

Arkivsak : 201006118
Arkivkode : E: G00 &00
Saksbeh. : Hans Petter Torvik

Behandles av utvalg: Utvalg for helse- og sosialtjenester	Møtedato 17.01.2011	Utvalgssaksnr.
--	-------------------------------	-----------------------

HØRINGSUTTALELSE - NY LOV OM KOMMUNALE HELSE- OG OMSORGSTJENESTER

1. Innledning

Helse og omsorgsdepartementet (HOD) la den 18. oktober fram 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. Alle 3 dokumentene er en oppfølging av stortingsmelding 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen.

Målene med samhandlingsreformen 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

Målene i reformen skal ifølge HOD realiseres gjennom et sett av virkemidler. Nasjonal helse og omsorgsplan vil bli lagt fram som stortingsmelding våren 2011. Det er planlagt at lovforslagene skal fremmes for Stortinget i form av lovproposisjoner våren 2011.

Sandnes kommune 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.

Rådmannen vil fremme høringene i 3 ulike saker. Det vil være overlappende avsnitt i disse sakene. Rådmannen mener at dette er nødvendig for at hver sak skal kunne sees i et helhetlig perspektiv.

I denne saken legger rådmannen frem forslag til høringsuttalelse vedrørende ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester.

2. Høringsforslaget

Høringsforslaget er tidligere utdelt til utvalg for helse og sosialtjenester sine medlemmer. Kort gjengis enkelte punkter fra departementets høringsnotat.

Dagens kommunehelsetjenestelov og sosialtjenestelov blir foreslått opphevet, og erstattet av en ny felles lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. Hensikten med en felles lov er å oppnå et oversiktlig og helhetlig regelverk, som gir kommunene bedre rammebetingelser for å yte helhetlige og integrerte tjenestetilbud. Videre å ivareta behovene til personer som trenger flere sammensatte tjenester, og gjøre det enklere for disse å orientere seg om kommunens plikter. Lovforslaget innebærer at skillet mellom helse- og omsorgstjenester forsvinner og det foreslås felles klage- og tilsynsmyndigheter. Brukernes rettigheter vil fremgå av pasientrettighetsloven. Alt personell som arbeider med helse og omsorgstjenester vil bli definert som helsepersonell med de plikter og rettigheter etter helsepersonelloven.

Lovforslaget tydeliggjør kommunenes overordnede ansvar for helse- og omsorgstjenester ("sørge for" ansvar), uten at kommunen samtidig pålegges bestemte måter å organisere tjenestene på. Kommunens plikter foreslås overordnet og profesjonsnøytralt. Departementets prinsipielle utgangspunkt er at kommunene selv velger hvordan de vil organisere sin virksomhet og tjenester.

Begrunnelsen for dette er hensynet til tjenestemottakerne, effektive tjenesteytelser og demokratisk styring. Krav til faglig forsvarlighet vil sikre at tjenestene ytes med kvalifisert personell etter departementets vurdering.

Et sentralt innspill i høringen er forslag om at kommunene skal sørge for tilbud om døgnopphold til pasienter med behov for øyeblikkelig helsehjelp. Dette gjelder de pasienter kommunen selv har mulighet for å diagnostisere, behandle eller gi nødvendig omsorg. Samtidig varsler samhandlingsreformen et nytt "grensesnitt" mellom kommunenes og helseforetakenes helsetjenester. Kommunene får ansvar for mye som for få år siden var typisk sykehusbehandling.

Pasient- og brukerrettighetene knyttet til helse- og omsorgstjenester videreføres, men samles i pasientrettighetsloven. Saksbehandling vedrørende tildeling av tjenester foreslås regulert i pasientrettighetsloven. Tjenester med varighet under 2 uker kan gis uten å fatte formelle vedtak.

Departementet foreslår å endre ansvar for å utarbeide og koordinere individuell tiltak/plan. Etter nytt lovverk vil kommunene få hovedansvaret for å lage individuelle planer i samarbeid med helseforetakene. Kommunene skal oppnevne en koordinator for individuell plan og ha et systemansvar for tjenester som et koordinert tjenestetilbud. Likeledes foreslås det at kommunene skal drive et kontinuerlig kvalitets – og sikkerhetsarbeid.

