

Seksjon utvikling
Saksbehandler: Roger Santokhie
Tlf.: 41789929

Vår dato
19.01.2011

Vår referanse
10/6462-4

Arkivkode
G00 &00

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep.

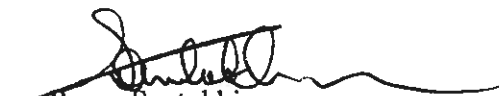
0030 Oslo

MELDING OM POLITISK VEDTAK - HØRINGSSVAR: NY HELSE- OG OMSORGSLOV, NY LOV OM FOLKEHELSE OG NASJONAL HELSE- OG OMSORGSPLAN 2011-2015

Komite for liv og lære har i møte 19.01.2011, sak 2/11, fattet følgende vedtak:

Melhus kommunes forslag til høringsuttalelse til Ny helse- og omsorgslov, Ny folkehelselov og Nasjonal helse- og omsorgsplan er i henhold til saksfremlegget.

Med vennlig hilsen



Roger Santokhie
Enhetsleder

Vedlegg: Saksfremlegg

Postadresse
Melhus kommune
Rådhusvn. 2, 7224 Melhus

Besøksadresse
Melhus Rådhus

Telefon: 72 85 80 00
Telefax : 72 85 80 58

e-post: postmottak@melhus.kommune.no

Bankkonto: 8601 05 39279
Foretaksnummer: NO 938 726 027 MVA

internett: www.melhus.kommune.no

SAMLET SAKSFRAMSTILLING**HØRINGSSVAR: NY HELSE- OG OMSORGSLOV, NY LOV OM FOLKEHELSE OG NASJONAL HELSE- OG OMSORGSPLAN 2011-2015**

PS sak:	Utvalg	Møtedato
2/11	Komite for liv og lære	19.01.2011
Arkivsak: 10/6462		Saksbehandler: Roger Santokhie

Rådmannens forslag til vedtak:

Melhus kommunes forslag til høringsuttalelse til Ny helse- og omsorgslov, Ny folkehelselov og Nasjonal helse- og omsorgsplan er i henhold til saksfremlegget.

Behandling i Komite for liv og lære den 19.01.2011 sak 2/11

Innstillingen ble enstemmig vedtatt.

Vedtak:

Melhus kommunes forslag til høringsuttalelse til Ny helse- og omsorgslov, Ny folkehelselov og Nasjonal helse- og omsorgsplan er i henhold til saksfremlegget.

Andre dokumenter i saken som ikke er vedlagt:

Helse og omsorgsdepartementet (HOD) fremla den 18. oktober forslag til

- Ny Folkehelselov (tidligere Lov om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet).
- Ny Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (tidligere Lov om sosiale tjenester, Lov om kommunehelsetjenester).
- Nasjonal helse- og omsorgsplan lagt ut på nett som blogg, (tidligere Nasjonal helseplan), <https://fremtidenshelsetjeneste.regjeringen.no/>.

Høringsfristen er 18. januar 2010.

Saksutredning:

Klæbu, Malvik, Melhus, Midtre Gauldal og Trondheim kommune har utarbeidet likelydende høringsvar

I forslag til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester om Samhandlingsreformen,

legges det 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 og likeverdighet mellom kommuner og helseforetak når kommunene overtar aktiviteter. Lovpålagte avtaler vil være rammen for en slik gjensidig tilpasning.

Sammendrag / oppsummering

Melhus kommune ser forslaget om lov om kommunale helse- og omsorgstjenester som en naturlig oppfølging av Samhandlingsreformen og en betydelig forenkling av dagens delte lovverk om kommunens ansvar og plikter. Det gir bedre grunnlag for å oppnå helhetlige og integrerte tjenestetilbud.

Melhus kommune ønsker ikke en innføring av foreslåtte *medfinansieringsordning*, da den vil gi økonomiske utfordringer for kommunene. Vi foreslår heller at det innføres en øremerket ordning som fullfinansieres fra staten. Dette vil kunne sikre kommunene mot økonomiske tap, samtidig som gevinstene og risikoene ved reformen samles et sted, på statlig nivå. En minimumsløsning er at medfinansieringsmodellen utprøves i et avgrenset antall kommuner og at man høster erfaring derfra før modellen innføres på nasjonalt nivå. Melhus kommune støtter flertallet i helse- og omsorgskomiteen jf. pkt 30.4 (s.359-360) sitt syn angående utprøving og kvalitetssikring av eventuelle modeller.

De nye lovene er viktige virkemidler for å realisere Samhandlingsreformen. Nasjonal helse- og omsorgsplan vil bli et sentralt styringsverktøy i den videre oppfølgingen av reformen. Melhus kommune støtter intensjonene i samhandlingsreformen, men ser at oppfølging vil kreve store omstillinger, noe som i seg selv er kostnadskrevende. For at kommunene skal lykkes, er det derfor viktig at finansieringen tar høyde for dette.

Ny kommunal helse- og omsorgslov:

I høringsutkastet begrunnes forslaget med å bruke begrepet omsorgstjenester ved at det er samlebegrep for de tjenestene som er regulert i sosialtjenestelovens kap. 4 og 6. Melhus kommune oppfatter begrepet "velferd" som et mer aktivt og profesjonsnøytralt begrep enn "omsorg".

