre og videreutvikle kompetanse hos helsepersonell.

5.8.2 Forskning og innovasjon

- **Situasjonen i dag:** Dei seinare åra har det vore ei langsiktig oppbygging av helse- og omsorgsforskning og ei gradvis satsing på innovasjon. På mange område er det behov for meir forskning og kunnskap for å utvikle tenestetilbodet. Det

gjeld også velferdsteknologi og arbeidsbesparande teknologi i pleie- og omsorgssektoren. Det er særleg behov for å prioritere forskning og innovasjon om samhandling og forskning for den kommunale helse- og omsorgstenesta og tannhelsetenesta. Det er også behov for å styrke omfanget av kliniske studier i Norge. Det er ei utfordring å sikre at forskningsresultata og nye innovative løysingar blir tatt i bruk i tenesta og gir grunnlag for en kunnskapsbasert og framtidsrettet helse- og omsorgsteneste.

- **Mål:** Helse- og omsorgsforskning og innovasjon skal framleis vere prioriterte område. Betre kvaliteten og relevansen på helse- og omsorgsforskinga. Betre utnytting av tilgjengelege ressursar til forskning og innovasjon. Auka bruk av innovasjon og forskningsresultat i helse- og omsorgssektoren.
- **Mogelege virkemidlar:** Etablere heilskapeleg nasjonal dokumentasjon av forsknings og innovasjonsaktivitet. Resultat og ressursbruk vil gi viktig styrings-informasjon for betre prioritering av forskning og innovasjon. Etablere eit nasjonalt klassifiseringssystem for medisinsk og helsefaglege forskning for betre å kunne vurdere forskningsbehov opp mot sjukdomsbyrde. Departementet vil vurdere nærmere om det bør utarbeidast en overordna nasjonal strategi for forskning og innovasjon på helse- og omsorgsfeltet på tvers av sektorane. Forskningsresultat må synleggjerast og brukast. Forlenge avtalen mellom Nærings- og handelsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet om ei felles satsing på innovasjon. Eit eiga utval skal rå til innovasjonstiltak i den kommunale helse- og omsorgssektoren i løpet av våren 2011.

5.8.3 Kunnskap i helsetenesta

- **Situasjonen i dag:** God kunnskap er ein føresetnad for å levere gode helse- og omsorgstenester og for å utnytte ressursane effektivt. Målet om ei kunnskapsbasert helse- og omsorgsteneste er formulert i nasjonale, regionale og lokale styringsdokument. God kunnskapshandtering bør liggje til grunn for innføring av nye behandlingsmetoder, for faglege retningslinjer og indikatorar. Også organisering, finansiering, planlegging og drift av helse- og omsorgstenesta er det krav om å vere kunnskapsbasert. Ny forskningsbasert kunnskap blir ikkje alltid tatt i bruk i helsetenesta, eller det kan ta for lang tid før den takast i bruk. Det er fleire årsaker til dette: Det produserast enorme mengder kunnskap i form av forskningsprosjekt og publikasjoner. Likevel mangler ofte kunnskap frå og om deler av tenesta, særleg kommunehelsetenesta. Kunnskapen er ofte ikkje blitt vurdert og samanstillt. Kunnskapsmengda er uoverkommeleg for mange tilsette og ikkje tilgjengeleg når den trengs. Kunnskapen kan vere vanskeleg å omsette i praksis. Mange tilsette mangler kompetanse i korleis dei skal etterspørre, finne og vurdere kunnskap.
- **Mål:** All førebygging, diagnostikk, behandling, pleie og omsorg skal byggje på best mogeleg kunnskap. Systematisk vurdering av oppdatert kunnskap bør liggje til grunn for beslutningar om å innføre nye behandlingsmetoder, for finansiering av behandling, for faglege retningslinjer, for utvikling av indikatorar og organisering av tenester. Delmål på vegen er: Å framskaffe relevant og god kunnskap. Å gjere slik kunnskap tilgjengeleg for brukarne, både pasientar og tilsette i tenesta. Å motivere og stimulere til å bruke kunnskap.
- **Mogelege virkemidlar:** Sørge for at det produserast systematiske kunnskapsoppsummeringar, retningslinjer, prosedyrer og andre faglege normerande dokument. Pasientarfaringer og brukarmedverknad er viktig i dette arbeidet. Stimulere til utvikling av kunnskap basert på forskning og fagutvikling i heile helse- og omsorgstenesta. Videreutvikle rolla til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetenesta og Helsedirektoratet på feltet kunnskapshandtering og metodevurdering. Videreutvikle Helsebibliotekets arbeid med å formidle faglege standarar og inngå avtalar og abonnement på nasjonale og internasjonale faglege ressursar. Helse- og omsorgs-arbeidarar bør ha tilgong til internett på sin

arbeidsplass. Gi pasientar og publikum tilgong til kvalitetssikra faglege kunnskap gjennom Nasjonal helseportal.

Sørge for at leiarar på alle nivå i helsetenesta tar ansvar for at god kunnskap er tilgjengeleg og blir nytta. Innføre system for systematisk metodevurdering ved innføring av alle nye metoder (herunder legemidlar) i spesialisthelsetenesta.

Etablere nye kriterier og resultatkrav for høgspesialiserte tenester og nasjonale kompetansesentre i spesialisthelsetenesta.

5.8.4 Pasientsikkerheit

- **Situasjonen i dag:** Dei aller fleste opplever at dei får god hjelp i helse- og omsorgstenesta. Einskilte gonger skjer det likevel uønska hendingar der pasientar blir unødig skada. Pasientsikkerheit handlar om vern mot unødig skade som følgje av helsetenestas ytingar eller mangel på ytingar. I Norge har særleg spesialisthelsetenesta i aukande grad iverksett tiltak for å fremme pasientsikkerheit. Det er etablert en Nasjonal eining for pasientsikkerheit. Ei sentral utfordring er at vi mangler gode data om omfang, fordeling og risiko, samt det å bruke uønska hendingar som grunnlag for årsaksanalyse og læring.
- **Mål:** Pasientar og brukarar skal vere trygge på at helse og omsorgstenesta har etablert system og ein sikkerheitskultur for å melde, analysere, lære av og førebyggje uønska hendingar. Både lokalt og nasjonalt er det behov for betre oversikt over omfang av uønska hendingar, fordeling og risikoområde. Det må arbeidast med ein kultur for læring, for å analysere hendingar som har eller kunne ført til pasientskade analyserast og følgjast opp med tiltak for å betre pasientsikkerheita. Styrking av den tilsynsmessige oppfølginga av alvorlege hendingar. Det er behov for meir forskning og opplæring på området.
- **Mogelege virkemidlar:** Lovfeste krav til verksemdene om å drive systematisk pasientsikkerheitsarbeid i alle deler av helsetenesta (forslag i ny lov om kommunale helse- og omsorgstenester). Etablere eit nasjonalt lærings- og rapporteringssystem, i første omgang for spesialisthelsetenesta. Inneber ei endring i dagens meldeplikt (spesialisthelsetenestelovens § 3-3) om å melde hendingar som har eller kunne ha ført til betydeleg skade på pasient (forslag i ny lov om kommunale helse- og omsorgstenester). Prøveordning med varslingsplikt for helseføretaka om alvorlege hendingar, og utrykningseining i Statens helsetilsyn. Gjennomføre nasjonal pasientsikkerheitskampanje 2011-2014. Kampanjen skal leggje vekt på nokre konkrete risikoområde, og resultat av tiltaka skal målast. Etablere nasjonale indikatorar for pasientsikkerheit og styringskrav som helsetenesta skal rapportere på. Arbeide med å auke forskningsinnsatsen på området og få det inn som tema i utdanningen.

5.8.5 IKT, e-helse og personvern

- **Situasjonen i dag:** Bruk av teknologi i helse- og omsorgssektoren skal sikre at det ystast gode tenester i heile pasientforløpet. Nye og forbedrede IKT-system kan gi betre behandling, mindre pasienttransport, betre utnytting av helsesektorens ressursar og styrking av pasient- og brukarrolla. Norge har eit godt teknologisk utgangspunkt for å utveksle informasjon på ein sikker og effektiv måte mellom aktørar og nivå i helsetenesta. Gode resultat er oppnådd, men det er framleis et godt stykke fram før vi oppnår effektiv elektronisk samhandling mellom og på tvers av nivå i helse og omsorgssektoren.
- **Mål:** All skriftleg informasjonsutveksling i helse- og omsorgssektoren skal skje elektronisk. Naudsynte pasientopplysningar skal vere tilgjengeleg for behandlande helsepersonell ved behov. Helse- og omsorgssektoren skal tilby kvalitetssikra og brukarvennlige tenester på nettet til pasientar og brukarar.

Personell i alle deler av helse- og omsorgstenesta skal ha enkel tilgong til god og oppdatert kunnskap. Helse- og omsorgssektoren skal ta i bruk teknologi for å fremme nye samarbeidsmåter og nye måter å levere helse- og omsorgstenester på.

- **Mogelege virkemidlar:** Drift og videreutvikling av et sikkert helsenett, og ta i bruk elektroniske meldingar, eResept og automatisk frikort. Utvikle nye tenester som kjernejournal og nasjonal helseportal for pasientar, publikum og helse-personell. Ivareta personvernet. Sikre at alle aktørar følgjer Norm for informasjonssikkerheit. Bruk av teknologi for å fremme nye samarbeidsmåter, herunder telemedisinske løysingar og velferds- og omsorgsteknologi. Etablere styringsmodell som støtter en koordinert og prioritert utvikling. Lov- og regelverk, og avtaleverkene som regulerar tenesteutøvinga i sektoren, bør i større grad gjenspegle minstekrav til bruk av elektroniske samhandlingsløysingar. Vurdere å stille krav om å bruke standardiserte og sertifiserte løysingar.