Regjeringen foreslår ikke en endring av dagens hovedmodell med fastlegeordningen, herunder et listepasientsystem og at fastlegene som hovedmodell er selvstendig næringsdrivende. Imidlertid vil kommunene fortsatt ha anledning til å ansette allmennleger i fastlønnede stillinger (kommunal ansettelse), 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. Tiltaksområder som er drøftet er bl a:

1. Tydeliggjøre kommunens overordnede ansvar for fastlegeordningen
2. Utvikle kvalitetssystemer – faglig støtte og tilbakemeldinger på praksis..
3. Innføring av nasjonale kvalitets- og funksjonskrav med tilhørende rapportering.
4. Forslag til endringer i fastlegeforskriften bl.a forplikte fastlegene til å følge nasjonale kvalitets- og funksjonskrav, ansvar for å identifisere risikopersoner, sørge for individrettet veiledning og oppfølging, samt koordinere oppfølgingen av pasient
5. Forslag om endringer i finansieringsmodell.
6. Styrking av Legevakt.

Departementet foreslår innført et lovpålagt avtalesystem mellom kommunene og helseforetakene som skal sikre at tjenesteyterne samhandler og koordinerer tjenestene slik at pasientene mottar en helhetlig tjeneste, i form av et planlagt og sammenhengende tjenesteforløp. Lovfesting av avtalesystemet skal bidra til å gi kommunene et mer likeverdig partsforhold i avtalen, og sikre en mer helhetlig praksis.

Det er satt i verk arbeid med å utrede kommunal medfinansieringsmodell for pasientbehandling i spesialisthelsetjenesten. Dette utredningsarbeidet er imidlertid ikke ferdigstilt.

Det foreslås to modeller for eventuell medfinansiering:

- En modell avgrenset til alder (pasienter over 80 år).
- En modell avgrenset til diagnose, innleggelser og behandling.

Hensikten med kommunal medfinansiering er å stimulere kommunene til å vurdere tiltak som vil kunne redusere behovet for spesialisthelsetjenester, og motivere kommuner og sykehus til å samarbeide. Det vil da eventuelt bli overført midler fra helseforetak til kommunene.

Høringen foreslår at kommunene får det økonomiske ansvaret for utskrivningsklare pasienter fra 1. dag. Det vil overføres midler fra helseforetakene til kommunene i forbindelse med dette. Kommunene må betale en fast sats per døgn for utskrivningsklare pasienter.

Elektronisk informasjonsutveksling av pasientopplysninger må få et langt videre omfang for at helsetjenesten skal kunne realisere gevinster i form av effektivitet og økt kvalitet på helsehjelpen. Departementet foreslår på denne bakgrunn en lovhjemmel for at det i forskrift kan stilles krav om elektronisk dokumentasjon og kommunikasjon av helseopplysninger mellom elektroniske pasientjournalssystemer. Plikten til elektronisk kommunikasjon skal innføres gradvis på ulike områder. Av hensyn til harmonisering av lovgivningen, foreslår departementet å pålegge kommuner og virksomheter som har avtale med kommunen om å yte helse- og omsorgstjenester, en tilsvarende plikt som spesialisthelsetjenesten til å innrette journal- og informasjonssystemene slik at de er forsvarlige. Departementet foreslår å lovfeste at spesialisthelsetjenesten og kommunen skal ta hensyn til behovet for effektiv elektronisk samhandling ved anskaffelse og videreutvikling av sine journal- og informasjonssystemer.

3. Høringsuttalelse

3.1 Generelt

Det er en generell utfordring i forhold til høringen at sentrale punkt ikke er ferdig utredet fra departementets side, eller skal utdypes nærmere i forskrifts form på et senere tidspunkt. Dette gjør det vanskelig for kommunen å overskue konsekvensene av de ulike forslagene. Problematikken forsterkes av at høringsinstansene har fått svært kort høringsfrist sett i forhold

til høringens omfang og betydning. Sandnes kommune forutsetter at departementet legger opp til egne høringer på samtlige punkt som ikke er klarlagt pr i dag.