Formålsparagrafen til det nye lovforslaget er tydelig, med vektlegging av forebygging og å tilrettelegge for mestring av sykdom, skade, lidelse og nedsatt funksjonsevne. Målene for sosiale tjenester er videreført, noe som understreker velferdstenkningen både i forhold til å bedre levevilkårene for vanskeligstilte og til å sikre den enkelte borger en aktiv og meningsfull tilværelse.

Lovforslaget tydeliggjør kommunens plikt til å *sørge for nødvendige helse- og omsorgstjenester*, og oppfattes som en "tjenestelov". Det skal være mest mulig opp til den enkelte kommune å bestemme hvordan tjenestene organiseres, herunder bestemme hvilke profesjoner som skal brukes. Loven er *profesjonsnøytral* med unntak av legetjenesten.

Etter det nye forslaget vil *helsepersonelloven* gjelder for alle som arbeider i tjenester hjemlet i den nye helse og omsorgsloven. Den enkelte bruker/pasients *rettigheter samles i pasientrettighetsloven*.

Melhus kommune vil fremheve som positivt at det er et eget kapittel i lovforslaget som omhandler krav til forsvarlighet, pasientsikkerhet og kvalitet, der verdighet og helhetlige tilbud vektlegges. Dette er nytt i forhold til kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven.

Ny lov for folkehelse:

Høringsutkastet til ny folkehelselov legger ansvaret for folkehelsearbeidet til kommunen som helhet, og ikke til helsetjenesten alene. Det legges vekt på at folkehelsearbeidet skal være synlig i alle sektorer, og at mål og strategier for folkehelsearbeidet forankres etter plan og bygningsloven. Dette er i tråd med grunnprinsippene som skal være rettesnor for folkehelsearbeidet:

- utjevning
- helse i at vi gjør
- bærekraftig utvikling
- føre-var- prinsippet

Disse grunnprinsippene samsvarer med grunnprinsippene for folkehelsearbeidet i Melhus kommune.

Dette er også i tråd med utfordringene med økning i livsstilssykdommer og med den betydning levekår har for helsesituasjonen til den enkelte.

Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015):

Innholdet i denne planen og lovforslagene er i stor grad overlappende. Melhus kommune har derfor valgt å knytte hovedvekten av høringssvaret til lovforslagene.

Intensjonene og målsettingene i planen er gode, men virkemidlene er svake sett i forhold til det høye ambisjonsnivået. Det kan også stilles spørsmål om hvorvidt virkemidlene vil ha den tilskuede effekten i forhold til målene.

"Vi ønsker en helsetjeneste som er blant verdens aller beste, både medisinsk, teknologisk og omsorgsmessig. Tjenestene skal være effektive og trygge, og tilgjengelige innen akseptable ventetider – uavhengig av den enkeltes økonomi, bosted, alder, kjønn, funksjonsevne, etniske bakgrunn og livssituasjon."

Melhus kommune deler dette ønsket, men vil samtidig minne om utfordringene om bærekraft kombinert med stigende forventninger fra befolkningen. Kommunene opplever økende press på, og står overfor store utfordringer når det gjelder arbeidskraft og kompetanse. Det må stilles større krav til dokumentert effekt av tilbudene, og kanskje bør sentrale myndigheter i større grad bidra til bevisstgjøring av begrensningene og prioriteringene.

HØRINGSUTTALELSE

Ny lov for helse- og omsorgstjenester

Generelle kommentarer:

Melhus kommune ser positivt på samordning av kommunehelsetjenestelov og sosialtjenestelov, men savner harmonisering av egenbetaling, slik at egenbetaling ikke var avhengig av benevnelsen på boform.

Kommunen kan fortsatt velge om kommunen skal gi tjenestene i *egen regi eller om det skal inngås avtaler med private tilbydere*. I og med at loven skal være profesjonsnøytral for alle som arbeider under Lov om helse- og omsorgstjenester, åpnes det i loven for at alle tjenester kan settes ut – også til andre grupper enn før. Melhus kommune ser behov for forenkling og harmonisering av regelverk, og det er ønskelig med sterkere styringsmuligheter. De rammeavtalene KS har inngått med fagorganisasjonene for leger og fysioterapeuter med bakgrunn i dagens lovgivning, gir kommunen lite styringsmuligheter. Avtalene bærer preg av profesjonsinteressene faglig og økonomisk, og det er ikke noen grunn til å tro at presset i den retning blir mindre fremtredende når nye grupper skal omfattes. På denne bakgrunn støtter Melhus kommune forslaget om hjemmel for å kunne gi *forskrift* som regulerer avtaleinngående med private aktører.

Hver for seg har kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven vært viktige rammeverk for kommunens virksomhet innen områdene. Når disse føyes sammen til én lov, og gir kommunen og de ansatte nye rammer, er det en vesentlig *omstillingsprosess* som må gjennomføres.

Forskjellige referanserammer har over tid medført ulike måter å arbeide på. Lovens kapittel 8 lovfester spesielt kommunens plikter til å bidra med *opplæring, videre- og etterutdanning*.

