

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 Oslo

Deres ref.:
200903950-/ATG

Vår ref.:
BB/545

Prosjekt / Sak:
Høringsuttalelse

Dato
2011-01-17

Høringsuttalelse fra SINTEF om forslag til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester

1 Innledning

Vi viser til høringsbrev datert 18. oktober 2010 med forslag til en felles kommunal helse- og omsorgslov som vil erstatte kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven, og gi endringer i andre lover, bl.a. i pasientrettighetsloven, helsepersonelloven og spesialisthelsetjenesteloven. Lovforslaget har som intensjon å harmonisere lovverket som virkemiddel i oppfølgingen av St.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen.

SINTEF stiller seg positiv til intensjonene i lovforslaget og om å harmonisere lovverket. Et mer helhetlig helsetilbud og samordning av helse- og omsorgstjenester innebærer en mulighet for effektivisering og bedre tilpasning av helse- og omsorgstjenester i forhold til tjenestemottakers behov. Det er bred enighet om de deler av helsepolitikken som søker å redusere sosial og geografisk ulikhet i tilgang til og bruk av helsetjenester. SINTEF støtter på generelt grunnlag den tydeliggjøring av kommunale plikter i forhold til forebyggende helsearbeid. SINTEF kommenterer ikke de forhold i lovforslaget som viderefører kommunale plikter fra eksisterende lovverk.

SINTEF mener generelt at høringsnotatet

- i for liten grad har utnyttet eksisterende forskning og kunnskap
- legger opp til endringer uten at det eksisterer nødvendig kunnskap om konsekvensene av forslagene

2 Målsetting med lovendring for å understøtte samhandlingsreformen

Forskning har dokumentert mangler i samhandlingen mellom og innen nivåene i helsetjenesten. SINTEF støtter tiltak som bedrer samhandlingen mellom kommunenes helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenesten og samhandlingen mellom aktørene innenfor kommunenes helse- og omsorgstjeneste, slik samhandlingsreformen legger opp til.

I høringsnotatet skisseres en ny framtidig kommunerolle og forholdet til spesialisthelsetjenesten. SINTEF har gjennom helsetjenesteforskning de siste 30 år fulgt utviklingen i spesialisthelsetjenesten og kommunale helse- og omsorgstjenester og har flere innspill til grunnlag for og konsekvenser av lovforslagene som fremmes på dette området.

Hovedmålene i samhandlingsreformen er skissert i høringsnotatet;

- 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

Hovedgrepene for å få til dette er en overføring av oppgaver fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten og en forsterket innsats på forebygging i kommunene.

3 Overføring av oppgaver fra spesialisthelsetjenesten til kommunene

3.1 Hvilke oppgaver skal overføres til kommunene?

SINTEF stiller spørsmål om de nye oppgavene kommunene skal overta er for lite spesifisert sett i lys av at det knyttes økonomiske incentiver til å redusere sykehusbruk og som grunnlag for endring i ressursfordeling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene.

Departementet erkjenner i høringsnotatet at det eksisterer en gråsoner mellom kommunenes helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenesten. Det rettes klare krav om at kommunene skal overta deler av pasientforløpene, men omfang og innhold i dette overlates i stor grad til helseforetak og kommuner. Det anslås at 20-30 prosent av døgnopphold og polikliniske konsultasjoner kan overtas av kommunene. Når det gjelder polikliniske konsultasjoner nevnes kroniske sykdommer som hjertesykdommer, diabetes, luftveislidelser (Kols/Astmå) og muskel-skjelettlidelser som pasientgrupper som i større grad kan tas hånd om i kommunene. Det vises også til erfaringer med reduksjon på 20-40 prosent i ø-hjelpsinnleggelse ved oppbygging av lokale ressurser.

Det foreslås at man gjennom lovpålagte avtaler mellom helseforetak og kommuner skal redusere problemene i gråsonen mellom nivåene i helsetjenesten. Avtalene skal danne rammeverket for en "felles forståelse av lovgivningens fordeling av helse- og omsorgsoppgaver mellom forvaltningsnivåene og en felles forståelse av hvilke oppgaver partene til enhver tid skal løse". I tillegg skal partene bli enige om finansiering og organisering av oppgaver som det skal samarbeides om.

SINTEF vil uttrykke bekymring for at fortolkningen av loven, og dermed arbeidsfordelingen mellom nivåene i helsetjenesten, i for stor grad overlates til helseforetakene og kommunene selv. Prosessen og gjennomføringen av endringene i hvert helseforetaksområde og med hver kommune vil være krevende og potensielt gi ulikheter innad i og mellom helseforetaksområder.