Sandnes kommune vil også understreke viktigheten av at helseforetakenes tjenestetilbud ikke bygges ned før kommunenes alternativ er vel etablert.

Det er av grunnleggende viktighet at reformen fullfinansieres for kommunenes del. Dette innebærer bl.a. at den finansieringsmodell som velges innehar den nødvendige fleksibilitet til å fange opp endringer og utvikling etter hvert som kommunene overtar flere oppgaver. Finansieringsmodellen må være basert på en felles forståelse og enighet med kommunene – KS kan være avtalepart for finansieringsmodellen.

Sandnes kommune vil presisere viktigheten av at den kommunale handlefriheten ikke begrenses i form av detaljstyring av organisering av det kommunale tjenestetilbudet.

Dersom samhandlingsreformen skal gjennomføres, fordrer det et betydelig kompetanseløft i kommunene for å kunne overta mer faglig utfordrende oppgaver. I høringen legges det også til grunn at det er behov for større grad av forskning på kommunenes område. Det er ikke tilstrekkelig utredet i høringen hvordan dette skal gjennomføres i praksis. Kommunen vil i denne sammenheng påpeke at utdannings- og forskningsinstitusjonenes ansvar må tydeliggjøres, og vil understreke betydningen av at Kunnskapsdepartementet blir delaktig i forhold til gjennomføring av samhandlingsreformen. Det må i tillegg stilles klare krav til spesialisthelsetjenestens veiledningsansvar.

3.2 Kommunenes myndighet

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. Sandnes kommune vil fremheve følgende som positivt:

- *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.

- *Organisere tjenesten*: 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.

- *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, og det skal fremdeles 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 veto rett for det nærmere innholdet i avtalen.

- *Klage*: 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 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.
Det forholdet at klageinstansen ikke kan treffe nytt vedtak, er en praktisk viktig endring.

- *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.

Det er verken i lovtekst eller i kommentarene til høringsnotatet angitt og heller ikke forsøkt å angi, hvor grensene går mellom kommunehelsetjenesten 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 spesialisthelsetjenesten. 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.

I forslaget 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 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. Disse forhold vil styrke statens stilling vis a vis kommunesektoren, slik at ubalansen mellom stat og kommune blir tilsvarende større. Det medfører også at den ”stille reformen” fortsetter, hvoretter stadig flere oppgaver overføres til kommunen uten at dette kompenserer 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 grensdragningen 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 gråsonerområder gjennom at partene frivillig vil etterleve avtalen. Sandnes kommune kan derfor ikke støtte forslaget om at HOD ensidig skal kunne fastsette grensene mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Under enhver omstendighet må slik grensedragning skje i forskriftsform. Det vil gi en mer forsvarlig høringsrunde og også mulighet for å kostnadsberegne overføring av nye oppgaver til kommunen. Det bør fastsettes nærmere regler for uavhengig megling mellom partene.

I lys av forslag om større lokal handlefrihet blir kravet til forsvarlige tjenester særdeles viktig for å sikre nødvendige og gode tjenester. Departementet foreslår i høringen en lovhjemmel for å gi forskrift om nærmere bestemmelser om innhold til tjenestene. Sandnes kommune vil understreke viktigheten av at slik senere forskriftsfesting av krav til tjenestene ikke strider mot prinsippet om lokal handlefrihet. Kommunen mener slik senere forskriftsfesting er aktuell i forhold til å utdype kravet til faglig standard, men ikke bør regulere kommunens organisering av sine tjenester.

3.3 Felles helse- og omsorgslov

Sandnes kommune støtter departementets forslag om å erstatte dagens kommunehelsetjenestelov og sosialtjenestelov med en ny felles lov. Kommunen mener en felles lovregulering av tjenestene på dette området vil bidra til større grad av oppmerksomhet rundt den enkelte brukers hjelpebehov, enklere samhandling innad i kommunens helse- og sosialtjeneste, og med samarbeidspartnere utenfor kommunen. Felles lovverk, og rendyrking av ny lov som pliktlov, vil også ventelig gjøre det lettere for brukerne å orientere seg om kommunens forpliktelser. Det er også bra at en ikke trenger enkeltvedtak på tjenester med varighet under to uker.