5.8.6 Helseregistre og biobanker

- **Situasjonen i dag:** Vi har nokre gode helseregistre, men vi manglar registre på fleire viktige område. Kunnskap basert på data frå Kreftregisteret og kvalitetsregistre på kreftområdet, har dei siste tiåra bidrege til å heve kvaliteten på behandling og overleving for mange grupper kreftpasientar. For hjerte- og karpasientar, pasientar med diabetes, muskel- og skjelettsjukdomar, psykiske lidingar og rusmisbruk finst det ikkje tilsvarende kunnskap i dag. Det er difor behov for å byggje opp gode registre på fleire sjukdomsområde, som innhenter data frå spesialist- og primærhelsetenesta. Vi har god oversikt over pasientforløp i spesialisthelsetenesta. Men kva som skjer når pasienten mottak tenester i kommunane blir ikkje rapportert til Norsk pasientregister eller andre helseregistre. Det er behov for slike data så vi kan leggje til rette for heilskapelege pasientforløp på tvers av nivåa i helse- og omsorgstenesta. Fleire sentrale helseregistre og kvalitetsregistre har etterslep i registreringar, datakvalitet, problem med kobling mellom andre helseregistre og andre datakilder, og dei mangler kapasitet til systematisk analyse og formidling av resultat. Pasientjournalssystema er ikkje tilpassa behovet for å innrapportere data, og mykje av rapporteringen skjer framleis på papir. Fleire av de nasjonale medisinske kvalitetsregistrene er framleis i ein etablerings- og utviklingsfase. Helseregisterfeltet mangler ein felles infrastruktur. Det er eit stort tal aktørar på feltet som ikkje er tilstrekkelig koordinerte og leia. Ein biobank er ei samling biologisk materiale som til dømes blod, celler eller vev som oppbevarast til bruk for ei rekke føremål. Høve for å kople opplysningane i biobankene mot sentrale helse- og sjukdomsregistre på ein personvernmessig forsvarleg måte, gir et unikt grunnlag for forskning som kan betre forståinga av sjukdomsmekanismer og særskilte sjukdomsgrupper. Det er behov for å sikre god infrastruktur for handtering og oppbevaring av biologisk materiale i biobankene. Desse dataene mangler ein felles infrastruktur slik at forskningspotensialet ikkje kan utnyttast fullt ut. Det betyr at det kan vere vanskeleg for forskere å få tak i materiale å forske på og ikkje minst å koble saman data frå helseregistre og biobanker. Strategi og handlingsplan for modernisering av sentrale helseregistre og medisinske kvalitetsregistre har vore på høyring i 2010. Det er rådd til ein langsiktig nasjonal strategi og ein toårig handlingsplan. Strategi og handlingsplan vil bli fastsett i løpet av 2010.
- **Mål:** Vurdere å etablere eit tenleg tal fellesregistre, m.a. fellesregistre for de store folkesjukdommene og sjukdomsgruppene. Eventuelle nye registre behandlast i Stortinget. Gjennomføre analysar raskare, til dømes i smitteførebyggjande arbeid. Følgje endringar i forekomst av sjukdomar og resultat av ulik behandling, herunder forskjell i behandlingsresultat mellom sjukehus. Avdekkje kvalitetsbrist i sjukehusavdelingar eller i primærhelsetenesta tidlegare. Utvikle nasjonale kvalitetsindikatorar som seier noko om behandlingsresultat. Leggje til rette for

raskare registrering og tilgong på data, samt meir forsvarleg handtering av data, herunder kobling frå ulike helse- og sjukdomsregistre. Analysesystema skal videreutviklast så dei kan brukast i dagleg styring av helsetenesta og det førebyggjande arbeidet. Materialet i norske humane biobankar skal i større grad enn i dag nyttast til forskningsmessige føremål av høg internasjonal kvalitet. Ivareta personvernet til dei som har avgitt biologisk materiale.

- **Mogelege virkemidlar:** Fastsette ein strategi- og handlingsplan for modernisering av nasjonale helseregistre hausten 2010.

Det blir tilrådd å bruke fellesregistre som organisasjonsmodell – det vil seie eit sentralt sjukdomsregister med underliggjande kvalitetsregistre. Det blir tilrådd at det innføres ein heilskapeleg modell for datainnsamling. Arbeide med overgang til elektroniske løysingar for hele helseregisterfeltet. Utvikle nasjonale sikkerheitsløysingar som gir institusjonane direkte tilgong på data frå egen verksemd og adekvate samanlikningsdata. Utvikle ein felles arkitektur for IKT i helsesektoren og helseregistrene. Det må byggjast vidare på det arbeidet som er gjort og dei strategiene som er etablert i Nasjonal IKT. Sørge for at norske biobankar får éin nasjonal infrastruktur og oppgraderast med moderne utstyr gjennom Forskningsrådets satsing på infrastruktur. Vurdere å etablere en nasjonal og felles biobank med desentralisert lokalisering av biologisk materiale.

5.8.7 Legemidlar og legemiddelbruk

- **Situasjonen i dag:** Kvart år får 2/3 av befolkninga utlevert minst eitt legemiddel på resept. I tillegg kjem bruk av legemidlar i sjukehus og sjukeheim. Bruk av legemidlar er med på å betre helsen og auke livskvaliteten for mange pasientar. Men problem knytt til legemiddelbehandling er vanleg i alle deler av helsetenesta. Det kan vere at pasienten får unødvendig mange legemidlar, for høge eller for låge doser eller uheldige kombinasjonar av legemidlar. Problema oppstår ofte fordi helsepersonell ikkje har oversikt over pasientens samla legemiddelbruk, og fordi det er dårlig informasjonsflyt mellom nivåa i helsetenesta. Andre årsaker er mangel på rutiner, retningslinjer og mangelfull pasientopplæring.
- **Mål:** Pasientane skal vere trygge på at de får riktige legemidlar på riktig måte. Problem som skuldast feil legemiddelbruk skal reduserast. For å oppnå dette trengs: Korrekte opplysningar om den einskildes legemiddelbruk. Betre beslutningsstøtte til legen. Betre pasientopplæring. Sikker legemiddel-handtering
- **Mogelege virkemidlar:** Etablere system og rutiner for å sikre korrekt og oppdatert oversikt over pasientens legemidlar. Medisinlisten må vere tilgjengeleg for helsepersonell som treng det. Utvikling av elektronisk kjernejournal er eit viktig virkemiddel. Etablere system og rutinar som kan hjelpe legen til å fatte riktige beslutningar om legemidlar til einskildpasientar. Det kan vere rutiner for tverrfaglege samarbeid, nasjonale faglege retningslinjer, interaksjonsdatabase, at legen har elektronisk verktøy i journalsystemet for å tilpasse riktig dose, tilgong til kvalitetsregistre, og system for tilbakemelding til legen. Vurdere måter å forbetre informasjonen om eigne legemidlar til pasientane. Auka bruk av multidose (legemidlar pakket i ferdig dose) og gjennomføring av en nasjonal pasientsikkerheitskampanje.

5.9 Helsepersonell

5.9.1 Utdanning og rekruttering

- **Situasjonen i dag:** Helse- og omsorgssektoren er personell- og kompetanseintensiv og krev stadig meir arbeidskraft. Det må arbeidast systematisk og godt med personell- og utdanningsområdet for å lykkast med samhandlingsreforma. I perioden blir det viktig å sikre utvikling på personell- og utdanningsområdet som samsvarer med intensjoner og mål i samhandlings-reforma. Ei anna viktig utfordring er mangelen på helsepersonell som vil auke i åra framover. Dette vil særleg gjere seg gjeldende når vi nærmer oss 2020 og forsterkast frå 2030. Helse- og omsorgstenesta er prega av et stort tal tilsette, mange personellgrupper med forskjellig utdanning, og en relativt stor andel utan relevant fagutdanning. Det er mykje deltidsarbeid i sektoren. Det er stor arbeids-mobilitet nasjonalt og internasjonalt. Turnusteneste for legar er under vurdering. Ein rapport om saka har vore på høyring, og saka er til vurdering i Helse- og omsorgsdepartementet. Departementet har også til vurdering organisering av framtidig spesialistutdanning i Norge. Det er naturleg å sjå utvikling og mogelege endringar på desse områda i samanheng.
- **Mål:** Eit overordna mål er å utvikle relevante utdanningar i tråd med samhandlingsreforma. Utdanning, rekruttering, kompetanseutvikling, ressursutnytting er særleg viktige innsatsområde. Betre fordeling av helsepersonell mellom kommunehelsetenesta og spesialisthelsetenesta, og ei riktigare samansetning av helse- og omsorgspersonell i kommunehelsetenesta og i tannhelsetenesta. Betydeleg kompetanseheving for at verksemdar og einskildmennesker skal settast i stand til å handtere nye oppgåver i kommunehelsetenesta.
- **Mogelege virkemidlar:** Utdanne tilstrekkelig tal helse- og omsorgspersonell. Utdanningane må ha riktig innhald og innretting tilpassa behovet i helse- og omsorgstenesta. Videreføre kommunens plikt til å medvirke til undervisning og praktisk opplæring av helsepersonell, herunder også vidare- og etterutdanning (forslag i ny lov om kommunale helse- og omsorgstenester). Arbeide systematisk med kompetanseutvikling hos personellet. Spesielt viktig for å heve kompetansen i den kommunale helse- og omsorgstenesta med tanke på nye og endra oppgåver. Stimulere til systematisk kompetanseoverføring på tvers av og mellom forvaltningsnivåa. Spesialisthelsetenestas rettleiingsplikt og etablering av samarbeidsavtalar og møtearena er sentralt. Nytte tilgjengelege personellressursar annleis og betre enn i dag.

5.9.2 Leiing og arbeidsmiljø i helsetenesta

- **Situasjonen i dag:** Leiing og arbeidsmiljø har stor betydning for verksemders omdømme, rekruttering, trivsel, sjukefråvær og for å behalde medarbeidarar. Leiing av helseverksemdar er i aukande grad blitt profesjonalisert. Det arbeidast systematisk med leiarutvikling og utvikling av gode arbeidsmiljøer og arbeidsplasser i sektoren. Leiarutfordringar og arbeidsmiljø i sektoren har til en viss grad vore forbunde med interessemotsetningar og maktkamp mellom ulike profesjonar. Sjukefråveret blant tilsette i helse- og omsorgstenesta er noko høgere enn gjennomsnittet for andre sektorar. Å rekruttere, behalde og utvikle gode medarbeidarar i alle deler av helsetenesta blir svært viktig framover for å lykkast med samhandlingsreforma.
- **Mål:** IA-avtalen skal følgjast opp. Systematisk arbeid med strategisk personal- og kompetanseplanlegging, utvikle gode arbeidsmiljø, leiarutvikling, sjukefråværs- og deltidsproblematikk og seniorutfordringar. Redusere ufrivillig deltid og bruk av mellombelse tilsettingar. Utvikle gode kulturar for samarbeid på tvers av

profesjonar og nivå i helse- og omsorgssektoren. Styrke leiingskompetansen i den kommunale helse og omsorgstenesta. Det må rettast merksemd mot at helsepersonell i aukande grad er fleirkulturelt samansatt. Skape spennande arbeidsplassar der dei tilsette får ansvar og utfordringar.

- **Mogelege virkemidlar:** Videreføre og utvikle det nasjonale leiarutviklingsprogrammet for helseføretaka som blir drive av dei regionale helseføretaka, og har som mål å gi noverende og framtidige leiarar ein samlande referanseramme og eit felles kunnskapsgrunnlag. Det er avsett midlar i Kompetanseløftet 2015 for å utvikle og distribuere ein praktisk leiaropplærings-pakke for den kommunale omsorgstenesta. Det takast sikte på å utarbeide ein eigen leiarplattform for leiarar i helseføretaka. Leiarplattformen skal konkretisere verdier, prinsipper, retningslinjer og krav til leiaratferd i helseføretaka.

6 Vurdering:

Rådmannen sluttar seg til KS sentralt sine vurderingar og tilrådingar i sin uttale av 03.12.2010 - med dei tilpasningar som går fram av framlegget til vedtak.

Rådmannen gjer slikt framlegg til vedtak:

Helse- og omsorgsdepartementet la den 18.oktober 2010 fram forslag til ny lov om kommunal helse- og omsorgstenester, ny folkehelselov og grunnlag for ny nasjonal helse- og omsorgsplan 2011 -2015.