Det vises i svært liten grad til hvilke konkrete pasientgrupper eller hvilke deler av pasientforløp/behandling/oppfølging kommunene skal overta. Det skilles også i liten grad mellom oppgaver knyttet til diagnostisering og behandling som krever legeressurser og oppgaver knyttet til omsorg/tilsyn av pasienter med kjent tilstand som i større grad kan håndteres av andre kvalifiserte helsearbeidere. Noen eksempler er trukket fram, i første rekke hvilke pasientgrupper som i dag får et alternativ til sykehusinnleggelse ved distriktsmedisinske sentre ol. Slike alternative tilbud kan både hindre innleggelse og hindre unødig liggetid på sykehuset ved at pasienter kan skrives ut tidligere. "Flere pågående samhandlingstiltak viser at ulike former for lokalmedisinske sentra bidrar til å sikre observasjon, behandling og etterbehandling på beste effektive omsorgsnivå, forhindrer innleggelse i sykehus, og bidrar til større nærhet til og tilfredshet med

tjenestetilbudet. Samhandlingsmeldingen signaliserer derfor at det er aktuelt å vurdere og bygge opp kommunale tilbud før, istedenfor og etter sykehusopphold.

SINTEF mener det ennå er for liten systematisk forskningsbasert kunnskap om hva som skal til for å redusere bruk av sykehus som både er kostnadseffektivt og sikrer faglig forsvarlighet og lik tilgang til helsetjenester.

SINTEFs analyser av sammenhengen mellom kommunale ressurser innen helse- og omsorg og sykehusbruk viser liten sammenheng når det tas hensyn til behovsforskjeller i kommunene. I likhet med analyse utført av Terje P. Hagen finner vi noen interessante sammenhenger, men disse er relativt svake og det er etter SINTEFs vurdering behov for mer forskningsbasert kunnskap om dette.

En omfattende overføring av aktivitet til kommunene forutsetter at små kommuner inngår i et samarbeid med andre eller slår seg sammen for å kunne etablere tilgang til tilstrekkelig kompetanse og økonomisk robusthet. Som tidligere kommentert er mange av eksemplene på pasientgrupper og aktivitet som kan overføres hentet fra distriktsmedisinske sentre og tiltak i større kommuner. I høringsnotatet sier departementet at det vil bli *"behov for at det etableres omfattende interkommunalt samarbeid for å oppnå tilstrekkelig innbyggergrunnlag, tilstrekkelig kompetanse og nødvendig økonomisk styrke"* og nevner spesifikt kommuner med et innbyggertall under 5000. Det ligger altså en klar forventning til at småkommunene skal inngå samarbeid med andre kommuner, men det forligger ikke noe pålegg om dette. Departementet viser til ulike modeller de anser som hensiktsmessige, blant annet samkommunemodell og vertskommunemodell. Det gjenstår å se i hvilken grad kommunene etterfølger tilrådingene gitt av departementet. SINTEF's vurdering av forslagene i loven er basert på dagens kommunestruktur.

3.1.1 Lovpålagte samarbeidsavtaler

SINTEF er positiv til krav om samarbeidsavtaler mellom helseforetak og kommuner.

Det eksisterer allerede i dag slike avtaler i alle deler av landet og i noen områder har man høstet erfaringer med dette over svært mange år. Det er viktig at avtalene stiller krav til hva som er sykehusets og kommunens plikter ved blant annet utskriving fra spesialisthelsetjenesten og oppfølging etterpå.

Gjennom de siste ti årene er det satt fart i utviklingen av tilbud som øker tilgjengeligheten til helsetjenester for pasienter bosatt i distriktet. Dette skjer i form av desentraliserte spesialisthelsetjenester eller gjennom kompetanseoppbygging og tilføring av fagpersonell innen kommunale helse- og omsorgstjenester. Også i de større kommunene/byene hvor spesialisthelsetjenesten er nær, bygges det opp forsterkede tilbud i kommunene. Positive erfaringer fra disse tiltakene er grundig omtalt i Stortingsmelding 47 (2008-2009). Den nye loven skal understøtte denne utviklingen for å bidra til en hensiktsmessig arbeidsdeling mellom aktørene i helsetjenesten og bedre samhandlingen.