Vi er videre enig i en felles regulering av pliktene til alt personell som yter tjenester etter den nye loven og at helsepersonelloven kan legges til grunn for en slik regulering. Alt personell som yter tjenester på dette området, er da underlagt samme strenge krav i forhold til faglig forsvarlighet, dokumentasjon og taushetsplikt.

Begrepet støttekontakt erstattes med personlig assistanse etter lovforslaget §3-2.6d. Tjenesten kan gis gjennom organisert deltagelse i aktivitetsgrupper og individuelt tilrettelagte tilbud i samarbeid med frivillige organisasjoner. Dette er en oppmykning av kravet om støttekontakttjeneste i forhold til sosialtjenesteloven. Det er stor sannsynlighet for at dette i praksis kan komme til å medføre at kommunene reduserer støttekontakttilbudet. Lovforslaget svekker derfor brukernes interesser og behov. Et annet og uavklart spørsmål er om personer som utfører tjenesten personlig assistanse er å regne som helsepersonell (etter lovforslaget er de det). Hvis dette gjelder så vil de omfattes av helsepersonelloven og da også journalforskriften. Det vil medføre dokumentasjonsplikt for oppdragstakere og frivillige hjelpere som er en unødvendig byråkratisering.

Departementets forslag om en ny felles helse- og omsorgslov innebærer en endring av begrepsbruk, i det begrepet "sosiale tjenester" erstattes med "omsorgstjenester". Sandnes kommune stiller spørsmål ved om begrepet "omsorgstjenester" i tilstrekkelig grad fanger opp de samme hensynene som "sosiale tjenester" ivaretar. Begrepet "helse- og omsorgstjenester" har etter kommunens oppfatning et individrettet fokus, mens "sosiale tjenester" tradisjonelt har blitt oppfattet som et begrep som også tar opp i seg et samfunnsperspektiv, d.v.s. samfunnsutfordringer som påvirker den enkeltes liv og helse.

Den generelle samfunnsutviklingen tilsier et sterkt fokus på enkeltindividets rettigheter. Sandnes kommune mener at dette i utgangspunktet er en positiv utvikling, men savner

samtidig et noe større fokus i høringen på viktigheten av at enkeltpersoner også tar ansvar for eget liv. Dette har ikke minst betydning i forhold til å sikre fokus på den enkeltes ressurser, ikke bare problemer, ut fra et hjelp til selvhjelpsperspektiv. Kommunen mener begrepet ”sosiale tjenester” i større grad støtter opp under denne tankegangen enn ”omsorgstjenester”. Det bør vurderes om begrepet ”sosiale tjenester” kan videreføres i tillegg til helse og omsorgsbegrepene.

Vilkår for rett til tjenester

Sandnes kommune mener at vilkårene for å ha rett til tjenester burde vært mer uthevet i foreslått lovtekst, for eksempel gjennom å gi § 3-2 nytt avsnitt hvor definisjonen av nødvendige helse- og omsorgstjenester tas inn og nytt avsnitt med samme formulering som i spesialisthelsetjenesteloven: ”Retten til helse- og omsorgstjenester gjelder bare dersom pasienten/brukeren kan ha forventet nytte av helse- og omsorgshjelpen, og kostnadene står i rimelig forhold til tiltakets effekt”.

3.4 Kommunenes ansvar for helse- og omsorgstjenester

I forslaget til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester 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.

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 alt vesentlige er en ”presisering” av de oppgaver, plikter og handlingsrom som kommunen også i dag har. Sandnes kommune mener at ny lov, 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 eller akutt forverring av grunnsykdom 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.