Særlig når ulike kulturer skal føyes sammen til et helhetlig tilbud, vil opplæring og problematisering være nødvendige bidrag. Det er å merke at kommunens plikter etter kapittel 8 også omfatter de som er tjenesteytere i kraft av avtale med kommunen.

Melhus kommunes Eldreråd opplever en viss bekymring for hvorvidt eldre kommer til å få riktig behandling og utredning eller om de blir en kasteball mellom kommuner og spesialisthelsetjeneste. Denne bekymringen er også knyttet til at kravet til helseprofesjoner er tatt bort. De påpeker også behovet for flere sykehjemsleger.

Melhus kommune har noen få barn som trenger særlig kompetansekrevende hjelp uavhengig av hvilken arena barnet befinner seg på. Ved bruk av dagens lovverk erfares uklarhet om omfanget av skolens og barnehagens plikt til tilrettelegging for og ivaretagelse av barn med særlig alvorlige funksjonsnedsettelse eller sykdomstilstander, etter Opplæringslova og Barnehageloven. Helse- og omsorgsrelaterte behov dekkes i vid forstand av skolen og barnehagen, i tillegg til behov som gir rett til spesialpedagogikk. Noen barn har så uttalt behov for kompetent håndtering av sykdomstilstand at det utløser pasientrettigheter også i skole-/barnehagetiden. Disse må sikres denne helsehjelpen ved enkeltvedtak, og utøvelse arrangert av helsetjenesten. Melhus kommune ønsker nasjonale retningslinjer som tydeliggjør hvem som

har ansvar for helsetilbud på skoler og barnehager.

Spesielle kommentarer

Utskrivingsklare pasienter:

Melhus kommune er enig i at utskrivingsklare pasienter er kommunens ansvar og at det kan innføres betaling fra første dag etter at en pasient er utskrivingsklar. Kommunen er likevel bekymret for en utvikling som viser at pasienter får stadig kortere opphold i spesialisthelsetjenesten, noe som ofte betyr at kommunen må håndtere mer komplekse helsetilstander enn tidligere. Når kommunene skal betale fra dag 1, blir det viktig å kvalitetssikre at forskriftens kriterier om utskrivingsklare pasienter oppfylles før betalingskrav stilles.

Midlene som skal overføres til kommunen for å håndtere utskrivingsklare pasienter, skal enten fordeles etter nøklene i kommunens inntektssystem eller øremerkes etter hvilke kommuner som har utskrivingsklare pasienter på sykehus (s.370). Melhus kommune mener at man bør unngå et system hvor de som har gjort minst på dette området blir premiert. Overføringen må også ta høyde for at kommunene kan få økonomisk utfordring når man må betale for utskrivingsklare pasienter fra dag 1 *samtidig* som det forventes at det kommunale tilbudet styrkes for å gjøre det mulig å ta i mot pasientene fra dag 1.

Nasjonale standarder

Høringsdokumentenes forslag om innføring av en rekke nasjonale kvalitetsstandarder, er sannsynligvis nødvendig for å sikre kvalitet og likeverdighet innenfor enkelttjenester av kritisk innhold. Det forutsettes at pasientrettighetsloven tydeliggjør og sikrer de rettigheter personer i dag har ut fra sosialtjenestelovens utforming.

Dette kan imidlertid også ha ulemper i form av økt offentlig ansvar, byråkratisering og begrensinger når de gjelder bruk av faglig skjønn ved individuell tilpasning av tjenester, og når det gjelder kommunal handlingsfrihet ved valg av organisering.

Rollen til fastlegene:

Fastlegene har en helt sentral rolle i det individrettede forebyggende arbeidet, ordningen legger til rette for kontinuitet i pasient - legeforholdet. I det nye lovforslaget skal fastlegene aktivt følge opp kronikere og andre med særskilt risiko for sykdom. Departementet ønsker å tydeliggjøre fastlegens forpliktelse til å ivareta forebyggende tjenester overfor innbyggerne på egen liste.

Per i dag er det takster for livsstilsveiledning og livsstilstiltak utløst av diagnose. Evaluering viser at fastlegene derfor ikke diskuterer levevaner med pasienter som ikke har diagnose som utløser takst. Melhus kommune støtter forslaget om en gjennomgang av denne utformingen. Det regjeringen kaller en presisering av listeansvaret er en utvidelse i forhold til intensjonen i dagens fastlegeordning. Kommunens kurative legeoppgaver og viktige deler av den forebyggende innsatsen forventes dekket av fastlegene. Da må avtalen som inngås om dette oppdraget, være tydelig redskap for kommunens internkontroll hva gjelder legetjenesten. Fastlegens forpliktelse overfor listepasientene ligger i forskriften i dag, mens kravene til kvalitet og forsvarlighet ligger i Helsepersonelloven. Styringsbehovet sett fra kommunens side retter seg

mot en forutsigbarhet i tilgjengelighet og kvalitet i den kommunale legetjenesten. Vi trenger en forsikring om at legene bidrar hensiktsmessig både i forebyggende og kurativt arbeid, for eksempel når mange kommunale helse- og omsorgsoppgaver utføres i et tverrfaglig samarbeid. Kommunen må være konkurransedyktig på lønn til legene selv om kravene til tverrfaglig samarbeid i noen grad fortrenger tid fra kurativ praksis.