Lindås kommune sluttar seg til KS sentralt sin uttale av 03.12.2010 til dei ovannemnde høyringsdokument vedk. samhandlingsreforma - med følgjande tilpasningar:

- Siste setning i annet avsnitt under pkt. 8 – Del 1 i KS sin uttale blir stroke.
- Til annet avsnitt under KS si vurdering under pkt. 5 – Del 2: For å ivareta heilskapen i eit folkehelseperspektiv er det betre å styrke samfunnsmedisinsk kompetanse framfor å etablere stilling som koordinator for folkehelsearbeidet.
- Til KS sin uttale pkt. 7.2 – Del 2: I staden for at kommunane får ansvar for forskning og undervisning og at finansiering skjer gjennom auka rammer til kommunane og regionale forskningsråd må universitet og høgskular få tilført øyremerka midlar direkte frå staten. Kommunane står for oppdragsbestillingane.
- Departementet rår til profesjonsnøytralt lovverk. Eit profesjonsnøytralt lovverk kan innebære ein mogeleg fare for kvalitetssvikt ved ikkje å definere kompetanse til dei som skal utføre kommunale helse- og omsorgstenester. Sett frå eit praktisk utgangspunkt er det ikkje noko som tyder på at profesjonsnøytralt lovverk gir betre høve for "lokale tilpasningar og handlefridom", eller at det vil gi betre "tenesteyting på tvers av fagprofesjonane og samarbeid mellom deltenester."
- Norsk helsenett er sentral i drift og utvikling av IKT-infrastrukturen i helse- og omsorgssektoren, og legg til rette for elektronisk samhandling. Norsk helsenett bør vere fullfinansiert frå statens side.
- Ved døgnbasert avansert behandling i heimen må eksisterande statleg refusjonsordning for ressurskrevjande brukarar halde fram.
- Krav til rapportering frå fastlegane må vurderast ut frå kost/nytte analyse for å unngå auka byråkratisering, som går ut over kapasitet og dermed pasienttilbod.

Handsaming i Råd for menneske med nedsett funksjonsevne - 17.01.2011

Uttale til høyring om samhandlingsreforma:

Rådet er uroleg for auka byråkratisering i kjølvatnet av denne reforma lokalt.

Det er usikkert kva økonomiske konsekvensar dette får for kommuneøkonomien.

Rådet er positiv til at individuell plan vert lovfesta og at det skal vera ein koordinator for kvar person som er avhengig av langvarige og sammensette tenester. Rådet etterlyser også ein medkoordinator i spesialisthelsetjenesta, for unngå at personar vert kasteballar i systemet. Rådet går i mot framlegget om at klageorganet ikkje kan omgjera sine vedtak, på bakgrunn av ein klage. Om ein ikkje kan omgjera vedtak før det er komen i retur fra Fylkesmannen, så vil det føra til urimeleg lang sakshandsaming og i praksis ei dårleg pasient behandling. Samrøystes vedteke.

Uttale i Råd for menneske med nedsett funksjonsevne - 17.01.2011

Uttale til høyring om samhandlingsreforma:

Rådet er uroleg for auka byråkratisering i kjølvatnet av denne reforma lokalt.

Det er usikkert kva økonomiske konsekvensar dette får for kommuneøkonomien.

Rådet er positiv til at individuell plan vert lovfesta og at det skal vera ein koordinator for kvar person som er avhengig av langvarige og sammensette tenester. Rådet etterlyser også ein medkoordinator i spesialisthelsetjenesta, for unngå at personar vert kasteballar i systemet. Rådet går i mot framlegget om at klageorganet ikkje kan omgjera sine vedtak, på bakgrunn av ein klage. Om ein ikkje kan omgjera vedtak før det er komen i retur fra Fylkesmannen, så vil det føra til urimeleg lang sakshandsaming og i praksis ei dårleg pasient behandling.

Handsaming i Eldrerådet - 18.01.2011

Terje Sætre kom og orienterte om saka.

Lindås elderråd er samd med rådmannen sitt framlegg til vedtak om vurdering og tilpassing av samhandlingsreforma. Samrøystes vedteke.

Uttale i Eldrerådet - 18.01.2011

Lindås elderråd er samd med rådmannen sitt framlegg til vedtak om vurdering og tilpassing av samhandlingsreforma.

Handsaming i Levekårsutvalet - 18.01.2011

Framlegg frå L.Brunborg-Ap:

Rådmannen sitt framlegg med følgjande endringar:

Stryk 1 og 2 kulepkt i rådmannen sitt framlegg

Tilleggs pkt til rådmannen sitt framlegg:

- Krav til rapportering frå kommunen/tenesteeining må ikkje aukast. Dersom samhandlinga krev rapportering, må tilsvarande tidlegare rapportering falla vekk.
- Tilrettelegging av vidaregåande skule for alle med ulike føresetnader, vil vera eit sterkt bidrag til måloppnåing ved reforma.

Framlegget frå L.Brunborg vart samrøystes vedteke.

Vedtak i Levekårsutvalet - 18.01.2011

Helse- og omsorgsdepartementet la den 18.oktober 2010 fram forslag til ny lov om kommunal helse- og omsorgstenester, ny folkehelselov og grunnlag for ny nasjonal helse- og omsorgsplan 2011 -2015.

Lindås kommune sluttar seg til KS sentralt sin uttale av 03.12.2010 til dei ovannemnde høyringsdokument vedk. samhandlingsreforma - med følgjande tilpasningar:

- Til KS sin uttale pkt. 7.2 – Del 2: I staden for at kommunane får ansvar for forskning og undervisning og at finansiering skjer gjennom auka rammer til kommunane og regionale forskningsråd må universitet og høgskular få tilført øyremerka midlar direkte frå staten. Kommunane står for oppdragsbestillingane.

- Departementet rår til profesjonsnøytralt lovverk. Eit profesjonsnøytralt lovverk kan innebære ein mogeleg fare for kvalitetssvikt ved ikkje å definere kompetanse til dei som skal utføre kommunale helse- og omsorgstenester. Sett frå eit praktisk utgangspunkt er det ikkje noko som tyder på at profesjonsnøytralt lovverk gir betre høve for "lokale tilpasingar og handlefridom", eller at det vil gi betre "tenesteyting på tvers av fagprofesjonane og samarbeid mellom deltenester."
- Norsk helsenett er sentral i drift og utvikling av IKT-infrastrukturen i helse- og omsorgssektoren, og legg til rette for elektronisk samhandling. Norsk helsenett bør vere fullfinansiert frå statens side.
- Ved døgnbasert avansert behandling i heimen må eksisterande statleg refusjonsordning for ressurskrevjande brukarar halde fram.
- Krav til rapportering frå fastlegane må vurderast ut frå kost/nytte analyse for å unngå auka byråkratisering, som går ut over kapasitet og dermed pasienttilbod.
- Krav til rapportering frå kommunen/tenesteeining må ikkje aukast. Dersom samhandlinga krev rapportering, må tilsvarande tidlegare rapportering falla vekk.
- Tilrettelegging av vidaregåande skule for alle med ulike føresetnader, vil vera eit sterkt bidrag til måloppnåing ved reforma.

VEDLEGG:



Saksframlegg

Arkivsaknr./arkivkode: 10/02027 – 1/ Saksbehandler: Sigrid J. Askum Dato: 25.11.10

Sak nr.	Behandles av:	Møtedato:
	Hovudstyret	03.12.2010

SAMHANDLINGSREFORMEN - HØRINGSdokumenter

Forslag til vedtak

KS foreløpige posisjoner og fakta om lovforslaget om samhandlingsreformen sendes til orientering til kommunene som en del av høringsarbeidet i kommunene og KS.

KS anbefaler at kommunene i sitt høringsarbeid vektlegger følgende element i forhold til det utsendte lovforslaget fra departementet:

- Støtte vektleggingen av kommunal organisasjonsfrihet i høringsutkastet.
- Understreke behovet for klarere avgrensning av statlig styringsrett i det endelige lovforslaget.

- Forutsette at en kommunal medfinansieringsmodell kombineres med mekanismer for å begrense enkeltkommuners finansielle risiko.
- At de økonomiske konsekvensene for kommunene må kartlegges bedre, og at økte kostnader forutsettes fullfinansiert.

Hovedstyret vil sluttbehandle høringsuttalelsen fra KS etter å ha mottatt innspillene fra KS' nasjonale høringskonferanse 10.01.2011.

Notatets fakta

Helse og omsorgsdepartementet fremla den 18. oktober forslag til Ny Folkehelselov og ny Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (tidligere Lov om sosiale tjenester, Lov om kommunehelsetjenester og Lov om folkehelse). I tillegg er grunnlaget for ny Nasjonal helse- og omsorgsplan lagt ut på nett, <https://fremtidenshelsetjeneste.regjeringen.no/> . Høringsfristen er 18. januar 2010.

Hovedintensjonen med samhandlingsreformen fra statens side er å sikre et bedre koordinert tilbud til pasienter med behov for sammensatte tjenester over flere nivåer. Demografisk og teknologisk utvikling, lokale forutsetninger og tilgang til kompetanse tilsier at arbeidsdelingen mellom nivåene vil måtte endres over tid.

Målene med samhandlingsreformen lagt frem av departementet er blant annet:

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

Dette posisjonsnotatet er en fremstilling av noen sentrale hovedpunkter i høringsdokumentene, der tema er valgt ut på bakgrunn av hva KS særlig ønsker å vektlegge i forbindelse med høringsarbeidet.

Notatet er konsentrert rundt følgende hovedpunkter:

1. Hvilken myndighet er foreslått gitt til kommunene?
2. Hvordan er ansvarsfordeling med hensyn til oppgaveløsning og beslutningskompetanse?
3. Hvordan er bruken av avtaler mellom kommuner og foretak?
4. Hvilke nye oppgaver og plikter er foreslått for kommunene?
5. Hvilke plikter gis kommunen i forhold til folkehelse?
6. Hvordan er nye oppgaver og plikter foreslått finansiert?
7. Hvilke utfordringer medfører forslagene innen kompetanse, forskning og IKT?
8. Hvordan kan samhandlingsreformen gjennomføres?

KS mener at Samhandlingsreformen krever en politikk som i praksis demonstrerer at det neste tiåret tilhører kommunehelsetjenesten - på samme måte som det første tiåret i dette

århundre så definitivt har vært spesialisthelsetjenestens og sykehusenes tiår. Nye plikter, større ansvar og flere oppgaver til kommunene må følges av ressurser, myndighet og tillit.

Del 1

1. Hvilken myndighet er foreslått gitt til kommunene?

KS er positiv til lovforslagene som vil underbygge og forsterke kommunens myndighet, og at Regjeringen fremhever viktigheten av lokal handlefrihet som et av verdigrunnlagene bak loven.

KS er skeptisk til de lovforslag som ytterligere vil svekke kommunesektorens stilling vis a vis staten og som ytterligere undergraver balansen mellom stat og kommune.

KS mener det er behov for sterkere kommunal styring av *legetjenesten*, og *det endelige lovforslaget må avspeile det*.