Sandnes kommune støtter at kommunehelsetjenesten tar et større ansvar for ovennevnte pasientgrupper. Tilbudet må være like enkelt tilgjengelig. Bedre koordinering rundt disse pasientene er det området i helsetjenesten som har størst potensial til forbedring. Vi er ikke i tvil om at en rekke pasienter vil kunne undersøkes og behandles i kommunale helseinstitusjoner/sykehjem etter henvisning fra fastlege eller legevakt. Tilsvarende vil slike institusjoner i større grad enn i dag kunne ta imot pasienter tidligere fra sykehus. Dette krever etter vårt syn ressurser i form av økonomi og kompetent personell. Slike døgnopphold må sikres egen og bedre legetjeneste, bedre sykepleie- og laboratorietjenester enn sykehjemmene har i dag, tilgjengelig 24 timer hele uka. Høringsnotatet er imidlertid svært uklart m.h.t. finansiering av en slik endring, samtidig som forsvarlighetskravet presiseres. Det mest uheldige scenariet for befolkningen vil være en kommunal plikt som ikke er finansiert, slik at tilbudet om utredning og behandling ikke er tilstrekkelig godt, samtidig som kommunene vil straffes økonomisk ved bruk av spesialisthelsetjenesten for samme behov. I et slikt lys vil pasientene kunne bli svært skadelidende. Vi støtter således en lovfesting av at kommunene skal sørge for tilbud om døgnopphold for helse- og omsorgstjenester til pasienter med behov for øyeblikkelig helsehjelp. Vi advarer samtidig svært sterkt mot å innføre dette uten samtidig å sikre fullfinansiering og tilgang på tilstrekkelig kompetanse. Vi gjør oppmerksom på at i dagens sykehus er det 30 legetimer per seng, mens det i dagens sykehjem med korttidsplasser er 28 minutter per seng. Per i dag har ikke sykehjemmene faglige forutsetninger for en slik oppgave. Faren for at det kan oppstå nye store gråsoner er betydelig. Lovteksten må derfor beskrive gjeldende arbeids- og ansvarsfordeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten på en langt tydeligere måte. Vi mener at kommunene må tilføres nødvendige ressurser for at dette kan gjennomføres i løpet av de neste 3-5 år.

Imidlertid er hverdagen i mange sykehjem i dag fjernt fra det som må bli realiteten dersom tanker om slike akutt-innleggelser av ofte kompliserte multi-syke eldre skal kunne bli en realitet. Det er ikke godt nok med deltidsansatte sykehjemsleger som er tilstede i sykehjemmet 1-2 ganger pr. uke. Det vil trenges en helt annen sykepleierbemanning, mye bedre laboratorieutstyr og -rutiner, moderne elektronisk kommunikasjon mm. Ut fra dagens situasjon mtp bemanning, kompetanse og diagnostisk utstyr vil det være bedre i vår region at akutte syke/ akutt forverring av kronisk sykdom hos eldre innlegges på sykehus 1-2 døgn for å få en hurtig avklaring av slike pasienter ved bruk av ulike spesialister, stor-sykehusets utstyr/ressurser osv. Så etter 1-2 døgns nødvendig avklaring kan disse pasientene overføres til den ventende akutt-sengen på det lokale sykehjem for nødvendig videre behandling og rehabilitering.

Heldøgntjenester i eget hjem

Vi finner at § 3-2 nr 6 bokstav b er uklar i forhold til kommunenes plikt til å yte heldøgntjenester i eget hjem. Vi ber om tydelige signaler om samfunnet skal ha som ambisjon at pasienter/brukere skal kunne leve med 1:1 omsorg eller mer 24t/døgnet i eget hjem over lengre tid. Dette gjelder etter hvert flere grupper pasienter. De samfunnsøkonomiske konsekvensene er betydelige. Vi viser til drøfting og vedtak i Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering 26.05.2008 om hjemmerespiratorbehandling. Prinsippene kan overføres til andre pasientgrupper. Vi viser videre til de tre prioriteringskriteriene som ble formulert av Lønning II utvalget, inkludert i forskriftene til Pasientrettighetsloven i 2000. I henhold til forskriften, stilles det krav om at "pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten etter pasientrettighetsloven § 2-1 annet ledd, når:

- pasienten har et visst prognosetap med hensyn til livslengde eller ikke ubetydelig nedsatt livskvalitet dersom helsehjelpen utsettes og
- pasienten, med det unntaket som er nevnt i § 3 annet ledd, kan ha forventet nytte av helsehjelpen og
- de forventede kostnadene står i et rimelig forhold til tiltakets effekt.