Kommunalt legearbeid må være meritterende for spesialistutdanningen i allmennmedisin på en fleksibel måte. En endret kommunerolle og endret kommunehelsetjeneste må derfor føre til endrede regler for spesialistutdanningen for å sikre rekruttering.

Koordinatorrollen:

Melhus kommune støtter en lovfesting av plikt til å oppnevne koordinator for personer med behov for sammensatte og langvarige tjenester.

Kommunen etterlyser imidlertid en sterkere presisering av funksjonen, for eksempel en presisering av at dette ikke er en rolle/funksjon på systemnivå, men brukerens nærmeste kontaktperson. Det er viktig å sikre at denne ordningen ikke utvikler seg til å bli et eget organisatorisk mellomnivå.

Koordinering av medisinsk utredning og behandling, herunder henvisning til sykehus, håndteres i dag av fastlegene. Dersom denne enfaglige portvaktfunksjonen skal bestå, kreves en større grad av styring for å sikre at kommunens egne ressurser og tjenester blir utnyttet hensiktsmessig.

Øyeblikkelig hjelp:

Melhus kommune finner det vanskelig å vurdere konsekvensen av å innføre plikt til etablering av kommunale døgnopphold for personer med behov for øyeblikkelig helsehjelp. Vi anbefaler at man iverksetter forsøksvirksomhet før man konkluderer på dette området. Et slikt delt ansvar betinger tydelige retningslinjer og kriterier for ansvarsfordeling mellom kommune og sykehus, mulighetene for kvalitetssikring og kompetanseutvikling. Det er også viktig at kommunen ikke dublerer tilbudet og skaper situasjoner som virke kompliserende og fordyrende. Det må sikres at nye ø-hjelpordninger kommer istedenfor de eksisterende og ikke i tillegg.

Forsøksordninger bør omfatte kommunale observasjonsposter, da det sannsynligvis kan bidra til å redusere antallet ø-hjelpsinnleggelser.

Brukerstyrt personlig assistanse, BPA:

Melhus kommune støtter departementets vurdering av ikke å lovfeste BPA som organiseringsform for praktisk bistand. BPA er for mange brukere en ypperlig organiseringsform for slike tjenester, men kommunen vil fortsatt kunne finne andre måter å tilby deler eller hele tjenestetilbudet på. Brukerens medvirkning i utformingen av tjenestetilbudet må uansett sikres, sammen med en god måte å sikre kvaliteten i tjenestene som ytes.

Den nye loven legger opp til en vesentlig endring ifm oppholdsprinsippet (kap.28) og bestemmelsen om refusjon mellom kommuner. Dette vil i tillegg ikke bare gjelde der det er snakk om refusjon fra hjemkommunen hvis bruker velger å bosette seg i institusjonskommunen

etter endt institusjonsopphold, men også et ansvar for å yte tjenester mens bruker er i institusjon.

I verste fall vil dette kunne medføre at kommuner bevisst søker sine brukere inn på institusjoner for å slippe kostnader med en ressurskrevende bruker. Dette vil igjen kunne ha negative konsekvenser. Det er for eksempel generelt for stor "opphopning" av rusmisbrukere i de større byene.

Der situasjonen er slik at brukeren reiser til en kommune for å studere, men oppholder seg i hjemkommunen (folkeregistrert kommune) i alle ferier, bør det være slik at kostnadene med en BPA-pakke fordeles mellom de to kommunene, ut ifra en forventet oppholdstid i hjemkommunen. Dette bør enten gjøres gjennom et fullstendig vedtak i den ene kommunen og medrefusjon fra den andre, eller at de to kommunene deler vedtaksukene mellom seg og kommer med egne ordninger i de ukene brukeren oppholder seg der.

Det vil også kunne bli snakk om et behov for å dele "BPA-pakker" der det for eksempel er snakk om et barn med BPA, og foreldrene bor i hver sin kommune. I slike tilfeller burde man også legge opp til en deling av det økonomiske ansvaret, og få en mer helhetlig ordning ifm BPA.

Klageordningen:

Melhus kommune er enige i at det er en tydelig forenkling/forbedring med felles klageinstans for felles ny lov og anbefaler fylkesmannen som klageorgan. Kommunen anbefaler også at fylkesmannen kan prøve alle sider av vedtaket. Kommunen støtter videre forslaget om at klageorganet ikke skal fatte endringsvedtak. Klageorganet skal kunne oppheve kommunens vedtak og skal sende det tilbake for ny behandling i kommunen.

Plikt til elektronisk dokumentasjon og forsendelse av helseopplysninger.