KS mener at høringsnotatene omgår ressursproblematikken, også knyttet til legetjenesten i kommunene.

KS mener at å bruke forskrift på områder som i dag er avtaleregulert, krever en særlig begrunnelse.

KS støtter at kommunens overordnede ansvar for fastlegeordningen nedfelles i forskrift. KS støtter ikke forslag til større kommunalt finansieringsansvar for fastlegeordningen.

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

KS vil ha en tydeligere ansvarsfordeling mellom spesialisthelsetjenestens og kommunehelsetjenesten. KS ønsker at ansvarsfordelingen angis nærmere i forarbeidene til loven, og om mulig også klarere i selve lovteksten. Hvor det oppstår uenighet om ansvarsfordelingen, ønsker KS at uenigheten avgjøres av et uavhengig tvisteløsningsorgan, jf nedenfor under punkt 3.

KS vil gå i mot at HOD ensidig kan fastsette ansvarsfordelingen mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

KS er kritisk til om det er behov for å gi Helse og omsorgsdepartementet hjemmel til å pålegge kommunene å samarbeide. Kommunene vil for eksempel i forhold til folkehelse selv være i stand til å etablere fornuftige løsninger, og gjerne i samarbeid med fylkeskommunene. Dette samarbeidet kan skje igjennom eksempelvis inngåelse av avtaler, og basert på kommunens behov for oversikt over egen befolkning.

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

KS mener det bør etableres nasjonale tvisteløsningsorganer, hvor modellen som er brukt innen barnevern kan danne utgangspunkt for tilsvarende modell innen helse- og omsorgssektoren. Dette organet må blant annet kunne treffe beslutninger om ansvarsfordelingen mellom stat og kommune, hvordan inngåtte avtaler mellom foretak og kommuner skal tolkes, tvister om utskrivningsklare pasienter, mv.

KS mener at det i høringsnotatet ikke er tilstrekkelig utredet hvor rettslig bindende avtaler mellom kommuner og foretak skal være. KS ser det som viktig at det spørsmålet også nærmere utredes av arbeidsgruppen mellom HOD og KS som nedsettes.

KS ønsker at avtalene mellom kommuner og foretak i størst mulig grad skal være rettslig bindende, men at partene kan avtale tvisteløsningsordninger fremfor å bringe tvister inn for de alminnelige domstoler.

KS er positiv til kvalitetsmålinger, men mener at kost/nyttebetraktninger alltid må legges til grunn når nye systemer vurderes innført. KS savner et tydeligere kommunalt perspektiv på behovet for kvalitetsindikatorer og styringsinformasjon.

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

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

KS mener kommunehelsetjenesten bør organisere et øyeblikkelig hjelp døgntilbud til pasienter som midlertidig trenger økt behandling, pleie og omsorg i hjemmet eller i sykehjem. Kommunene må selv bestemme hvordan dette tilbudet skal organiseres. KS mener det bør gjennomføres en gradvis innfasing og følgeforskning-/ evaluering ved overføring av oppgaver og plikter til kommunen.

5. Hvilke plikter gis kommunen i forhold til folkehelse?

KS mener at det er positivt med en utvikling hvor folkehelse vektlegges i lovs form, men stiller spørsmål ved den underliggende premissen om at den foreslåtte nye folkehelseloven vil frembringe bedre folkehelse, uten at dette skal ha betydelige økonomiske eller administrative konsekvenser for kommunene.

KS mener at både krav til samarbeid, helseovervåkning og statistikk i lovforslaget vil ha betydelig økonomiske og administrative kostnader det ikke er tatt høyde for i høringsnotatet. KS mener de økte kravene som stilles på folkehelseområdet medfører merkostnader for kommunene både ressurs- og kompetansemessig.

KS ser det prinsipielt problematisk at det innføres bestemmelser i ny folkehelselov som undergraver grunnsprippet i plan- og bygningsloven (PBL) om at kommunene selv definerer innholdet i hvilke samfunnsmessige hensyn som det er behov for å utrede i planstrategiene. Med en så omfattende definisjon som legges til grunn for folkehelsearbeid anses denne delen av forslaget som en inngripen i viktige lokaldemokratiske prinsipper.

KS anbefaler at Fylkesmannen blir regional tilsynsmyndighet.

6. Hvordan er nye oppgaver og plikter foreslått finansiert?

KS mener at de to kommunale medfinansieringsordningene bør drøftes for å avklare hvilken modell som bør velges, og hvordan kommunene skal kompenseres.

- En avgrenset kommunal medfinansieringsmodell vil kunne bidra til raskere etablering av nye tilbud i kommunene
- En medfinansiering av medisinske innleggelser synes å være med i samsvar med overordnede mål for reformen
- En ordning som kombineres med tak for å begrense finansiell risiko for enkeltkommuner.
- KS forutsetter at en kompensasjonsmetode (over frie inntekter) utformes i samarbeid med kommunesektoren.

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.

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

KS mener at de økonomiske og administrative konsekvenser er vanskelig å overskue, men mener de vil bli betydelige og langt høyere enn antydnet i høringsnotatet. Dette gjelder også legetjenesten.

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

KS mener behovet for arbeidskraft nødvendiggjør flere tiltak. Det må utdannes tilstrekkelig helsepersonell med relevant kompetanse. Kommunene må fortsette arbeidet med å utvikle gode og interessante arbeidsplasser, der medarbeideren blir værende og sikres kompetanseutvikling. En fortsatt innsats rettet mot flere i større og hele stillinger samt reduksjon av sykefravær vil gi bedre utnyttelse av dagens ansatte. Samarbeidet mellom KS og staten knyttet opp til kvalitetsavtalen/nasjonal rammeavtale må videreføres også med tanke på personell.

KS mener at utdanningsinstitusjonene i for stor grad er rettet inn mot arbeid i spesialisthelsetjenesten, og at det i større grad må legges vekt på å utdanne personell som er tilpasset fremtidige kommunale oppgaver. Rekrutterings- og kompetansehevingstiltak for å imøtekomme reformens intensjoner vil måtte kreve økonomiske ressurser for kommunene, og trolig vil ha tariffmessige konsekvenser.

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

KS mener at kommunene bør ha tilsvarende oppgaver som spesialisthelsetjenesten:

- Pasientbehandling
- Utdanning av helsepersonell

- Forskning
- Pasientopplæring

KS mener at det er nødvendig med et krav til elektronisk dokumentasjon og forsendelse av helseopplysninger for å få alle aktørene opp på et nødvendig teknologisk minimumsnivå.

8. Hvordan kan samhandlingsreformen gjennomføres?

KS mener at samhandlingsreformen, med ny folkehelselov og lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, kan iverksettes fra 1.1.2012, med de forandringer og presiseringer som er referert til i punkt 1-7 overfor. Reformen må implementeres gradvis og etter en plan. Det må også fastsettes ”milepæler” hvor resultatene av samhandlingsreformen på gitte tidspunkter etter nærmere kriterier skal vurderes.

Mange av de nye oppgavene for kommunene vil være mer ressurskrevende enn hva mange kommuner har mulighet til å stille til rådighet. Selv om enkelte av oppgavene tilsynelatende kan løses gjennom administrativt samarbeid, tilsier summen av oppgaver og oppgavenes karakter et behov for at samarbeidet blir styrt av et folkevalgt organ.

Del 2

Forslag fra departementene/regjeringen og administrasjonens vurdering

1 Hvilken myndighet er foreslått gitt til kommunene?

1.1 Forsterkning av kommunens myndighet

Forslag fra departementene/regjeringen

Det er flere forslag i høringsnotatet som vil underbygge og forsterke kommunens myndighet med hensyn til å organisere tjenestene, og i forhold til beslutningskompetanse vis a vis innbyggere og helseprofesjonene. Det er flere forslag i høringsnotatet som vil svekke kommunesektorens stilling vis a vis staten, slik at balanseforholdet mellom stat og kommunen blir ytterligere i ubalanse. De forslag som svekke kommunens posisjon vis a vis staten er behandlet i punkt 2 og 3 nedenfor.

KS vil blant annet fremheve følgende som positivt i høringsnotatet:

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

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

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

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

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

nivå på tjenestene utover lovens krav”. Det foreslås også at helsetilsynet/fylkesmannen ikke skal kunne treffe nytt vedtak, men kun kan oppheve vedtaket og sende det tilbake til kommunen for å treffe nytt vedtak.

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

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

KS vurdering

Samlet innebærer disse forslagene en forsterkning av kommunens myndighet i forhold til helsearbeidere og innbyggere. Hvilken myndighet som kommunen gis, må imidlertid også vurderes i forhold til den foreslåtte ansvarsfordelingen mellom kommune og staten.

Forslag til ny lov vil samlet trolig innebære en maktforskyvning til fordel for staten, og det er derfor en fare at forslag samlet kan medføre en svekkelse av kommunen som myndighet, som ytterligere vil undergrave balansen mellom stat og kommune ut over dagens rettstilstand. Det er derfor en fare for at forslaget samlet sett kan medføre en svekkelse av kommunen som myndighet.

1.2 Kommunesamarbeid

Forslag fra departementene/regjeringen

Departementet legger til grunn at det vil oppstå et behov for omfattende interkommunalt samarbeid for å oppnå tilstrekkelig innbyggergrunnlag, tilstrekkelig kompetanse og nødvendig økonomisk styrke. Departementet vurderer det slik at samkommunemodellen eller vertskommunemodellen i mange tilfeller vil kunne være de mest hensiktsmessige måtene å møte nye fremtidige utfordringer og oppgaver innen helse- og omsorgssektoren, især for de minste kommunene. Samkommunemodellen og vertskommunemodellen er tiltenkt å kunne løse større og mer omfattende oppgaver som krever særlig fagkompetanse. Av den grunn vil departementet oppfordre kommunene til å vurdere disse modellene for samarbeid.

Departementet understreker at det er kun disse modellene som er aktuelle når det er snakk om *offentlig myndighetsutøvelse*. Med utøvelse av offentlig myndighet siktes det til myndighetsutøvelse i betydningen; vedtak av offentligrettslig art. Bestemmelsen sikter derfor til forbud, pålegg, fullmakt, dispensasjon og andre avgjørelser på det offentligrettslige området. Men offentlig myndighet kan også omfatte mer enn det å kunne gjøre enkeltvedtak og gi forskrifter, for eksempel også kontroll- og planleggingsmyndighet. (Ot. prp. nr 95 (2005-2006) Om lov om endringer i lov 25. september 1992 nr. 107 om kommuner og fylkeskommuner (interkommunalt samarbeid))

KS vurdering

KS er kjent med at kommuner drøfter selskapsorganisering (IKS og AS) som organisasjonsform i oppfølging av samhandlingsreformen. Lov om Interkommunalt samarbeid (IKS) er utformet med tanke på virksomheter som har egne inntekter og som

har større eller mindre preg av næringsvirksomhet. Modellen er ikke tiltenkt regulering av kommunale kjerneoppgaver hvor det utøves forvaltningsmyndighet. Loven har som formål å fungere som "kommunenes aksjelov" for forretningsmessig virksomhet.