Vi mener at de samme kriteriene må gjelde i kommunenes helse- og omsorgssektor. Det vil innebære at lovverket tydeliggjør at enkeltpersoner ikke kan kreve 1:1 bemanning eller mer 24t/døgnet i egen bolig over lengre tid når kommunen kan tilby verdig og forsvarlig tilbud i samlokalisert bolig eller institusjon.

Kommunen støtter også en tydeliggjøring av kommunens plikt til å etablere koordinerende enhet - dette vil være et viktig premiss for gjennomføring av samhandlingsreformen. Kommunen vil presisere viktigheten av at det ikke legges opp til en statlig styring av hvordan denne enheten skal organiseres, men at dette overlates til kommunene selv å avgjøre.

3.5 Kvalitetsforbedringsarbeid

Sandnes kommune støtter en tydeliggjøring i lovverket av krav til systematisk kvalitetsforbedringsarbeid og systematisk arbeid for å styrke pasientsikkerheten. Kommunen mener dette er en forutsetning for å sikre pasientene forsvarlige og nødvendige tjenester, sett i sammenheng med at lovforslaget innebærer større lokal handlefrihet for kommunene i forhold til organisering av tjenestene.

Vi vil i denne sammenheng understreke viktigheten av at det utvikles nasjonale kvalitetsindikatorer, noe som vil være et grunnleggende verktøy i kommunenes arbeid med systematisk kvalitetsforbedring og styrking av pasientsikkerheten. Brukerperspektivet må frem som en del av kvalitetssystemet, for eksempel måling av brukers opplevelse av tjenestetilbudet i form av brukerundersøkelser.

Det bør innføres en tilsvarende meldeplikt for kommunalt helse- og omsorgspersonell ved betydelig pasientskade som det i dag foreligger for personell i spesialisthelsetjenesten. Kommunen mener Helsetilsynet er rett instans for slike meldinger.

3.6 Fastlegeordningen

Samhandlingsreformen fremhever 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 er det 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.

Sandnes kommune støtter KS sine vurderinger om at en forsterket legetjeneste i kommunene ikke alene kan oppnås gjennom presisering i lov og avtaleverk, men primært må skje gjennom andre konkrete tiltak. Det bør utvikles tiltak som:

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

Det er viktig å få definert noen klare avgrensninger av helsetjenestens oppgaver 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.

Kommunen er enig i departementets tydeliggjøring av at det er kommunen som har det overordnede ansvaret for at kommunens innbyggere tilbys fastlegetjenester i tråd med nasjonale føringer. Det er viktig at man drøfter forutsetningene for at kommunen skal være i stand til å oppfylle dette ansvaret. Vi støtter departementets forslag om at man ser på om det kan være aktuelt å innføre kvalitets- og funksjonskrav for fastlegene. Dette må skje i dialog med fastlegene. Det er viktig at det unngås rapportering på kvalitetsindikatorer som kan føre til forfordeling av enkeltpasienter eller grupper. Dersom for eksempel oppnåelse av mål for blodtrykkskontroll blir kvalitetskrav, kan dette føre til overbehandling, og at pasienter som ikke samarbeider blir uønsket på listene.

Allmennlegetjenesten må nå fram til utsatte grupper (eldre og andre som ikke klarer å komme til legekontoret, 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. 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.

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 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 annen side kan det å løfte noe fra avtale og inn i forskrift, åpne opp for at andre forhold kan komme inn i avtaleverket, for eksempel funksjons- og kvalitetskrav. Vi 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. Vi 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.

