

SAKSDOKUMENT

Behandles av:	Møtedato:	Saksnr.:
KOMITE FOR OMSORG KOMMUNESTYRET	10.01.2011	2/11 /

Arkivsaksnr.: 10/1697
 Arkivkode: G20
 Saksbehandler: Anne Lindalen

HØRING: NY NASJONAL HELSE- OG OMSORGSPLAN, NY FOLKEHELSELOV OG NY LOV OM KOMMUNALE HELSE- OG OMSORGSTJENESTER

SAMMENDRAG

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.

Målene med samhandlingsreformen lagt fram av departementet er blant annet:

- Økt livskvalitet og redusert press på helsevesenet gjennom satsing på helsefremmede og forebyggende arbeid
- Dempet vekst i bruk av sykehus tjenester 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

Høringssvaret er utarbeidet på bakgrunn av et notat utarbeidet av KS, samt innspill fra berørte enhetsledere.

Saken er konsentrert rundt følgende hovedpunkter:

1. Hvilken myndighet er foreslått gitt til kommunene?
2. Hvilke nye oppgaver og plikter er foreslått for kommunene?
3. Hvilke plikter gis kommunen i forhold til folkehelse?
4. Hvordan er nye oppgaver og plikter foreslått finansiert?

INNSTILLING

Komite for omsorg vedtar Rådmannens forslag til høringsuttalelse.

KOMITE FOR OMSORGS BEHANDLING 10.01.2011

Saksordfører: Arne Andreas Olsen

Rådmannens innstilling ble endret til:

Komite for omsorg tar Rådmannens forslag til høringsuttalelse til orientering.

Endret innstilling ble enstemmig vedtatt.

KOMITE FOR OMSORGS VEDTAK 10.01.2011

Komite for omsorg tar Rådmannens forslag til høringsuttalelse til orientering

Vedlegg:

1. Høringssvar: Ny nasjonal helse- og omsorgsplan, ny folkehelselov og ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester.

Andre saksdokumenter (ikke vedlagt):

Utrykte vedlegg fås ved henvendelse til ordførerens sekretær

SAKSFRAMSTILLING

Bakgrunn for saken

Saksopplysninger

Forhold til eksisterende plandokumenter

Økonomiske konsekvenser

Miljøkonsekvenser

Risiko- og sårbarhetsanalyse (beredskap)

Konsekvenser for universell utforming (Diskriminerings og tilgjengelighetsloven)

RÅDMANNENS VURDERING

FORSLAG TIL ALTERNATIVER

KONSEKVENSER

SAKSDOKUMENT

Behandles av:**KOMITE FOR OMSORG****Møtedato:**

10.01.2011

Saksnr.:

3/11

Arkivsaksnr.: 10/2057
Arkivkode: M70
Saksbehandler: Alice Rasmussen

FOREBYGGENDE BRANNTILTAK FOR HJEMMEBOENDE

SAMMENDRAG

Hjemmetjenesten i PRO ønsker å ha fokus på forebyggende brannvern.

Hjemmetjenesten gir bistand ut i fra lov om sosiale tjenester og lov om helsetjenester i kommunen. Et mål for brukerne av tjenesten er at de skal ha mulighet til å bo lengst mulig i eget hjem, føle trygghet og få hjelp til å opprettholde et best mulig liv til tross for sykdom, funksjonssvikt eller alderdom.

Hjemmetjenesten har et ansvar overfor sine brukere å yte brannforebyggende arbeid og organiserer dette selv innenfor sine rammer.

I dette arbeidet er samarbeid med brannvesenet av stor betydning.

Brannvesenet i Nittedal gjennomfører årlige kurs for personalet, der det blir lagt vekt på forebyggende tiltak i hjemmet.

Personalet formidler informasjon og veiledning til brukere og pårørende.

Sammen med brannvesenet gjennomføres tilsyn hos enkelte brukere for utbedring av brannfarlige situasjoner. Det er flere av hjemmetjenestens brukere som røyker og kan være utsatt for brannfare.

Andre årsaker til brann forebygges ved å gå igjennom en sjekkliste med bl.a mulighet for komfyrvakt, sjekk av elektriske artikler og ledninger, og skifte av batterier i brannvarsler.