Med mindre det er omtalt i særlovgivning kan selskaper ikke ha vedtaksmyndighet innenfor kommunale kjerneområder. IKS er et eget rettssubjekt og den politiske styringen skjer indirekte gjennom budsjettvedtak, oppnevning av selskapets representantskap og ev instruksjon. Et IKS kan på den annen side ivareta driftsfunksjoner på kommunale kjerneområder, men myndighetsutøvelse kan ikke legges til styret. Et lokalmedisinsk senter kan være organisert som et IKS som en ren driftsinstans, men det er f eks ikke anledning til å delegerer forvaltningsmyndighet knyttet til for eksempel typiske kommuneoverlegefunksjoner til et selskap. Den enkelte kommune må selv vurdere valg av samarbeidsløsninger innenfor lovens rammer. Ny lov legger ikke om til en endring av hvilke samarbeidsløsninger som er lovlige.

1.3 Legetjenesten i kommunene

Forslag fra departementene/regjeringen

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

Regjeringen foreslår ikke en endring av dagens hovedmodell med fastlegeordningen, herunder et listepasientsystem og at fastlegene som hovedmodell er selvstendig næringsdrivene. Imidlertid vil 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, og målene for dette er formulert slik av regjeringen:

Rammevilkårene for allmennlegetjenesten skal utvikles i en retning som sikrer stat og kommune gode styringsmuligheter, og som fremmer god kvalitet og mer innsats for å begrense og forebygge sykdom der dette er effektivt. Herunder kommer fastlegenes aktive oppfølging av kronikere og andre med særskilt risiko for sykdom og behandlingsbehov i spesialisthelsetjenesten. Utvikling av ordningen skal sikre tilstrekkelig oppfølging av sårbare grupper som ofte ikke selv oppsøker lege og tettere samhandling med andre kommunale helse- og omsorgstjenester. Endringene må støtte god geografisk legefördeling, god rekruttering til allmennlegetjenesten og bidra til å sikre større stabilitet i legedekningen i distriktskommunene.

Regjeringen har ikke fulgt opp tidligere signaler om en vekst i antall allmennleger, men viser til at de vil vurdere ressursbehovet i fastlegeordningen i forbindelse med utforming av fastlegeforskriften, etter gjennomgang av legevaktsordningen og når det er klart hvilke oppgaver fastlegene skal ivareta fremover. Følgende tiltaksområder er drøftet:

1. **Tydeliggjøre kommunens overordnede ansvar for fastlegeordningen**
2. **Utvikle kvalitetssystemer – faglig støtte og tilbakemeldinger på praksis.**

Departementet skal vurdere ulike tilnærminger og ordninger som vil kunne inngå i et helhetlig nasjonalt system for kvalitetsutvikling i de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

3. **Innføring av nasjonale kvalitets- og funksjonskrav med tilhørende rapportering.**
4. **Forslag til endringer i fastlegeforskriften.** Ved siden av å presisere kommunenes overordnede ansvar for fastlegetjenesten i kommunene, og forplikte fastlegene til å følge nasjonale kvalitets- og funksjonskrav, foreslår departementet at listeansvaret til fastlegene dekker alle allmennlegeoppgaver for pasienter på listen dersom ikke annet er spesifisert i regelverket, herunder individrettet forebyggende arbeid. Fastlegene vil ha et ansvar for å identifisere risikopersoner, sørge for individrettet veiledning og oppfølging, samt koordinere oppfølgingen av pasientene. I tillegg ønsker departementet å regulere nåværende avtalehjemlet tilpliktning av fastlegene til å arbeide inntil 7,5 timer/uke til *andre allmennmedinske oppgaver* i forskriften. Det foreslås ingen økning av timetallet i denne omgang. Imidlertid ønsker departementet å la det være opp til den enkelte kommune å bestemme hvilke oppgaver den ønsker å organisere utenfor fastlegenes ordinære praksis og inn under 7,5 timer/uke.
5. **Forslag om endringer i finansieringsmodell.** Departementet foreslår ikke konkret en endring av dagens finansieringsmodell, men vil allikevel innhente synspunkter på om finansieringen skal dreies fra 75 % refusjon og 25 % per capitatilskudd, til 50 % refusjon og 50 % per capitatilskudd.
6. **Styrking av Legevakt.** Departementet gir ingen konkrete forslag, men sier den vil komme tilbake til behandlingen av rapporten om styrking av legevakt.
7. **Fastlegenes innflytelse på inntak i kommunale helse- og omsorgsinstitusjoner.** Departementet ønsker *ikke* å gi fastlegene rett til å skrive pasienter inn på sykehjem på nåværende tidspunkt.
8. **Legefordeling til kommunehelsetjenesten.** Departementet ønsker å videreføre dagens ordning med Nasjonalt råd for legefordeling.

Departementet har en relativt grundig drøfting av om kommunelegens rolle (medisinsk faglig rådgiver) i kommunene. Departementet anfører mange argumenter *for* å fjerne lovfestingen av kommunelegens rolle, og mange argumenter *for å beholde dagens lovfesting* av kravet til medisinsk faglig rådgiver. Departementet lander til slutt på at dagens lovfesting av kommunenes plikt til å ha ansatt medisinskfaglig rådgiver bør opprettholdes.

KS vurdering

KS hovedpremisser for forsterket legetjeneste i kommunene:

KS har i forberedelsene til Samhandlingsreformen fremhevet at en kvalitativt god allmennlegetjeneste er en hjørnestein i kommunenes helse- og omsorgstjeneste. Den skal sikre alle innbyggere tilgang på helsetjenester og være den grunnmuren som spesialisthelsetjenesten bygger på. Allmennlegetjenesten er en sentral samarbeidspartner for de øvrige kommunale helse- og omsorgstjenester og inngår i en helhetlig kommunal helse- og omsorgstjenesten. På et overordnet nivå har KS pekt på tre grunnleggende endringer for at samhandlingsreformen skal lykkes:

1. **Det må skje en vekst i antall allmennleger i kurativ praksis, samt en økt tilgang på medisinsk kompetanse i kommunenes administrative planarbeid.**
2. **Legetjenesten må integreres bedre i den kommunale helse- og omsorgstjeneste.**
3. **Det må sikres god tilgang på allmennleger i alle landets kommuner.**

Samhandlingsreformen krever en politikk og tiltak som i praksis demonstrerer at det neste tiåret tilhører kommunehelsetjenesten - på samme måte som det første tiåret i dette århundre så definitivt har vært spesialisthelsetjenestens og sykehusenes tiår. Nye plikter, større ansvar og flere oppgaver til kommunene må følges av ressurser, myndighet og tillit.

En viktig premiss i samhandlingsreformen er at fastlegene skal styrke sin innsats til prioriterte grupper. Dette forutsetter flere fastleger. Hvis ikke, blir resultatet dårligere tilgjengelighet til fastlegen for “folk flest”.

KS mener at en forsterket legetjeneste i kommunene ikke alene kan oppnås gjennom presisering i lov og avtaleverk, men primært må skje gjennom andre konkrete tiltak. KS mener derfor at det bør utvikles tiltak:

- for rekruttering av flere allmennleger/fastleger og oppretting av utdanningsstillinger/fastlønnsstillinger,
- som vektlegger psykisk helse, rusmedisin, eldremedisin i legenes grunnutdanning og spesialistutdanning,
- som stimulerer til etablering av døgntilbud, rehabilitering, palliativ behandling, oppsøkende virksomhet overfor skrøpelige eldre
- som avklarer hva en ny legerolle innebærer, hva de nye legene skal gjøre for å realisere ambisjonene bla om mer forebygging
- som evner å håndheve legefördelingsystemet og å begrense veksten i nye legestillinger til sykehusene (slik man lyktes med ved innføring av fastlegeordningen).

KS mener at det vil bli viktig å få definert noen klare avgrensninger av helsetjenesten dersom en skal få en bærekraftig utvikling fremover. Å tenke helse i alt, utgreie risikofaktorer på lang sikt; risikoen for at noe muligens kan hende individer i morgen pga manglende tenkning og tiltak i dag, kan gi feilaktive prioriteringer av helsetjenestens ressurser og muligheter.

KS mener at det å nå fram til utsatte grupper (skrøpelige eldre, rusmisbrukere, mennesker med psykiske lidelser) og det å få pasienter tidligere utskrevet fra sykehus, til videre behandling, oppfølging og kontroller i kommunehelsetjenesten, bør ha prioritet. Dette fremfor etablering av sykehuslignende institusjoner som vil kreve svært store ressurser i lab/rtg, leger og sykepleiere. Da kan ikke kommunene nøye seg med å ha 1/5 av antall leger og 1/20 av antall sykepleiere som de har i spesialisthelsetjenesten. Da må helsepersonell i spesialisthelsetjenesten ”overføres” sammen med oppgavene.

KS er enig i at fastlegeordningen med listeansvar har ført til større tilgjengelighet til legetjenesten. Fastlegene har et eierforhold til egen praksis og listepasientene sine. Dette individperspektivet er verdifullt. Men systemet sikrer ikke godt nok alvorlige psykisk syke, rus og aldersrelaterte utfordringer, dette er pasienter som krever en mer proaktiv tjeneste.

KS vil peke på at styrking av legetjenesten i kommunen kan skje på flere måter:

- Privatpraktiserende fastleger
- Fastlønte fastleger
- Fastlønte hel-/deltidsstillinger for å utføre allmennlegetjenester som ikke er en del av takstsystemet
- Fastlønte kommuneleger som har en koordineringsfunksjon og utfører samfunnsmedisinske oppgaver

Det må være fleksibilitet i systemet slik at det er mulig å finne lokale løsninger ut fra lokale behov. Kommunene må også ha mulighet til å tilby forskjellige typer legearbeid ut fra interessene til den enkelte lege. Dette vil bidra til å rekruttere nyutdannede leger som ønsker å prøve seg i allmennlegetjenesten uten å måtte investere store beløp i en egen privat praksis.

Forskriftsfesting versus avtaleregulering

- Forslaget til utvidet forskrift reiser noen prinsipielle spørsmål om hvor mye staten skal gripe inn i og styre noe som partene (kommunene og fastlegene) normalt bør kunne finne fram til gjennom forhandlinger og avtaler. På den andre side kan det å løfte noe fra avtale og inn i forskrift, åpne opp for at andre forhold kan komme inn i avtaleverket, se avsnitt nedenfor om funksjons- og kvalitetskrav. KS mener at å bruke forskrift på områder som i dag er avtaleregulert, krever en særlig begrunnelse – dvs at de forholdene som løftes inn i forskrift, må anses som en forutsetning for at pliktsubjektene, fastlegene og kommunene, kan løse de lovpålagte oppgaver og ansvar. Det er vanskelig å vurdere forslaget om mer omfattende forskriftsfesting før endelig forslag til formulering foreligger. En utvidet forskriftsfesting betyr at staten bestemmer ensidig, istedenfor avtalepartene (KS og Legeforeningen) som forhandler seg fram til en løsning. Det som sannsynligvis *bør ligge i en forskrift* er en presisering av hva som er fastlegenes oppgaver. Dette bør ikke være opp til den enkelte fastlege å definere, og for den enkelte kommune å måtte forhandle om. *KS vil påpeke* at det regjeringen kaller en *presisering* av listeansvaret er en reell utvidelse i forhold til dagens fastlegeordning. En slik utvidelse av fastlegenes oppgave må derfor utlignes gjennom økt antall fastleger og sikres fullfinansiering.