Melhus kommune støtter kravet om at enheter og organisasjoner skal dokumentere elektronisk. Samtidig er det viktig å få understreket at det mest utfordrende i denne sammenhengen er at arbeidsprosessene må endres i den enkelte enhet/organisasjon, en tommelfingerregel tilsier at ved innføring av nye elektroniske verktøy fordeler kostnadene seg på 20 % teknologi og 80 % organisasjonsutvikling. Dette blir ofte ikke godt nok ivaretatt, og man bør tenke ut en strategi på overordnet nivå som tydeliggjør dette perspektivet – i motsatt fall greier man aldri å hente ut noen målbar gevinst i å innføre nye systemer (og nye måter å jobbe på).

Vi er av den formening om at et krav til elektronisk dokumentasjon i kommunesektoren bør kunne bli innført i løpet av 2012. Særlig etter den obligatoriske rapporteringen som skal skje hvert år til IPLOS – registeret ble innført for noen år siden, er det ingen grunn til å vente lengre med dette. Imidlertid viser stadige undersøkelser, både i regi av NSEP og andre større samarbeidsprosjekt mellom kommuner, at selv om man har innført elektroniske verktøy, er graden av hvor mye av systemet som faktisk er tatt i bruk samt innholdet i systemet svært variert. Dette betyr at man ikke uten videre kan forvente at 100 % innføring av elektroniske

fagsystem i sektoren også betyr tilsvarende adekvat bruk av disse.

Lokalmedisinske senter

Ved etablering av lokalmedisinske senter er det viktig at man utvikler modeller der nye tiltak ikke kommer i tillegg til de gamle, men til erstatning for gamle mindre kostnadseffektive arbeidsformer og organisasjonsmodeller.

Forslag til ny folkehelselov

Høringsutkastet til ny folkehelselov legger ansvaret for folkehelsearbeidet til kommunen som helhet, og ikke til helsetjenesten alene. Loven understreker betydningen av å sette fokuset på det helsefremmende arbeidet i tillegg til fokus på forebygging. Ved å legge ansvaret for folkehelse på kommunen som sådan, har en lagt til rette for at livskvalitet kan bli et hovedtema i all planlegging. Grunnprinsippene samsvarer med grunnprinsippene for folkehelsearbeidet i Melhus kommune. Barnehage og skole er de store universelle arenaene hvor helsefremmende og forebyggende tiltak når alle barn og unge. I forhold til den voksne befolkningen er arbeidsmiljøets betydning for helsefremmende og forebyggende arbeid betydelig for å fremme livskvalitet og redusere sykefravær.

Dette er også i tråd med utfordringene med økning i livsstilssykdommer og med den betydning levekår har for helsesituasjonen til den enkelte.

Lovforslaget stiller økte krav når det gjelder systematikk, kunnskapsbaserte tiltak, prioritering og integrering av folkehelsehensyn inn i kommunens øvrige aktiviteter.

Lovforslaget inneholder bestemmelser om at drøfting av helseutfordringer skal inngå i 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.

13.3.5 Miljørettet helsevern kontra miljørettet folkehelsearbeid

Arbeidet med miljørettet helsevern innebærer i dag mye helsefremmende arbeid.

Helsevernbegrepet blir litt misvisende i forhold til disse arbeidsoppgavene som særlig er knyttet til deltakelse i behandling av kommuneplaner og reguleringsplaner. Et navneskifte til miljørettet folkehelsearbeid vil bedre gi uttrykk for det samlede arbeidet som utføres innenfor feltet.

14.5.11 Overtredelsesgebyr og straff §§ 17 og 18

Det har lenge vært et savn av sanksjonsmuligheter i forbindelse med enkelthendelser som bryter med regelverket. Et overtredelsesgebyr som foreslått i lovforslaget, vil kunne avhjelpe dette savnet. En statlig forskrift med kriterier på størrelse av gebyrer vil hindre tilfeldige avgjørelser og forskjellsbehandling.

14.4.3 Ansvar for fagområdet miljørettet helsevern

Enheter som har ansvaret med å ivareta miljørettet helsevern i kommunene har både godkjenning, tilsyn, rådgivnings-, veilednings- og andre myndighetsoppgaver. Det er ofte en vanskelig balansegang å være rådgiver i for eksempel utarbeidelsen av rutiner og vedlikeholdsprogram for så i neste omgang å skulle føre tilsyn med de samme områdene en selv har vært med på å utforme.

12. Oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer

Det er svært gledelig at både kommunens, statens og fylkeskommunens ansvar for å fremskaffe oversikt over både helseforhold hos befolkningen og faktorer og utviklingstrekk i miljø og lokalsamfunn som kan ha innvirkning på befolkningens helse, er fastslått. For å kunne drive målrettet arbeid med å utjevne sosiale ulikheter i helse, er kommunene avhengige av å få data på levekårsnivå regelmessig. Både Strategimeldingen om sosial ulikhet i helse og Marmot-rapporten til WHO lister opp 6 indikatorer som må være med i fremtidige levekår/helseundersøkelser. 2-3 av disse er indikatorer som bare kan fremskaffes ved å spørre befolkningen. (helseadferd, sosial integrering og helsetjenestetilbud). Dersom dette skal være overkommelig for kommunene fremover, må kommunene få et tilbud tilsvarende det en har i Sverige. Der kan en bestille hele eller deler av en standardisert spørreundersøkelse fra staten som en kan sende ut til hele eller et representativt utvalg av befolkningen i kommunen. Bare ved å spørre befolkningen, kan en få frem data som sier noe om opplevelse av sammenheng, mestring og fysiske og sosiale omgivelseskvaliteter. En standardisert, nasjonal liste over livskvalitetsindikatorer vil også gjøre det lettere å sammenligne seg med andre kommuner.