I denne saken ønsker rådmannen å vurdere innkjøp av et nytt hjelpemiddel for å styrke det forebyggende brannarbeidet til hjemmetjenesten.

INNSTILLING

Komite for omsorg tar saken til orientering.

KOMITE FOR OMSORGS BEHANDLING 10.01.2011

Rådmannens innstilling ble enstemmig vedtatt.

KOMITE FOR OMSORGS VEDTAK 10.01.2011

Komite for omsorg tar saken til orientering.

Vedlegg:

1. Q1 – Mobilt vanntåke anlegg.

Andre saksdokumenter (ikke vedlagt):

Utrykte vedlegg fås ved henvendelse til ordførerens sekretær

SAKSFRAMSTILLING

Saksopplysninger

Hjemmetjenesten har til tider brukere som røyker og som bor alene. Det hender at disse brukerne sovner med røyken i hånda og brannfare har oppstått.

Røykeforkle er ett alternativ i slike situasjoner, de har likevel vist seg ikke å dekke alle behov, f.eks når røyken faller ned på gulvteppet.

Ved en eventuell brann vil kun brannvarsler starte, men den gir ikke varsel utover leilighet/hus. En bruker, som da ligger i sengen eller har redusert gangfunksjon vil få problemer med å varsle videre og bare noen minutter vil utgjøre en stor forskjell på utfallet.

Brannvesenet i Nittedal har tatt kontakt med PRO og vist frem et nytt produkt, som vil kunne hjelpe i slike situasjoner.

Produktet heter; Mobilt vanntåke anlegg (se vedlegg 1).

Anlegget varsler direkte til brannstasjonen og sparer derfor viktige minutter i forhold til å varsle brann.

På spørsmål om erfaring ved bruk av disse anleggene, opplyste Nittedal brannvesen, at Gran kommune har gått til anskaffelse av 8 stk, med god erfaring.

PRO har også vært i kontakt med Gran kommune for å høre om deres erfaring. Det ble opplyst at Gran har valgt kun å plassere vanntåkeanlegg i boliger som tilhører kommunen. Det er enhet for eiendom som står som innkjøpere og eiere av anleggene. Utlån av anleggene skjer i samråd med eiendom. Alle de 8 anleggene Gran kjøpte inn er i bruk. Gran opplyste videre om at Sverige har god erfaring med disse anleggene og der har de vært med på å redde liv.

Kostnader

Pris pr anlegg er p.d.d kr 35.000,-

Drift pr år kr 5,000,-

PRO mener slike anlegg vil hjelpe i det forebyggende brannarbeid, og gi brukere mulighet til å bo lenger hjemme.

PRO vurderer innkjøp av et antall anlegg til kommunen, som da leies ut til aktuelle brukere uavhengig av hvem som eier leiligheten.

HØRINGSSVAR: NY NASJONAL HELSE- OG OMSORGSPLAN, NY FOLKEHELSELOV OG NY LOV OM KOMMUNALE HELSE- OG OMSORGSTJENESTER.

SAKEN GJELDER

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.

Målene med samhandlingsreformen lagt fram 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

Høringssvaret er utarbeidet på bakgrunn av et notat utarbeidet av KS, samt innspill fra berørte enhetsledere.

Saken er konsentrert rundt følgende hovedpunkter:

1. Hvilken myndighet er foreslått gitt til kommunene?
2. Hvilke nye oppgaver og plikter er foreslått for kommunene?
3. Hvilke plikter gis kommunen i forhold til folkehelse?
4. Hvordan er nye oppgaver og plikter foreslått finansiert?

1. Hvilken myndighet er foreslått gitt til kommunene?

1.1 Det er flere forslag i høringsnotatet som underbygger og forsterker kommunens myndighet med hensyn til hvordan tjenestene organiseres og utøves.

Dette gjelder både i forhold til innbyggerne og i forhold til helseprofesjonene. Det fremheves også viktigheten av lokal handlefrihet som et av verdigrunnlagene bak loven.

Høringsbrevet med forslag til ny lovtekst tydeliggjør kommunens overordnede ansvar for helse- og omsorgstjenester ("sørge for" ansvaret), uten at kommunene pålegges bestemte måter å organisere, tilrettelegge, og utøve sin myndighet på. Kommunene får således større frihet til å organisere og tilpasse tjenestene til lokale behov.