Ved overføring av større ansvar for pasientoppfølging mener SINTEF at det blir særlig viktig å identifisere forutsetningene for endringene ved å synliggjøre endrede krav til kapasitet og kompetanse (faglig og administrativt) i kommunene og endrede krav til spesialisthelsetjenestens tilgjengelighet for veiledning og samarbeid etter utskriving, som alternativ til innleggelse/henvisning. Konsekvensene hvis forutsetningene ikke er tilstede/oppfylt må også vurderes. Det er avgjørende at loven ikke gir utilsiktede konsekvenser som medfører ulikheter i tjenestetilbudet og svekker faglig forsvarlighet og kvalitet i tjenestene. Hvordan sterke økonomiske incentiver virker inn på etablerte samhandlingsrelasjoner opparbeidet over lengre tid må også tas i betraktning.

I høringsnotatet lanseres flere virkemidler som skal bidra til at kommunene skal bygge opp egen kapasitet istedenfor å bruke spesialisthelsetjenesten. Disse må ses i sammenheng.

SINTEF er positiv til at kommunene gjennom tilføring av økonomiske midler kan videreutvikle mulighetene for å nå målsettingene i samhandlingsreformen. SINTEF er tvilende til hvorvidt kunnskapsgrunnlaget for at de økonomiske virkemidlene i den nye loven vil gi de ønskede effekter hvor redusert bruk av sykehus motsvares med tilstrekkelig utbygging av fasiliteter og faglige ressurser i alle norske kommuner. SINTEF vil uttrykke bekymring for konsekvensene av en rask innføring av økonomiske incentiv og forventninger om faglig krevende tilbud i kommunene uten at de nye oppgavene er mer konkretisert og man i tråd med dette kan angi forutsetninger om krav til kapasitet mht faglige ressurser i kommunene.

3.1.2 Betaling fra dag 1 for utskrivingsklare pasienter

Lovforslagets paragraf 11-4 fastslår krav til kommunalt finansieringsansvar for utskrivingsklare pasienter. I forskrift om kommunal betaling for utskrivingsklare pasienter er begrepet utskrivingsklar beskrevet. I praksis må imidlertid også denne definisjonen operasjonaliseres nærmere. En kartlegging utført av SINTEF høsten 2008 viste at de fleste samarbeidsavtaler mellom helseforetak og kommuner inkluderer retningslinjer for utskriving. Innholdet i disse retningslinjene kan imidlertid variere. En innføring av betaling fra første dag forutsetter at det er omforente kriterier for når en pasient er utskrivingsklar. Det vil være uheldig om kriteriene er svært forskjellige i ulike deler av landet.

Studier utført av blant annet SINTEF og av Analysesenteret A/S viser at pasienter som er utskrivingsklare i stor grad har et redusert funksjonsnivå etter innleggelse og derfor ofte trenger tilrettelagt tilbud som krever en viss forberedelse og samhandling. Det er også vist at elektroniske kommunikasjonsløsninger er mangelfulle og forsinker kommunikasjon mellom nivåene i utskrivings situasjonen. SINTEF er bekymret for at betalingsplikt fra dag 1 vil påvirke både helseforetakenes beslutninger om at pasienten er utskrivingsklar og samarbeidet rundt utskrivingsprosessen. God samhandling som skaper trygghet for pasientene i en sårbar situasjon må alltid prioriteres. Vi har ikke kjennskap til studier basert på gode empiriske data som analyserer om det er forskjeller mellom helseforetakene på når pasientene defineres som utskrivingsklare. Det vi ser gjennom tilgjengelige data er at omfanget av registrerte pasienter er svært forskjellig. En rapport fra Analysesenteret A/S viser at det finnes klare indikasjoner på store forskjeller i registrering og måten dette fortolkes på, noe som sannsynligvis også er påvirket av sykehusets kapasitet.

SINTEF bifaller tiltak for å redusere omfanget av utskrivingsklare pasienter i sykehus, men mener kunnskap om effektene av å iverksette betalingsplikt fra første dag foreløpig er for usikre.

3.1.3 Kommunal medfinansiering

Et annet incentiv for å redusere bruken av spesialisthelsetjenester er innføring av kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenester gjennom forskrift (§ 11-3).

Flere forhold bidrar til at SINTEF er skeptisk til forslaget om kommunal medfinansiering for ulike modeller er grundig utredet for å kartlegge eventuelle utilsiktede effekter og hindre at kommuner opplever stor økonomisk risiko og uforutsigbarhet.