Funksjons- og kvalitetskrav til fastlegeordningen

KS er positiv til kvalitetsmålinger, men mener at kost/nyttebetraktninger alltid må legges til grunn når nye systemer vurderes innført. KS er enig i nødvendigheten av gode kvalitetsindikatorer og styringsinformasjon. KS vil bidra til at disse systemene får et kommunalt perspektiv også for bruk som styringsinformasjon for folkevalgte organer.

Endringer i finansieringsordning?

Det er tvilsomt om kommunene får mer styring med hva legene gjør ved å øke finansieringsansvaret, (50/50 fordeling av basistilskudd/takster). Finansieringsmodellen omfatter dessuten bare kurative oppgaver. Det er større behov for å styre offentlig allmennmedisinsk arbeid, og dette utføres ved at kommunen ansetter leger i hel- eller deltidstillinger. Det er viktig å opprettholde høy produktivitet og god tilgjengelighet til fastlegen for folk flest.

Det medfører store metodiske og praktiske utfordringer å gradere per capita-tilskuddet. Forslag om dette ble forkastet i forbindelse med innføringen av fastlegeordningen. (Ot.prp. nr. 99 (1998-99))

Kommunelegen – medisinsk-faglig rådgivning

Reformen vil medføre at kommunene må bruke mer ressurser på styrking av kommuneoverlegefunksjonen og det må rekrutteres leger med samfunnsmedisinsk kompetanse.. Kommunelegene blir et viktig bindeledd mellom kommunenes øverste ledelse og fastlegetjenesten og en viktig støttespiller i forhandlinger samhandlingsavtaler

med spesialisthelsetjenesten. Hvordan kommunene løser oppgavene knyttet til avtaler, planarbeid og samfunnsmedisinske spørsmål, må kommunene selv kunne avgjøre.

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

Forslag fra departementene/regjeringen

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

Etter forslag til lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 1-2, 2. ledd er det lagt til ”*departementet ved forskrift eller i det enkelte tilfelle*” å kunne foreslå hva som er helse- og omsorgstjenester etter loven. Tilsvarende er det etter lov om spesialisthelsetjenesteloven § 1-2, 2. ledd HOD som ved forskrift eller enkeltbeslutning kan fastsette hva som ligger til spesialisthelsetjenesten. Det er derfor HOD som etter lovens ordning bindende kan fastsette hvorvidt ansvaret ligger til kommunen eller til spesialisthelsetjenesten. Det er heller ikke foreslått å stille nærmere formelle krav til beslutningen eller at kommuner skal høres, slik som for eksempel kravet vil være til en fastsettelse av forskrift. Det fremgår ikke hvorvidt HOD ved beslutningen er bundet av tolkningen av det gjeldende regelverket, eller hvorvidt HOD ut fra mer hensiktsmessighetsbetraktninger kan fastsette grenseområdene. Det er ikke stilt andre krav enn at departementet må treffe avgjørelsen, slik at det er de interne delegasjonsreglene i departementet som fastsetter hvem som treffer beslutningen. HOD vil derfor – med grunnlag i loven – kunne treffe slik avgjørelse uavhengig av hva kommunene og foretakene har avtalt, og også uavhengig av hva et eventuelt avtalt tvisteløsningsorgan måtte ha fastsatt. Det er i forslag til lov lagt opp til utstrakt bruk av forskriftshjemler, hvor HOD i forhold til viktige regler for kommunen gjennom forskrift både skal fastsette nærmere regler vedrørende medfinansieringsordning og kommunens ansvar for utskrivningsklare pasienter. Det vises også til at HOD gjennom forskrift kan fastsette kvalitets- og funksjonskrav både til fastlegenes virksomhet og kommunens øvrige tjenester. Regelen om at HOD kan påby samarbeid mellom kommuner hvor det er påkrevd for en forsvarlig løsning videreføres, og forsterkes ved at slik påbudshjemmel også gjelder i forhold til sosiale saker.

KS vurdering

Det er flere forslag i ny lov som vil styrke statens stilling vis a vis kommunesektoren, slik at ubalansen mellom stat og kommune blir tilsvarende større.

KS har etterlyst en klar (ere) ansvarsfordeling mellom statens og kommunens oppgaver. Dette etterkommes ikke i forslaget. Det innebærer at den ”stille reformen” fortsetter, hvoretter stadig flere oppgaver overføres til kommunen uten at dette kompenseres økonomisk. Kommunens myndighet og ansvar vil da heller ikke bli synliggjort. Det er

HOD som ensidig vil kunne fastsette ansvarsfordelingen mellom stat og kommune, noe som undergraver hensynet til balanse mellom staten og kommunesektoren.

Med grunnlag i lovtekst eller forarbeider vil det være vanskelig, eller nærmest ikke mulig, å trekke den nærmere grensedragningen mellom kommunens og spesialisthelsetjenestens ansvarsområder for så vidt gjelder gråsoneområder. Det vil slik også være uklart hvem av henholdsvis foretak eller kommunene som har ansvaret for tjenestene hvor det opprettes samarbeidsløsninger som intermediære avdelinger, distriktsmedisinske senter, mv. Gråsonene i forhold til rus, psykiatri forblir tilsvarende uklar. Det er i høringsnotatet uttrykkelig uttalt at partene ikke kan *”avtale seg bort fra det ansvaret som er pålagt dem i loven”*. Kommunen og foretakene kan slik ikke gjennom bindende avtale avklare hvem som har ansvaret for konkrete oppgaver. Det er av departementet lagt opp til at partene i avtaler kan innta bestemmelser om hvordan partene selv oppfatter ansvarsforholdene, og at det i praksis vil avbøte problemer med gråsoneområder gjennom at partene frivillig vil etterleve avtalen.

KS bemerker at departementet innenfor barnevern, hvor det er tvist mellom statlig og kommunal barnevernsmyndighet, ikke er gitt en tilsvarende hjemmel til å ensidig fastsette ansvarsområdene som her forslås både på helse- og sosial området. Regelen er en videreføring av dagens regel i spesialisthelsetjenesten hvor regelen ble inntatt da fylkeskommunen i sin tid var eier av sykehusene. Staten kunne da ved enkeltvedtak eller forskrift avgjøre tvister mellom kommuner og fylkeskommuner. Hvor staten nå er eier av sykehuset, er det etter KS sin oppfatning ikke naturlig at en slik regel videreføres. Staten vil da hvor en tvist oppstår mellom et foretak og en kommune både bli part og dommer i samme sak. KS kan derfor ikke støtte forslaget om at HOD ensidig skal kunne fastsette grensene mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Under enhver omstendighet må slik grensedragning skjer i forskriftsform. Det vil gi en mer forsvarlig høringsrunde og også mulighet for kostnadsberegne overføring av nye oppgaver til kommunen.

KS ønsker i stedet for en slik ensidig hjemmel for HOD til å fastsette grensene mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, en nærmere grensetrekning av ansvaret – i alle fall av prinsippene - i lov og forarbeider. Dette bør kombineres med et tvisteløsningsorgan for å avgjøre eventuelle tvister. KS ønsker også at det fastsettes nærmere regler for uavhengig megling mellom partene.

Det er i høringsnotatet ikke redegjort nærmere for HOD sin posisjon til å definere grensene mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, noe som medfører at spørsmålet nok i liten grad vil bli kommentert i høringsrunden. Det er i loven fastsatt en rekke rettslige standarder. Det stilles krav til kvalitet, forsvarlighet, verdighet og det skal utarbeides kvalitetsevalueringssystemer. Det er KS sin oppfatning en fare for at disse skjønsmessige standardene over tid gjennom tilsyn og klagebehandling vil medføre at det legges større forpliktelser på kommunen også utover det som følger av dagens regler. Dette gjør at utviklingen om at stadig flere oppgaver og forpliktelser pålegges kommunen vil kunne fortsette også i økende omfang som følge av disse standardene uten at de kompenseres økonomisk.

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

Forslag fra departementene/regjeringen

Kommuner og foretak har som nevnt plikt til å inngå avtaler, hvor loven stiller visse minimumskrav til rammene for en avtale. Det er åpnet for at partene også kan avtale uavhengige tvisteløsningsordninger, hvor det blir tvist om tolkning av avtalen. Det er for øvrig ikke stilt nærmere krav til innholdet i avtalen.

Det er i høringsbrevet åpent for at partene kan avtale vidtgående oppgaveroverføringer fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten. Det uttales for eksempel at kommunene og foretakene kan avtale at kommunene skal gjøre oppgaver som er foretakets lovpålagte ansvar, for eksempel kirurgiske eller radiologiske tjenester. Imidlertid uttaler også høringsnotatet at det ikke vil være ”rom for at partene avtaler seg bort fra det overordnede ansvaret for oppgaver som spesialisthelsetjenesten legger til foretakene”

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

KS vurdering

Det er etter KS sin oppfatning uklart hvor rettslig bindende avtalen mellom partene er ment å være, og det er nødvendig at det utredes nærmere. Generelt bærer høringsnotatet preg av at man på den ene side ønsker at avtaler skal være bindende, men på den andre siden ønsker man at det allikevel ikke i forhold til oppgaveløsning og ansvar. Dette kan illustreres i forhold til følgende spørsmål;

- Er avtalene mellom kommunen og foretakene rettslig bindende slik at tvist om tolkning av avtalen også kan prøves for de alminnelige domstoler?
- Hvor en kommune har påtatt seg oppgaver som ligger til spesialisthelsetjenesten, og hvor foretakene ikke oppfyller sin del av avtalen og det påfører kommunen et økonomisk tap, kan da kommunen kreve erstatning av sitt tap for domstolene?
- Dersom kommunen har overtatt en oppgave som ligger til spesialisthelsetjenesten. Er det da avtalens ordlyd som er avgjørende for hvordan partene skal opptre, eller det foretaket som har det overordnede ansvar som kan diktere hvordan saken skal håndteres?
- Hva betyr det konkret at foretakene” ikke kan avtale seg bort fra det overordnede ansvaret som ligger til spesialisthelsetjenesten” – hvor langt legger det begrensninger i forhold til å inngå bindende avtaler?
- Er departementet på noen måte forpliktet av de inngått avtale, eller kan departementet fritt bruke den hjemmel til å fastsette ansvarsgrensene som foreslås i loven uavhengig av inngåtte avtaler?

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

KS ønsker derfor en nærmere utredning hvor rettslig bindende de foreslåtte avtaler er ment å være og at dette må redegjøres nærmere for det videre lovarbeidet.

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

KS ønsker at et slik tvisteløsningsorgan også kunne avgjøre økonomiske tvister i tilknytning til utskrivningsklare pasienter. Tvisteløsningsorganets avgjørelse vil da også danne presedens for løsning av senere saker. I en slik nemnd/tvisteløsningsorgan kan representanter fra staten, sykehus, kommunene og bruker/partsrepresentanter og det medisinske fagmiljø sitte, som vil kunne gi grunnlag for god kvalitet på avgjørelsene som partene også vil etterleve.