Skillet mellom helsetjenester og omsorgstjenester oppheves, det foreslås en felles helse- og omsorgstjeneste med felles regelverk, herunder felles klage- og tilsynsinstans. Det foreslås felles klageregler, hvoretter fylkesmannen/helsetilsynet i utgangspunktet har full overprøvningsrett, men hvor "Helsetilsynet i fylket/fylkesmannen skal ved prøving av vedtak

fra kommunen legge stor vekt på hensynet til det kommunale selvstyre ved prøving av det frie skjønn, herunder ved kommunens skjønnsmessige vurdering av innretning og nivå på tjenestene utover lovens krav". 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.

Videre vil alt personell som yter tjenester etter den nye loven være underlagt Helsepersonelloven.

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.

Pasient og bruker rettigheter er tatt ut av disse lovene og er nå samlet i Pasientrettighetsloven.

Den nye loven vil pålegge kommunene og spesialisthelsetjenesten å avtalefeste samhandlingen seg i mellom og det er i lovforslaget stilt visse minimumskrav til innholdet i avtalene.

1.2 Det er flere forslag i høringsnotatet som vil svekke kommunens stilling vis a vis staten

Det er i lovforslaget ikke angitt og heller ikke forsøkt å angi hvor grensene går mellom kommunens og spesialisthelsetjenestens 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 riktignok at det har skjedd en glidende overgang av tjenester fra spesialisthelsetjenesten og til kommunehelsetjenesten, men det gjøres 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 ny 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 (Helse- og omsorgsdepartementet) 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 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. HOD vil – 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 er i forslaget fastsatt en rekke rettslige standarder. Det foreslås å innføre lovbestemte krav om at alle virksomheter i spesialisthelsetjenesten og i den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal drive systematisk arbeid for å styrke pasientsikkerheten, og det innføres lovbestemte krav til systematisk kvalitetsforbedringsarbeid. Det stilles krav til verdighet. Det

sies i forslaget ikke noe om økonomisk kompensasjon hvis dette skulle medføre flere oppgaver eller større forpliktelser for kommunen.

Nittedal kommunes vurdering:

Positivt med større organisasjonsfrihet

Forslagene under 1.1 vil medføre en forsterkning av kommunens myndighet i forhold til helsearbeidere og innbyggere. Det vil gi kommunen større handlingsrom for å finne lokalt tilpassede løsninger. Det er positivt. Det er positivt at helse og omsorgstjenester samles under samme lov, at klage og tilsynsordningen samordnes og at kommunens plikter og pasienter/brukeres rettigheter skilles i ulike lover.

Behov for klarere avgrensning av den statlige styringsretten

Forslagene under 1.2 styrker statens stilling vis a vis kommunesektoren, slik at ubalansen mellom stat og kommune blir tilsvarende større. Hva summen av dette vil bli for kommunen eller hvilke konsekvenser det praktisk vil ha for samhandlingsreformen er vanskelig å overskue, men Nittedal kommune er opptatt av at likeverdighet mellom 1 og 2 linjetjenesten er grunnlaget for et godt samarbeid.

De driftsmessige og økonomiske konsekvensene for kommunene må kartlegges bedre, og økte kostnader må forutsettes fullfinansiert

Nittedal kommune etterlyser en klarere ansvarsfordeling mellom statens og kommunens oppgaver i høringsutkastet. Det er grunn til å tro at den "stille reformen" fortsetter, hvorefter stadig flere oppgaver overføres til kommunen uten at dette kompenseres økonomisk. Nittedal kommune ønsker at man utarbeider noen prinsipper for ansvars og oppgavefordeling mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten knyttet til for eksempel pasientens tilstand, kompetansebehov og teknologibehov.

Ved uenighet om ansvarsfordelingen ønsker kommunen at uenigheten avgjøres av et uavhengig tvisteorgan da det ikke er likeverdighet mellom kommunen og helseforetaket.

Kvalitetsmålinger er verdifullt for kontinuerlig forbedringsarbeid, men kost/nyttebetraktninger må alltid legges til grunn når nye systemer vurderes innført. Nittedal kommune savner et tydeligere kommunalt perspektiv på behovet for kvalitetsindikatorer og styringsinformasjon.