Terje P. Hagen argumenter ut fra sine analyser at 20 prosent medfinansiering ikke vil gi kommunene sterke nok incentiv til å bygge opp alternativer til sykehusinnleggelse. Potensielt uheldige konsekvenser for faglig forsvarlighet og likhet i tjenestetilbud på grunn av risiko for at kommuner ikke bygger opp den kapasitet og kompetanse som er nødvendig må ivaretas. Kostnadseffektiviteten totalt sett er heller ikke godt dokumentert og avhenger av i hvor stor grad hver enkelt kommune skal bygge ut egen kapasitet.

Analyser utført av SINTEF viser at kommuner med høyt sykehusforbruk også ofte har høyere utgifter til helse- og omsorgstjenester fordi behovene i befolkningen er større (flere eldre, høyere dødelighet, flere uføre mm). Det påpekes i innstillingen at *"modellen vil kunne gi ønskede prioriteringsvridninger, ved at kommunene ser kostnader forbundet med forebygging, behandling, rehabilitering og velferdstap i sammenheng"*. SINTEF bifaller at dette bør ses i sammenheng, men for kommunene vil samhandlingsreformen på kort sikt representere økte utgifter både til forebygging, til oppbygging av alternative tilbud i kommunen og til medfinansiering av sykehusbehandling. Effekten av forebyggende tiltak kommer på lengre sikt.

Vi vil også påpeke at DRG-systemet (tenkt som oppgjørsgrunnlag) er en relativ grov klassifisering av pasienter hvor heterogeniteten i ressurskrav innen den enkelte drg (diagnoserelatert gruppe) sannsynligvis er størst for de medisinske drg-ene, og spesielt for eldre pasienter innlagt som øyeblikkelig hjelp (ett av modellforslagene).

SINTEF bifaller ikke forslaget om å koble alderskriterier og økonomiske incentiver i forhold til innleggelser på sykehus, og spesielt ikke når pasientgruppen incentivene rettes mot er blant de grupper med størst behov for helsetjenester på begge nivå.

Dette er spesielt viktig med tanke på om kommunene raskt vil være i stand til og vil prioritere å bygge opp egne tilbud som er nødvendige.

For at kommunene skal kunne styre utviklingen i ønsket retning må de ha *"tilgang til relevant styringsinformasjon for å kunne vurdere alternative tilbud og drive virksomhetsstyring"*. Dette krever også at kommunene har ressurser i administrasjonen som er kompetente til å vurdere datagrunnlaget og styre utviklingen. En annen potensiell utfordring knyttet til dette er om de nødvendige data fra sykehusene blir regnet som konsesjonsbelagte pasientopplysninger. Dette vil spesielt gjelde små kommuner hvor antallet innleggelser er lite – selv om dataene er avidentifiserte er de ikke anonymiserte.

Avslutningsvis merker vi oss at en arbeidsgruppe nedsatt av HDD påpeker utfordringer knyttet til datamaterialet som skal danne grunnlaget for kommunal medfinansiering, spesielt med tanke på psykisk helse og rusbehandling. Arbeidsgruppen kommer ikke med noen anbefaling om valg av modell for kommunal medfinansiering.

3.1.4 Akutte døgntilbud i kommunene

Høringsinstansene bes komme med innspill om hvorvidt kommunene bør pålegges å etablere akutt døgntilbud for å hindre ø-hjelpsinnleggelser i sykehus.

SINTEF støtter at kommunene skal kunne ivareta pasienter med akutt behov for tilsyn og oppfølging når det ikke er behov for spesialisthelsetjenestens kompetanse. Dette forutsetter imidlertid at tilbudet er faglig og økonomisk forsvarlig. Kommunene vil per i dag ha svært ulike forutsetninger for å kunne etablere et slikt tilbud, både ut fra økonomi og dekning av nødvendig kompetent personell.

3.1.5 Forebygging

En større satsing på forebygging skal redusere forekomsten av sykdom og bedre livskvaliteten til mennesker med kroniske sykdommer. Kommunene har et klart ansvar for å drive forebyggende helsearbeid og forventningen til økt innsats på dette feltet tydeliggjøres gjennom lovforslaget. Det forventes blant annet at kommunene skal iverksette "systematiske tiltak for å identifisere personer som står i fare for å utvikle

psykisk eller somatisk sykdom/lidelse eller helseproblem, sosiale problemer eller rusmiddelproblemer, samt iverksette forebyggende tiltak og tidlig intervensjon i henhold til anerkjent faglig standard" (Lovforslag S3-3). Kommunen forplikter videre å "til enhver tid ha oversikt over helsetilstanden i befolkningen og de positive og negative faktorer som kan virke inn på denne" (S3-4). Fastlegene får en sentral rolle i dette og det foreslås forskriftsfestet at fastlegene skal være proaktive i forhold til å fange opp pasienter på sin liste som står i fare for å utvikle sykdom og få forverret sin sykdom. Dette kan ifølge høringsnotatet gjøres gjennom en innkalling av pasienter som ikke selv kontakter fastlegen. At fastlegen skal bruke mye tid på oppsøkende virksomhet av (potensielt friske) enkeltpersoner som ikke oppsøker lege på regulær basis synes krevende i kommuner med knappe legeressurser. Forventet treffsikkerhet i forhold til påvisning av sykdom eller risiko for sykdom, samt økonomiske konsekvenser for pasienter og det offentlige som følge av dette forslaget bør utredes nærmere.