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 deltidsstillinger. 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)) På tross av en fullfinansiering ved innføring av reformen kan det bety en større økonomisk risiko for kommunene, da befolkningsveksten her skal beregnes på et større grunnlag enn tidligere, fra år til år, og at det vil være usikkerhet knyttet til om dette vil fanges opp i inntektssystemet. Det forutsettes en grundigere utredning av de økonomiske konsekvensene tilknyttet dette. Det forutsettes at forslag til endringer i fastlegeforskriften samt finansieringsordning sendes på høring til aktuelle instanser før man konkluderer i forhold til dette.

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

3.7 Lovpålagt avtalesystem mellom kommunene og helseforetakene

Sandnes kommune ser imidlertid allerede nå store utfordringer ved forslag om lovpålagt avtalesystem. Kommunen mener det er problematisk at store praktiske og prinsipielle spørsmål, herunder oppgavefordeling mellom kommune og spesialisthelsetjeneste, overlates til de lokale partene å løse gjennom avtale. For at et slikt avtalesystem skal fungere etter forutsetningene, fordrer det likeverdighet mellom avtalepartene. Departementet legger til grunn at en lovfesting av avtalesystemet vil bidra til å gi kommunene et mer likeverdig partsforhold, noe som erfaringsmessig har vært en utfordring. Det enkelte helseforetak vil

potensielt måtte forholde seg til svært ulike avtaler med de forskjellige kommunene. Dette vil skape en svært uoversiktlig situasjon for helseforetaket, som i praksis da kanskje vil se seg nødt til å kreve standardiserte avtaler med kommunene i sin region.

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.

Departementet bør vurdere om det skal innføres en godkjenningsordning av avtalene. Dette vil kunne bidra til å demme opp for ubalanse i maktforhold mellom partene, og sikre kvaliteten på avtalenes innhold.

3.8 Kommunal medfinansiering

Dersom kommunene skal påta seg nye store helse- og omsorgsoppgaver, forutsetter det at kommunene settes i stand til det økonomisk, d.v.s. at oppgavene fullfinansieres. Departementet har ikke utredet ferdig valg av finansieringssystem ennå, og det er derfor vanskelig for kommunen å ta endelig stilling til forslaget.

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. Kommunen 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.

Overføringen av midler til kommunene i forbindelse med innføringen av kommunal medfinansiering vil avhenge av hvilken modell regjeringen velger. Det er derfor vanskelig å ta stilling til de økonomiske konsekvenser av høringsforslaget. Det synes likevel tydelig i henhold til begge foreslåtte modeller at det ikke vil være tilstrekkelig finansiering til å etablere kommunale tilbud. Vi vil understreke betydningen av at nye oppgaver for kommunene må fullfinansieres uansett overføringsløsning, også i form av innsatsmidler ved oppstart av kommunale tilbud. Dette vil være en grunnleggende forutsetning for å sikre gjennomføring av samhandlingsreformen.

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 områder 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. 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, 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.

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.

Samhandlingsreformen vil gi kommunen økt behov for administrative ressurser og kompetanse, som ikke vil være mulig å finansiere innenfor gjeldende forslag. Dette gjelder bl.a. kompetanse i forhold til å vurdere hvorvidt det er hensiktsmessig å opprette kommunale tilbud som erstatning for sykehustilbud. Dette må hensyntas i forbindelse med spørsmål om finansiering.

3.9 Kommunalt medfinansieringsansvar for utskrivningsklare pasienter

Denne omleggingen vil medføre at kommunene får et finansielt ansvar for utskrivningsklare pasienter fra første dag. Staten vil finansiere utgiftene til utskrivningsklare pasienter enten gjennom rammeoverføring eller som øremerkede tilskudd. Avtalen som i dag gjelder innebærer at kommunen må betale døgnset for utskrivningsklare pasienter fra dag ti. Kommunen dekker dette i det nåværende avtalesystemet innenfor ordinære rammer. Kommunene vil måtte tilrettelegge et tjenestetilbud som er svært fleksibelt og overdimensjonert dersom utskrivningsklare pasienter skal tas imot fra dag én. Dette forutsetter optimal kontakt underveis, slik at primærhelsetjenesten har mulighet til å gjøre klart det tilbudet pasienten trenger ved utskrivning. Skal dette kunne gjennomføres må det være en minste varslings tid på 72 timer, ellers må kommunene til enhver tid ha ledige ressurser som kan settes inn umiddelbart. Dette vil medføre lite effektiv ressursutnyttelse.