Positivt med en lovfesting av verdighet

Nittedal kommune mener intensjonen bak lovfesting av rett til et verdig tjenestetilbud er god, men det er uklart hva som er innholdet i dette. Det er ønskelig med en nærmere drøfting av dette i det videre arbeidet.

1.3 Legetjenesten i kommunene

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.

Det foreslås ikke en endring av dagens hovedmodell med fastlegeordningen, herunder et listepasientsystem og at fastlegene som hovedmodell er selvstendig næringsdrivere. 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 legefordeling, god rekruttering til allmennlegetjenesten og bidra til å sikre større stabilitet i legedekningen i distriktskommunene.

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 tilplikting av fastlegene til å arbeide inntil 7,5 timer/uke til *andre allmennmediske 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 medisinsk faglig rådgiver bør opprettholdes.

Nittedal kommunens vurdering:

Det vil være behov for tettere samarbeid mellom legetjenesten og den øvrige helse og omsorgstjenesten i kommunen, og det vil være behov for å øke antall legehjemler

Nittedal kommune mener at en kvalitativt god allmennlegetjeneste er svært viktig i kommunens helse- og omsorgstjeneste. Og det er helt avgjørende for at kommunen skal lykkes med samhandlingsreformen. Allmennlegetjenesten er en sentral samarbeidspartner for de øvrige kommunale helse- og omsorgstjenester, og inngår i en helhetlig kommunal helse- og omsorgstjeneste. Det må prioriteres å få legetjenesten fram til utsatte grupper (skrøpelige eldre, rusmisbrukere, mennesker med psykiske lidelser). Og det må prioriteres å få pasienter tidligere utskrevet fra sykehus, til videre behandling, oppfølging og kontroller i kommunehelsetjenesten. Dagens forskrifts/avtaleverk og finansieringssystem rundt fastlegeordningen sikrer ikke denne type prioritering. Dette er pasientgrupper som krever en mer proaktiv tjeneste. Nittedal kommune ber om at disse gruppene prioriteres i arbeidet med ny forskrift og finansieringsordning.

Styrking av legetjenesten i kommunen kan skje på flere måter:

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

Det må sikres fleksibilitet i systemet slik at det er mulig å finne lokale løsninger ut fra lokale behov.

Ny forskrift og finansieringsordning for fastlegene må utformes slik at ressursene styres i prioritert retning og endringene må fullfinansieres

Nittedal kommune mener det bør presiseres i en forskrift hva som er fastlegenes oppgaver. I den grad dette utvider fastlegenes oppgaver må endringene følges opp med flere legehjemler og fullfinansieres. Kommunen mener det er tvilsomt om økonomiske insentiver alene er nok til å sikre en større kommunal innflytelse over fastlegenes prioriteringer.

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

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. 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.

Nittedal kommunes vurdering:

Gradvis innfasing av nye oppgaver og prioritering av pasientgrupper

Det er etter kommunens oppfatning viktig at overføring av oppgaver fra spesialisthelsetjenesten til kommunene gjennomføres som en gradvis innfasing og at følgeforskning-/ evaluering ved overføring av oppgaver og plikter til kommunen gjennomføres parallelt.

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, dette bør etter kommunes oppfatning prioriteres.

Nittedal kommune går sterkt i mot til å lovfeste kommunens plikt til å etablere øyeblikkelig hjelp funksjon. Hvordan det i praksis skal være mulig å skille pasientgrupper som skal få akutttilbud på 1 linjenivå fra de som skal få tilbud på 2 linjenivå er kommunen usikker på. Det er også et spørsmål hvorvidt det er kostnadseffektivt å bygge opp flere akutttilbud innenfor de geografiske avstander vi har i Akershus.

Overføring av oppgaver knyttet til rehabilitering, psykiatri og rus krever mer omfattende utredning

Når det gjelder rehabiliteringstilbudet bør 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.

For å sikre en god oppgavefordeling innen psykiatri og rus bør de største pasientforløpene mellom kommunen og helseforetaket gjennomgås, for å kartlegge hvilke forutsetninger som må på plass for en vellykket overføring av pasientforløp fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten. Her gjenstår etter kommunens oppfatning et betydelig arbeid særlig knyttet til kompetanse og økonomi.

3. Hvilke plikter gis kommunen/fylkeskommunen i forhold til folkehelse?

I lovforslaget sies det at 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 lovforslaget antydes det 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.