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

Forslag fra departementene/regjeringen

I forslag til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester om Samhandlingsreformen, legges opp til **økt aktivitet i kommunene**. Overføring av aktivitet fra spesialisthelsetjenesten handler om deler av pasientforløp som er aktuelle for ”overføring” til den kommunale helse- og omsorgstjenesten, ikke konkrete eller avgrensede oppgaver. Det legges opp til en gradvis oppbygging av kompetanse for å øke aktivitet og kvalitet i kommunene. Det må være en gjensidighet mellom kommuner og helseforetak når kommunene overtar aktiviteter. Lovpålagte avtaler vil være rammen for en slik gjensidig tilpasning.

Pasientrettede oppgaver:

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

Administrative oppgaver:

- Kommunen skal styrke samarbeidet og samordning med andre kommuner, fylkeskommuner og helseforetak, herunder plikt til å inngå avtaler med helseforetak.
- Kommunen skal etablere en egen pasient koordinator til mennesker med behov for langvarige og sammensatte tjenester.
- Kommunens ansvar for å følge opp allmennlegetjenesten, herunder i forhold til kvalitet, presiseres.
- Kommunen skal vurdere samarbeidsløsninger med helseforetak og andre kommuner, slik som oppbygging av lokal medisinske sentra.
- Alle tjenester og organisering skal vurderes i forhold til en foreslått forsvarlighetsstandard.

KS vurdering

KS mener at reformen må gi større ansvar, flere oppgaver til kommunene og mulighet til videreutvikling av oppgaver kommunene allerede har. Reformen bør konsentreres om områder og pasientgrupper der samhandling har særlig store konsekvenser for sykdomsforløpet og tjenestetilbudet til pasienten.

Selv om intensjonen er at det skal skje en økt aktivitet i kommunen er kommunen i liten grad pålagt nye oppgaver. Det uttales at forslag til lov i det all vesentlig er en ”presisering” av de oppgaver, plikter og handlingsrom som kommunen også i dag har. Det er KS sin vurdering av forslag til nye lover, særlig sett i forhold til intensjonen med samhandlingsreformen, samlet vil påføre kommunen vesentlig nye plikter.

Det er dokumentert at samhandling særlig rundt kronisk syke og eldre pasienter er det området i helsetjenesten hvor det er mulig å skape bedre pasientforløp. Overordnet er det tre grupper av pasienter, hvor kommunen kan påta seg større oppgaver, ut fra effektivitets- og kvalitetshensyn:

- Kronisk syke og eldre som får en akutt sykdom og forverring (som blærekatarr, influensa etc i tillegg til hoveddiagnosen) og dermed trenger observasjon og tett oppfølging i en tidsavgrenset periode. Et forsterket døgntilbud (øyeblikkelig hjelp) i kommunen kan være et alternativt til innleggelse i sykehus. Dette kan også gjelde et forsterket tilbud ved tidligere utskriving fra sykehus.
- Kronisk syke og eldre hjemmeboende som gradvis mister funksjonsevne (frail patients) kan ha nytte av systematisk oppfølging og rehabilitering, dvs. forebygge behov for innleggelser i sykehus og behov for økt kommunalt tilbud. Ved utskriving fra sykehus til hjemmet kan systematiske forebyggende hjemmebesøk/program bidra til å opprettholde funksjonsevnen og redusere behov for sykehjem.
- Pasienter med alvorlig sykdom som skal ha lindrende behandling.

Kommunehelsetjenesten bør *organisere et hastetilbud* til pasienter som midlertidig trenger økt behandling, pleie og omsorg i hjemmet eller i sykehjem. Tilbudet må være like enkelt tilgjengelig som innleggelse for øyeblikkelig hjelp i sykehus og kunne rekvireres av legevakt eller fastlege. Bedre koordinering rundt disse pasientene er det området i helsetjenesten som har størst potensial til forbedring. Det er godt dokumentert at dette hindrer innleggelse på sykehus og er et bedre tilbud til pasientene.

KS ønsker at det gjennomføres en prosess med deltakere fra kommunene, de private/ideelle rehabiliteringsinstitusjonene og spesialisthelsetjenesten med mandat å definere det faglige innholdet i rehabiliteringstilbudet i kommunehelsetjenesten versus spesialisthelsetjenesten.

5. Hvilke plikter gis kommunen i forhold til folkehelse?

Forslag fra departementene/regjeringen

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

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

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

Departementet kan i forskrift eller enkeltvedtak pålegge samarbeid mellom kommuner når det ansees påkrevet for en forsvarlig løsning av folkehelsearbeidet, herunder gi bestemmelser om hvilke oppgaver det skal samarbeides om og fordeling av utgifter.

Lovforslaget stiller økte krav når det gjelder systematikk, kunnskapsbaserte tiltak, prioritering og integrering av folkehelsehensyn inn i kommunens øvrige aktiviteter. Fylkeskommunene skal i følge lovforslaget bistå kommunen i å foreta kommunale analyser og tolkninger av data, jf. mulige forklaring av årsakssammenhenger, styrker og svakheter i de statistiske dataene som samles inn.

Lovforslaget inneholder bestemmelser om at drøfting av helseutfordringer skal inngå i kommunal planstrategi (§4) og regional planstrategi (§21), med henvisning til Plan og bygningsloven.

Lovforslaget inneholder en bestemmelse om at kommunen skal fastsette mål og tiltak i folkehelsearbeidet som skal gjelde for all aktuell kommunal virksomhet, herunder lokal samfunnsutvikling, planlegging, forvaltning og tjenesteyting.

Departementet ber om høringsinstansenes syn på om Fylkesmannen eller Helsetilsynet i fylket bør være regional tilsynsmyndighet.

KS vurdering

Lovens formål bygger både på generelle helsefremmende tiltak for befolkningen som helhet og har også som mål å redusere sosiale helseforskjeller. Det siste berører grupper av befolkningen som har sosiale, helsemessige og økonomiske utfordringer som for eksempel fattigdom. Dette er en utfordring ved lovforslaget. Å redusere sosial ulikhet i helse er et uttalt helsepolitisk mål som også er nevnt i selve lovteksten. Det synes vanskelig å oppnå dette med det foreliggende lovforslaget, fordi det forutsetter en mer målrettet innsats mot enkelte grupper. Blir den friskeste delen av befolkningen friskere så vil det øke den sosiale ulikheten i helse heller enn å redusere den.

Forslaget til ny folkehelselov stiller indirekte krav om at det opprettes koordinatorstillinger for folkehelsearbeidet. Dette finnes i varierende grad i kommunene i dag. En tydelig ansvars plassering er viktig, uten at kommunen samtidig pålegges bestemte måter å organisere tjenestene på eller pålegges bruk av nærmere bestemte profesjonsgrupper. Kommunen må gis frihet til selv å velge hvordan ansvaret oppfylles. På overordnet nivå må kommunene inneha kartleggings-/utrednings-/analysekompetanse for å ivareta kravene til oversikt over folkehelsesituasjonen og utfordringer.

For å forankre folkehelsearbeid i planer og i tiltak i tjenestene, kreves kompetanseheving i de ulike kommunale virksomheter og tjenester. Det stiller bl.a. krav om økt tverrfaglig samarbeid i kommunen, og samhandling mellom kommune, fylkeskommune og andre. Dette er kapasitets- og kompetansekrevede.

Helseovervåking /statistikk et stort og uoversiktlig område – og vil kreve store ressurser både på fylkeskommunalt og kommunalt nivå. Det ligger ikke inne noen ressurser til dette arbeidet, samt at det er behov for kompetanse i kommunesektoren for å følge opp.

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 følge lovforslaget bistå kommunen i å foreta kommunale analyser og tolkninger av data, jf. mulige forklaring av årsakssammenhenger, styrker og svakheter i dataene. Imidlertid foreligger det allerede mye helsestatistikk, og det bør sees blant annet til

effektiviseringsnettverkene og arbeidet som allerede pågår i KOSTRA for å unngå dobbeltrapportering.

I PBL § 7.1/§10.1 sies det generelt at ”planstrategien skal redegjøre for regionale (kommunale) utviklingstrekk og utfordringer, vurdere langsiktige utviklingsmuligheter og ta stilling til hvilke spørsmål som skal tas opp gjennom videre regional planlegging. Det betyr at det er opp til fylkeskommunen/kommunen selv å avgjøre hvilke utfordringer og spørsmål som skal tas opp i videre planlegging.

De nye bestemmelsene gir fylkeskommuner/kommuner pålegg om område (her: folkehelse) som skal være med i planstrategien, det betyr at man fraviker prinsippet om at kommunen og fylkeskommunen selv skal avgjøre hva som er viktig. Med en så omfattende definisjon som legges til grunn for folkehelsearbeid anses denne delen av forslaget som en inngripen i viktige lokaldemokratiske prinsipper..

KS mener det er rimelig at Fylkesmannen er tilsynsmyndighet fordi dette sikrer et helhetssyn med tanke på lokaldemokratisk forankring i Plan og bygningsloven.

6. Hvordan er nye oppgaver og plikter foreslått finansiert?

Forslag fra departementene/regjeringen

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

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

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

KS vurdering

På en rekke områder legges det opp til endringer som skal gi brukerne et bedre tilbud, men som samtidig er forutsatt ikke skal medføre økonomiske virkninger av betydning for kommunene. Dette gjelder blant annet:

- Krav til at koordinerende enheter i kommunene får et systemansvar for arbeidet med individuell plan.
- Rett til et verdig tjenestetilbud (verdighetsgarantien)
- Krav til lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak

Kommunal medfinansiering

Begge de aktuelle modellene - avgrenset til pasienter over 80 år eller til det medisinske området - vil gi kommunene insentiver til å gi nye og bedre kommunale tilbud til

eldre medisinske pasienter. Helseforskere har fremhevet at kommunene særlig gjennom et bedre tilbud til denne gruppen kan redusere behovet for spesialisthelsetjenester. Modellen avgrenset til det medisinske området gir bredere insentiver til styrket kommunal innsats på rehabiliteringsområdet – uavhengig av pasientenes alder. Den aldersbestemte modellen vil på sin side gi sterkere insentiver til fallforebygging for eldre over 80 år, ved at kommunene må medfinansiere kirurgiske inngrep for eldre.

Det er enkelte særlige utfordringer knyttet til en aldersbasert modell: Det kan skape mistanker om aldersdiskriminering, forstått som at eldre ikke får samme mulighet for behandling i spesialisthelsetjenesten som yngre. Dette er allerede fremholdt fra flere, også fra kommunehold. Det vil også være slik at mange av de tilbud kommunene målretter for eldre blant annet for å redusere egne medfinansieringsutgifter, også vil være gode tilbud for personer under 80 år. Det vil ikke være mulig eller ønskelig å nekte personer kommunale tjenestetilbud begrunnet med at de er under 80 år. Avgrensning til det medisinske området vil trolig være mindre kontroversielt, og tilbudene kommunene bygger ut for å redusere sine utgifter vil trolig i liten grad bli benyttet av personer som kommunene ikke har medfinansieringsansvar for.