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. Det foreligger allerede mye helsestatistikk, og det bør sees blant annet til effektiviseringsnettverkene og arbeidet som allerede pågår i KOSTRA for å unngå dobbeltrapportering.

Lovens formål bygger både på generelle helsefremmende tiltak for befolkningen som helhet og har også som mål å *reducere sosiale helseforskjeller*. Det kan synes vanskelig å oppnå dette med det foreliggende lovforslaget, fordi det foreligger få retningslinjer for hvordan det kan gjøres i praksis.

At kommuner/fylkeskommuner gis slikt ansvar er grunnlag for å problematisere at loven ikke har økonomiske og administrative konsekvenser. *Krav om ny praksis i folkehelsearbeidet må tolkes som en ny oppgave og dermed godtgjøres*, all den tid det får store administrative og kompetansemessige konsekvenser.

Eldrerådet og Folkehelseforum i Melhus kommune understreker betydningen av at Folkehelsearbeidet har fokus på leverkårsutjevning.

Forslaget til ny folkehelselov stiller indirekte krav om at det opprettes koordinatorstillinger for folkehelsearbeidet. 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.

Melhus kommune støtter en organisering som legger sterkere vekt på dette. Fokuset på at virkemidlene for å nå dette målet finnes gjerne utenfor de tradisjonelle helsetjenestene er nyttig. Hvis dette skal realiseres må kommunen få tilført midler for å øke bemanningen innenfor miljørettet helsevern og folkehelsearbeid.

Tverrsektoriell innsats er nødvendig, og særlig er det sentralt at det personorienterte arbeidet innenfor helsetjenestene er koordinert med Nav. Dette må også medføre at helsetjenesten og særlig fastlegen som sentral aktør inngår i samarbeid med Nav. Erfaringene fra prosjekter i Melhus viser at slikt samarbeid er nødvendig for å bidra til å bedre helhetssituasjonen for utsatte familier, og vi hadde overraskende store funn av ubehandlet helseproblematikk blant sosialhjelpsmottakere. Slikt samarbeid er ressurskrevende, og økonomiske virkemidler kan være nødvendig både inne helse og omsorgssektoren og Nav.

Melhus kommune er fornøyd med kvalifiseringsprogrammet, gjennom dette tiltaket håper vi å bedre de økonomiske betingelsene mange familier lever under. Men vi er i stadig økende grad bekymret for en gruppe trygdete som har så lave ytelser at det legger hinder for barnas deltakelse, særlig knyttet til idrettsaktiviteter.

Målet om å bedre kompetansen på innvandernes helsesituasjon er viktig. Dårlig helse, og spesielt dårlig psykisk helse, hindrer språkopplæring og deltakelse i norsk arbeids- og samfunnsliv, og resulterer i dårlige levekår som gjerne går igjen i generasjoner. Her er samarbeid nøkkelen.

Melhus kommune er spesielt bekymret for den psykiske helsetilstanden hos barn og unge, særlig i de tilfellene dårlig psykisk helse fører til frafall fra skolen. Vi vet at de da har en økt sannsynlighet for å få vesentlig dårligere levekår enn normalbefolkningen. Det er sentralt at det gjennom opplæringsloven legges til rette for fleksible løp som kan gi en bedre opplæringssituasjon for disse ungdommene. I tråd med prinsippet om tidlig intervensjon må spesialisthelsetjenesten jobbe tett med skoleverket for å gi et helhetlig tilbud til denne gruppen.

Melhus kommune anbefaler at Fylkesmannen blir tilsynsmyndighet og ikke Helsetilsynet da det vil underbygge at folkehelsearbeidet er et tverrsektorielt ansvar og ikke helsetjenestens ansvar.

Nasjonal plan for helse- og omsorgstjeneste

Generelle kommentarer

Melhus kommune opplever stort engasjement når det gjelder utviklingen av framtidens helsetjenester og oppfølging av samhandlingsreformen. Nasjonal plan som et viktig virkemiddel i det videre arbeidet.

Intensjonene og målsettingene er gode, men virkemidlene er svake sett i forhold til det høye ambisjonsnivået.

"Vi ønsker en helsetjeneste som er blant verdens aller beste, både medisinsk, teknologisk og omsorgsmessig. Tjenestene skal være effektive og trygge, og tilgjengelige innen akseptable ventetider – uavhengig av den enkeltes økonomi, bosted, alder, kjønn, funksjonsevne, etniske bakgrunn og livssituasjon."

Melhus kommune er i utgangspunktet enig i dette, men vil samtidig minne om utfordringene når det gjelder bærekraft kombinert med stigende forventninger fra befolkningen. Kommunene opplever økende press på tjenestene. Vi står overfor store utfordringer når det gjelder arbeidskraft og kompetanse. Det må stilles større krav til dokumentert effekt av tilbudene, og kanskje bør sentrale myndigheter i større grad bidra til bevisstgjøring av begrensningene og prioriteringene.