Nittedal kommunes vurdering

Lovforslaget utreder ikke hvor krevende et tverrsektorielt, nivåovergripende folkehelsearbeid er

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.

Krav om ny praksis i folkehelsearbeidet tolkes som å pålegge kommunene en ny oppgave og må følges opp med økte statlige bevilgninger

På overordnet nivå må kommunen 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 kommunen, fylkeskommune og andre. Dette er kapasitets- og kompetansekrevenende.

Helseovervåking /statistikk er et stort og uoversiktlig område – og vil kreve store ressurser både på fylkeskommunalt og kommunalt nivå. Det er ikke avsatt ressurser til dette arbeidet, og 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 i følge lovforslaget bistå kommunen i å

foreta kommunale analyser og tolkninger av data, jf. mulige forklaring av årsakssammenhenger, styrker og svakheter i dataene.

Nittedal kommune 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 kommunen. Krav til samarbeid, helseovervåkning og statistikk i lovforslaget vil ha betydelig økonomiske og administrative kostnader både ressurs- og kompetansemessig.

Prinsipielt problematisk med ny lov som undergraver et av grunnprinsippene i plan –og bygningsloven.

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.

Det er prinsipielt problematisk at det innføres bestemmelser i ny folkehelselov som undergraver grunnsprisset 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.

Kommunene må stå fritt til å velge organisering

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.

4. Hvordan er nye oppgaver og plikter foreslått finansiert?

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
- 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.

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

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."* Det tas utgangspunkt i at medfinansieringsmidler vil være tilstrekkelig til å finansiere alternative rehabiliteringstilbud i kommunene.

Nittedal kommunes vurdering

De økonomiske og administrative konsekvenser for kommunen er vanskelig å overskue, men Nittedal kommune mener de vil bli betydelige og langt høyere enn antydning i høringsnotatet. Dette gjelder også legetjenesten

Kommunene må være sikret fullfinansiering av nye oppgaver/plikter

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
- Generelt folkehelsearbeid

Kommunene mener det er avgjørende at de økonomiske konsekvensene for kommunen må kartlegges og utredes bedre, og at nye oppgaver fullfinansieres.

Det forutsettes at en kommunal medfinansieringsmodell utredes grundig, herunder kommunenes finansielle risiko

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 mer i samsvar med overordnede mål for reformen
- En ordning som kombineres med tak for å begrense finansiell risiko for enkeltkommuner.
- Det forutsetter at en kompensasjonsmetode utformes i samarbeid med kommunesektoren.

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. 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. 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. Eksempelvis at kommunen 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. Dette er ikke kostnader som er tatt med i de økonomiske beregningene rundt medfinansieringsordningen.

De økonomiske virkningene ved et øyeblikkelig hjelp døgntilbud må beregnes med sikte på fullfinansiering. Ansvarsdelingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene bør samtidig klargjøres.

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. Statlige myndigheter må ikke tillate nedbygging av helsetjenestetilbud innen spesialisthelsetjenesten før kommunene har bygd opp et likeverdig tilbud.

Kostnader knyttet til utskrivningsklare må utredes nærmere

Det er i høringsdokumentet tatt inn regneeksempler av hvor mye midler som skal overføres gitt omfang i pasientdøgn og ulike døgnsetser i. De beregningsmessige forutsetningene må gjennomgås og kvalitetssikres.

Nittedal kommune mener at innenfor psykiatri og rus ligger forholdene ennå ikke til rette for at det kan innføres en betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter fra 2012. For å sikre en god oppgavefordeling innen psykiatri og rus må de viktigste pasientforløpene mellom kommunen og helseforetaket gjennomgås grundig. Det må kartlegges hvilke forutsetninger som må på plass for en vellykket overføring av pasientforløp fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten. Kriterier må utarbeides. Her gjenstår etter kommunens oppfatning et betydelig arbeid særlig knyttet til kompetanse og økonomi.

Oppsummering

Nittedal kommune er enig i intensjonene bak Samhandlingsreformen, og støtter i hovedsak de større endringene som er foreslått i ny folkehelselov og lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. Som høringsuttalelsen viser mener Nittedal kommune det på en rekke områder er behov for ytterligere utredninger. Særlig gjelder det områder med økonomiske konsekvenser for kommunen. 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.