Sandnes kommune støtter ikke dette forslaget, og vil få presisere at kravene til forskriftsbestemmelsene m.h.t. når en pasient er utskrivningsklar vil måtte være langt mer entydige om det skal ha vår tilslutning.. Det må samtidig komme bestemmelser om at kommunen på overordnet medisinsk nivå må kunne kreve å bli tatt med i vurderingene omkring utskrivningsklarhet for den enkelte pasient om vi skulle akseptere dette. Dette vil være en oppgave som kommunene må finne løsninger på innen den samme rammen som øyeblikkelig hjelp-innleggelser i omsorgstjenestene, og som må da fullfinansieres gjennom foreslåtte overføring fra spesialisthelsetjenesten for at forsvarlig tilbud til pasientene skal kunne gis.

Dette er et ledd i en stille, men systematisk oppgaveoverføring fra foretak til kommuner. Dersom kommunene skal etablere senger for mottak som hindrer innleggelse i sykehus eller senger for akutt utskrivning fra sykehus, så bør sengene fullt og helt sikres ved medfinansiering fra foretakene.

Det vil i en del saker ikke være realistisk å etablere et kommunalt tilbud fra dag én – det kan for eksempel være tale om pasienter som har helt andre behov for kommunale tjenester etter utskrivning enn før innleggelse i sykehus. Erfaring tilsier også at det i svært mange tilfeller ikke foreligger legeopplysninger fra sykehuset ved utskrivning. Disse utfordringene tilsier at en ordning hvor kommunene blir økonomisk ansvarlige fra dag én, vil medføre økt byråkratisering i den grad kommunene ikke makter dette, i form av at økonomiske midler da må tilbakeføres til sykehuset.

Innenfor psykiatri og rus ligger ikke forholdene til rette for at det kan innføres en betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter fra 2012.

3.10 Utfordringer innen kompetanse, rekruttering og IKT?

I forslaget til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester reises 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.

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 kommunale og statlige organer knyttet opp til kvalitetsavtalen/nasjonal rammeavtale må videreføres også med tanke på personell.

Sandnes kommune mener 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 vil trolig ha tariffmessige konsekvenser. Svært mye av det kompetansehevende arbeidet som skjer, skjer gjennom profesjonsutdanninger og videreutdanninger. Profesjonsetikk, yrkes stolthet, deltakelse i kollegialt arbeid og faglige diskusjoner, er svært viktige krefter for å holde kvaliteten oppe. Denne indre kontrollen blir ekstra viktig når kvaliteten av ens virke ikke er lett målbar slik at en ekstern kontroll er vanskelig å gjennomføre.

Kommunene 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.

Kommunene bør ha tilsvarende oppgaver som spesialisthelsetjenesten:

- Pasientbehandling
- Utdanning av helsepersonell
- Forskning
- Pasientopplæring

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.

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.

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.

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 riktig informasjon ved pasientbehandling (f.eks. kjernejournal og elektroniske meldinger).

Sandnes kommune mener derfor at nasjonale myndigheter må ta et langt større finansielt ansvar for utvikling, investering og drift av elektroniske kommunikasjonsløsninger, inkludert kommunikasjonsløsningene i EPJ-systemene. Dette gjelder både investering, etablerings- og omstillingskostnader 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. Sandnes kommune mener at den nasjonale IKT-infrastrukturen bør finansieres nasjonalt.

Forslag til

VEDTAK:

Utvalg for helse- og sosialtjenester gir sin tilslutning til det fremlagte forslag til høringsuttalelse.

RÅDMANNEN I SANDNES, 10.01.2011

Elin Selvikvåg
kommunaldirektør

Hans Petter Torvik
kommuneoverlege