Det er behov for en grundig kostnadsberegning av kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenestene, og saken er meldt opp som en felles kostnadsberegningssak i konsultasjonsordningen. 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.

Rehabilitering. Når det gjelder rehabilitering (og private/idelle rehabiliteringsinstitusjoner) heter det følgende: *”Helsedirektoratet har anslått at 50 % av pasientene i disse institusjonene burde fått et tilbud i kommunehelsetjenesten. Rehabiliteringsfeltet er derfor et område der kommunene vil kunne påvirke forbruket av spesialisthelsetjenester i betydelig grad og hvor kommunal medfinansiering vil kunne være et viktig insentiv for å understøtte oppbygging av kommunale tilbud.”*

Dersom spesialisthelsetjenesten skal gjøre mindre og kommunene mer på dette området må innsparinger på spesialisthelsetjenesten og merkostnader for kommunene beregnes med sikte på å flytte ressurser fra spesialisthelsetjenesten til kommunene. Statlige myndigheter må ikke tillate nedbygging av helsetjenestetilbud innen spesialisthelsetjenesten før kommunene har bygd opp et likeverdig tilbud.

Døgntilbud - utvidet kommunalt ansvar for øyeblikkelig hjelp. Det vises til at de viktigste virkemidlene for å få etablert behandling i kommunene er redusert betaling for medfinansiering eventuelt supplert med tilskudd fra helseforetakene. Det kan ikke forutsettes – slik det gjøres i høringsbrevet - at dette vil være tilstrekkelig til å etablere om døgnplasser til øyeblikkelig hjelp i kommunene.

Utvidet betalingsansvar for utskrivningsklare pasienter:

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

Økonomiske og administrative konsekvenser

Det er vanskelig å overskue økonomiske og administrative konsekvenser da flere endringsforslag henvises til mer utredning. Og Samhandlingsreformen møtes med forventninger om innsats på mange plan. Høringsdokumentene viser til flere kostnadsdrivende elementer: Etablering av funksjons- og kvalitetskrav, mer kommunal styring av fastlegene, nye ressurser innenfor fastlegeordningen, overføring av aktivitet fra spesialisthelsetjenesten, etablering av tilbud i kommunene, styrking av legevakt, satsing på rehabilitering osv. Alt dette medfører at kommunene må øke sin kompetanse og legge mer ressurser inn i sine tjenester. Ikke minst vil nødvendig styrking og utvikling av kompetansen i kommunene, inkludert økning av legestillinger/- hjemler, innebære behov for økte ressurser.

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

7.1 Kompetanse

Forslag fra departementene/regjeringen

Forslagene til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, ny folkehelselov og ny nasjonal helse- og omsorgsplan, reiser to sentrale problemstillinger som i varierende grad besvares av regjeringen. 1) Hvordan skal kommunene styrke kompetansen og beholde de som allerede er sysselsatt i sektoren? 2) hvordan skal det sikres at kommunene har tilstrekkelig tilgang på kvalifisert personell?

I forslaget til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester er de fremtidige kommunale oppgavene delvis utydelig spesifisert, og dette gjør det utfordrende å vurdere kompetansebehovene som vil oppstå.

KS vurdering

Utdanningspolitiske grep er ikke omtalt i lovforslagene, men det vises til den nye stortingsmeldingen om velferdsutdanningene som er under arbeid. Stortingsmeldingen legges fram noen måneder før samhandlingsreformen trer i kraft. Fordi utdanningspolitikk ”virker langsomt”, er det stor usikkerhet knyttet til dimensjonering, organisering og innhold i helse- og sosialfaglig utdanning som skal dekke framtidige behov i kommunesektoren.

Det er fornuftig at man ser kompetanseutvikling og kompetanseoverføring i sammenheng med de lovpålagte samarbeidsavtalene fordi avtalene da vil knyttes opp mot konkrete mål, oppgaver og ansvarsområder. Dette legger grunnlag for strategisk kompetansestyring i kommunene, og planer for kompetanseutvikling for hhv kommune og foretak.

En sentral utfordring i forbindelse med de lovpålagte samarbeidsavtalene er å sikre likeverdighet mellom kommunene og helseforetakene. Dersom likeverdigheten ikke er på plass kan det oppstå samarbeidsutfordringer knyttet til finansiering, forskning, rekruttering av arbeidskraft og kompetanseheving av ansatte. Det blir viktig å sikre at samarbeidsavtalene tydeliggjør arbeidsgiveransvar, og sørger for at det ikke oppstår utfordringer knyttet til f.eks. ulike lønns- og arbeidsvilkår.

Mulighetene som ligger i velferdsteknologi utover IKT er nær sagt fraværende i både forslag til nasjonal helse og omsorgsplan og i lovforslagene.

Samhandlingsreformen vil føre til at kapasiteten i den kommunale helse- og omsorgstjenesten må styrkes. Det er viktig at de myndighetsmessige rammebetingelsene understøtter at det utdannede helse- og sosialpersonell i større grad enn til nå blir kanalisert til den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Med unntak av det allerede iverksatte tiltaket "Omsorgsplan 2015" ser det ikke ut som om regjeringen tar tak i kapasitetsutfordringene som kommunesektoren står ovenfor på dette feltet. Kompetanseløftet tar dessuten ikke høyde for de bemannings- og kompetansemessige utfordringene som ligger i samhandlingsreformen.

7.2 Forskning

Forslag fra departementene/regjeringen

Det er ikke vanskelig å slutte seg til de mål og virkemidler som fremsettes i høringsgrunnlaget for Nasjonal helse- og omsorgsplan(2011-2015) om forskning og innovasjon, kvalitet og læringskultur, kunnskap i helsetjenesten. Det har de senere årene vært en langsiktig oppbygging av helse- og omsorgsforskning og en gradvis satsing på innovasjon. Det er særlig behov for å prioritere forskning og innovasjon om samhandling, og forskning innen den kommunale helse- og omsorgstjenesten. I tillegg er det en utfordring å sikre at forskningsresultater og nye innovative løsninger tas i bruk og slik danner grunnlaget for kunnskapsbaserte tjenester.

KS vurdering

Et kommunalt ansvar for forskning og undervisning kan løses gjennom regionale samarbeidsløsninger (herunder regionale forskningsutvalg). Finansiering kan skje gjennom økte rammer til kommunene og gjennom regionale forskningsråd.

I dag brukes det svært mye mer ressurser til forskning knyttet til spesialisthelsetjenesten i forhold til kommunehelsetjenesten. Resultater fra forskning i spesialisthelsetjenesten er ofte ikke relevante i kommunehelsetjenesten. Kunnskapsbehovet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten kan derfor i liten grad ivaretas gjennom forskningen i spesialisthelsetjenesten.

Forskning med relevans for kommunehelsetjenesten må økes betydelig. Generelt er det behov for mer praksisnær forskning og spesielt vil vi fremheve behovet for å styrke forskningen innen allmennmedisin, men også på områder som tjenesteyting og -utvikling i kommunehelsetjenesten, teknologi og organisasjon og ledelse.

Forskningen i, om og for den kommunale helse- og omsorgssektoren skal ivaretas av eller i samarbeid med de forskningsinstitusjoner som er tillagt forskning som en hovedoppgave. Dette er i første rekke universitets- og høyskolesektoren, men også instituttsektoren og regionale helseforetak kan være aktuelle samarbeidspartnere. Det må arbeides for å etablere et formalisert samarbeid mellom forskningsinstitusjoner og kommuner.

Kommunene bør få ansvar for forskning og undervisning, på tilsvarende måte som spesialisthelsetjenesten. Et kommunalt ansvar for forskning og undervisning kan løses gjennom regionale samarbeidsløsninger (herunder regionale forskningsutvalg). Finansiering kan skje gjennom økte rammer til kommunene og gjennom regionale

forskningsråd. *Et økt kommunalt ansvar for forskning og undervisning må kompenseres fullt ut fra statens side.*

I tillegg til virkemidlene som er foreslått, må også kommunenes mulighet til å påvirke og prioritere legges inn i den eksisterende organiseringen.

Hovedansvaret for å satse på forskning ligger hos politikere og helsemyndigheter. Det må være samsvar mellom Samhandlingsreformens løfter om satsing på kommunehelsetjenesten og dokumenterbar forebygging, og satsingen på forskning.

7.3 IKT og dokumentasjon

Forslag fra departementene/regjeringen

En forutsetning for at man skal nå mange av målene i Samhandlingsreformen, er at man tar i bruk informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT) i hele helse- og omsorgssektoren. Elektronisk kommunikasjon skal i følge St.mld. 47 være den ”ordinære måten å kommunisere på”. Økt bruk av IKT er ikke noe mål i seg selv, men er et virkemiddel for å heve kvaliteten på tjenestene ved for eksempel å gi raskere og enklere tilgang til informasjon ved pasientbehandling (f.eks. Kjernejournal).

KS vurdering

Kostnadsvirkningene bør utredes nærmere med sikte på fullfinansiering. Dette gjelder både pukkelkostnader og eventuelle økte varige driftskostnader. I forhold til varig drift kan det være elementer som gir merkostnader og andre elementer som gir en mer effektiv tjenesteproduksjon. KS mener at den nasjonale IKT-infrastrukturen bør finansieres nasjonalt.

Mange kommuner har kommet langt i å utnytte de mulighetene IKT byr på og flere følger etter, men det er fortsatt noen som ikke har tatt i bruk elektronisk pasientjournal (EPJ) eller koblet seg til Norsk Helsenett (NHN). I årets eKommunekartlegging svarte 8 % av kommunene at de ikke har tatt i bruk EPJ innenfor pleie- og omsorgstjenesten mens 21 % svarte at de ikke var tilknyttet NHN.

KS har satt som mål i ”eKommune 2012 - lokal digital agenda” at all dokumentasjon i helse- og omsorgstjenesten skal skje i elektronisk journalsystem i løpet av 2009, et mål som nok var satt vel ambisiøst tatt i betraktning at kun 71 % av kommunene klarte dette.

I samme strategiplan er det også et mål om at alle kommuner skal være tilknyttet Norsk Helsenett i løpet av 2011, i eKommunekartleggingen svarte 76 % av kommunene at de var det.

Det er viktig at alle kommuner kommer seg opp på et teknologisk minimumsnivå for at man skal hente ut potensialet som ligger i elektronisk samhandling. Dersom alle er i stand til å sende og motta elektroniske meldinger, slipper man å opprettholde egne rutiner for å utveksle papirmeldinger med de aktørene som henger etter. Det vil også sikre at alle innbyggerne er sikret det samme tilbudet som f.eks. Nasjonal kjernejournal. Administrasjonen er av den oppfatning at et forskriftsfestet krav til elektronisk dokumentasjon og kommunikasjon av helseopplysninger, er den beste måten å sikre at et slik teknologisk minimumsnivå blir nådd for hele sektoren.

Sigrun Vågeng

Victor Ebbesvik