Eldrerådet og råd for funksjonshemmede viser til at planen er for lite fokusert på spesialisthelsetjenesten og etterlyser plan for spesialisthelsetjenesten.

Kommunal medfinansiering

To alternative medfinansieringsmodeller er skissert, - den ene er aldersbetinget og den andre basert på diagnose og behandlingsbehov. Tildeling av tjenester må baseres på behov, og finansieringsmodellen må støtte opp under dette. Det er svært viktig at spesialisthelsetjenesten styrker kompetansen og tilbudene til den geriatriske pasient.

Omleggingen av finansieringsordning(er) er beskrevet slik at den er ment å gi kommunene valgmuligheter. Enten betale for utskrivingsklare pasienter eller etablere bedre ordninger sjøl. Tilsvarende ser man for seg at kommunen enten skal betale for 10 % av døgnplassene og 10 % av polikliniske tilbud ved sykehus, eller kommunene kan etablere egne mer kostnadseffektive tiltak. Melhus kommune støtter intensjonen bak dette, men finner det vanskelig å se hvordan dette skal gjøres i praksis.

I høringsutkastet er tidligere forslag om generell medfinansiering forlatt og man gjenstår med to alternative modeller; en aldersbasert modell for somatiske pasienter over 80 år og en modell basert på diagnose og medisinske innleggelser/behandlinger.

Melhus kommune ønsker ikke en innføring av foreslåtte medfinansieringsordning, da den vil gi økonomiske utfordringer for kommunene. Vi foreslår heller at det innføres en øremerket ordning som fullfinansieres fra staten. Dette vil kunne sikre kommunene mot økonomiske tap, samtidig som gevinstene og risikoene ved reformen samles et sted, på statlig nivå. En minimumsløsning er at medfinansieringsmodellen utprøves i et avgrenset antall kommuner og at man høster erfaring derfra før modellen innføres på nasjonalt nivå. Melhus kommune støtter

flertallet i helse- og omsorgskomiteen jf. pkt 30.4 sitt syn angående utprøving og kvalitetssikring av eventuelle modeller.

Melhus kommune mener at en lovhjemmel for departementene til å kunne gi forskrift om kommunal medfinansiering utsettes til hva som faktisk menes med kommunal medfinansiering er klart. Selv om det haster å få på plass en finansierungsordning så er det bedre å innføre en godt fundamentert ordning i 2013, enn en dårlig modell i 2012.

Tanken bak kommunal medfinansiering er god. I pkt. 30.1 står det:

"Kommunal medfinansiering skal gi et insentiv for kommunene til å vurdere hvordan egen innretning av kommunale tjenester kan påvirke forbruket av spesialisthelsetjenester, og motivere kommuner og sykehus til å samarbeide."

Dessverre gir foreslåtte ordning etter Melhus kommunes vurderinger ingen incentiver til kommunene for å opprette egne tilbud. Årsaken er at det er først når kommunene kan gi et tilbud som er 1/5 av kostnaden til sykehuset at kommunene unngår å tape penger. Hvis kommunene etablerer et tilbud til mer enn 1/5 av kostnaden så taper kommunene penger. Poenget er illustrert ved følgende enkle *eksempel*:

- Før reform:
 - Sykehuset behandler 10 pasienter til 1 mill. per stykk= 10 mill.
- Etter reform
 - Kommunen behandler 2 av de 10 til halv kostnad
 - Sykehuset behandler 8 pasienter til 1 mill. per stykk= 8 mill.
 - Kommunen behandler 2 pasienter til 0,5 mill. per stykk= 1 mill
 - Samlet kostnad etter reform 9 mill.
 - Kostnad kommunen:
 - Får overført 20 % av den gamle rammen inntekt = 2 mill.
 - Kommunen behandler 2 pasienter til 0,5 mill. per stykk= 1 mill
 - Medfinansiering sykehuset 20 % x 8 mill. = 1,6 mill.
 - Kommunen taper 0,6 mill.

Dette betyr at kommunene blir nødt til å finansiere ordningen med andre midler enn det som kommer gjennom selve ordningen. I høringsutkastet står følgende beskrevet:

"De medfinansieringsmodeller som vurderes, vil ikke alene sette kommunene i stand til å fullfinansiere alternative kommunale tilbud. Nye tilbud må derfor sees i sammenheng med øvrige virkemidler og økonomiske rammebetingelser."

Disse såkalte øvrige virkemidlene og økonomiske rammebetingelser er ikke beskrevet.

I tillegg møter kommunene to tilleggsutfordringer. For det første har kommunene ingen styring med hvorvidt de ledige plassene fylles opp med nye pasienter. I så fall må kommunene også finansiere 20 % av disse kostnadene også, dersom også disse pasientene faller innenfor medfinansierungsordningen.

For det andre så er hele intensjonen med reformen at kommunene skal tidlig inn å forebygge. Da påløper kommunene også en identifiseringsrisiko. I en gitt risikogruppe vet man ikke

konkret hvilke pasienter som vil bli innlagt på sykehus. Det betyr at i tillegg til at tiltakene skal være til 1/5 av kostnaden skal de også nå flere innenfor definerte risikogrupper.

Melhus kommune har vedtatt at ingen tiltak i forbindelse med samhandlingsreformen skal iverksettes før finansieringsordningen er avklart (sak 10/5881) . I kapitel 12.3.1 i høringsnotatet står følgende:

”Dersom kommunene ikke velger å bygge opp eget tilbud og fortsetter å benytte seg av spesialisthelsetjenestetilbud i samme omfang som tidligere, skal helseforetakene få midlene som er flyttet til kommunene tilbake i form av en døgnsettsats for utskrivningsklare pasienter og en medfinansieringssats på 20 pst. av pasientbehandling i en mulig avgrenset modell for kommunal medfinansiering. Helseforetakenes økonomiske situasjon vil da være uendret.”

Den beste måten kommunene kan tilpasse seg medfinansieringsordningen på uten å tape ressurser, er sannsynligvis å gjøre ingenting. Selv med en passiv tilpasning så vil noen kommuner tape på ordningen og noen kommuner tjene på ordningen. Kommuner som får mindre ressurser gjennom inntektssystemet enn de utgifter som genereres gjennom opphold på sykehus og medfinansiering vil tape ressurser. Dette vil tradisjonelt være vertskommuner for sykehus, da vi vet at nærhet til sykehus generer mer innleggelser

Melhus kommune støtter målsetningene om en bærekraftig utvikling, og mener at de sterkeste virkemidlene for å sikre både kvalitet og kostnadsreduksjon ligger i en sterkere satsing på forebygging, tidlig intervensjon og rehabilitering. Vi stiller oss imidlertid skeptiske til at de økonomiske virkemidlene vil ha den tilsiktet virkningen. Å knytte insitamentene til styrket forebygging / tidlig intervensjon direkte til redusert behov for sykehusopphold og poliklinisk virksomhet vil kreve svært høy treffsikkerhet når det gjelder kommunale tiltak, og det vil kreve prioritering av tiltak med umiddelbar effekt. Dette kan virke svært begrensende mht satsing på mer langsiktige tiltak innen folkehelsearbeid og tidlig intervensjon og styre fokus mot kommunale ø-hjelpstiltak. hjelpstiltak (egentlig hastetiltak da øyeblikkelig hjelp per definisjon alltid skal innlegges i sykehus, jfr. lovens definisjon av øyeblikkelig hjelp).

Som eksempel på skjevheter i foreslått finansieringsmodell, kan vi vise til Frisklivs- virksomheten som har godt dokumentert effekt, og som Melhus kommune derfor støtter, men som ikke kan finansieres gjennom medfinansieringssystemet fordi effekten av tiltakene i forhold til innleggsrate ikke kommer raskt nok. Vi hadde heller sett en finansieringsmodell basert på øremerking av midler til forebygging og tidlig intervensjon.

For å sikre kravet til effektivisering og bærekraftig utvikling, bør man sikre at nye tiltak kommer istedenfor de gamle, og ikke i tillegg. Samtidig må vi ta høyde for at effekten av tiltakene ikke kommer umiddelbart og at gevinsten ikke alltid tilfaller den instansen som har gjort investeringene.

Kompetanseoppbygging, forskning og utviklingsarbeid

Behovet for arbeidskraft og kompetanse vil øke i årene som kommer, og det er viktig at det tas

høyde for utfordringene på dette området både når det gjelder finansiering og fremdrift ved gjennomføring av samhandlingsreformen.

Dette nødvendiggjør flere tiltak. Det må utdannes tilstrekkelig helsepersonell, og det må sørges for relevant kompetanse i utdanningene tilpasset fremtidige kommunale oppgaver.

Per i dag mangler universiteter og høyskoler tilfredsstillende veiledningskompetanse for FOU-virksomhet i primærhelsetjenesten. For å bedre dette må en større del av undervisning og forskningen knyttes direkte opp mot kommunal praksis både når det gjelder basiskompetanse, spisskompetanse relatert til problemstillinger i kommunale helse- og omsorgsfag, metode- og tjenesteutvikling. Forskning i spesialisthelsetjenesten har begrenset overføringsverdi til primærhelsetjenesten.

Rekrutterings- og kompetansehevingstiltak for å imøtekomme reformens intensjoner vil måtte kreve økonomiske ressurser i kommunene, og trolig vil dette også ha tariffmessige konsekvenser. I tillegg må det snarest utvikles meritterende praksisplasser for spesialistutdanning (allmennmedisin) i kommunene.

Vurdering:

Melhus kommune støtter vektleggingen av kommunal organisasjonsfrihet i høringsutkastet og ønsker klarere avgrensning av statlig styringsrett i det endelige lovforslaget.

Melhus kommune støtter *ikke* den foreslåtte medfinansieringsmodellen og forutsetter at en mulig kommunal medfinansieringsmodell kombineres med mekanismer for å begrense enkeltkommuners finansielle risiko. De økonomiske konsekvensene for kommunene må kartlegges bedre før endelig finansieringsmodell vedtas. Økte kostnader for kommunene forutsettes fullfinansiert.