SINTEF støtter på generell basis en sterkere satsing på det forebyggende arbeidet i kommunene og mener det er helt nødvendig med tanke på framtidige utfordringer knyttet til demografi og ressurser til helsetjenesten.

Hovedutfordringen er å få kommunene til å prioritere det forebyggende arbeidet innenfor et kortsiktig budsjettfokus i en situasjon med store behov for ressurser til eksisterende oppgaver både innen helse- og omsorg og andre sektorer. Pålegg om en langt sterkere satsing på forebygging vil derfor skape behov for en økning i kapasitet/ressurser i kommunene hvis det ikke skal skje vridninger i hvilke oppgaver som prioriteres (kurativ vs forebyggende virksomhet). Som i mange andre sammenhenger vil utfordringene være særlig store for små kommuner.

3.2 Nye krav til fastlegenes aktivitet

Det foreslås i innstillingen at det gjennom forskrift skal innføres nasjonale krav til det kvalitetsmessige og funksjonelle innholdet i fastlegetilbudet med tilhørende rapporteringskrav. Forskning i SINTEF har vist at det er behov for større samhandling mellom fastlegene, den øvrige helse- og omsorgstjenesten og kommunenes helseadministrasjon hvis målene i samhandlingsreformen skal kunne realiseres.

SINTEF støtter tiltak som underbygger en slik utvikling, og ønsker velkommen bedre rapporteringssystemer for aktiviteten innen legetjenesten i kommunene.

3.2.1 Samarbeid mellom fastlege og øvrige kommunale tjenester

SINTEFs undersøkelser (ifm fastlegeevalueringen) viser at samarbeid mellom fastlegen og øvrige kommunale tjenester er avhengig av størrelse på kommunen, med mest kommunikasjon og samarbeid i de minste kommunene. Derfor understrekes behovet for virkemidler som styrker samarbeidet særlig i større kommuner, for eksempel gjennom fastlegeordningens organ; allmennlegeutvalget ALU og lokalt samarbeidsutvalg LSU.

3.2.2 Individuell plan og fastlegens koordinatorrolle

SINTEF er enig i at kommunene bør ha hovedansvaret for utarbeidelse av individuelle planer (IP), og at en bestemt person skal ha ansvaret (pasientansvarlig koordinator). Samtidig understrekes behovet for å klargjøre grenseoppgangen mot fastlegens koordinatorrolle. SINTEF har beregnet at omtrent 14 prosent av voksne som mottar kommunale tjenester og tiltak fordi de har psykiske lidelser, har fått utarbeidet IP med tiltak under gjennomføring. Vi har beregnet at nær 0,5 prosent av barne- og ungdomsbefolkningen og over 0,4 prosent av voksenalderen vurderes å ha behov for langvarige og koordinerte helsetjenester fordi de har psykiske lidelser eller vansker. 96 prosent av de voksne og 90 prosent av barn/unge som har fått utarbeidet IP med tiltak under gjennomføring, har fått angitt koordinator. Videre finner vi at 45 prosent av de voksne og 36 prosent av barn/unge som vurderes å ha rett til IP, ikke har fått utarbeidet en plan med tiltak som er under

gjennomføring. En forklaring kan være usikkerhet rundt hvem som har ansvaret for å igangsette arbeidet og på hvilket tidspunkt i kontaktforløpet arbeidet med å utvikle IP skal iverksettes. En annen forklaring er at mange ikke ønsker å få utarbeidet IP i denne brukergruppen. Dette betyr at det er en utfordring å motivere personer til selv å ønske at det utarbeides IP. Årsakene til at personer med antatte langvarige og sammensatte behov ikke ønsker å ta i bruk dette verktøyet som er utarbeidet for å sikre et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud, må undersøkes grundig. Det er derfor ikke tilstrekkelig å sørge for at det finnes en pasientansvarlig koordinator, men det må også utvikles metoder for å motivere mennesker som har behov for IP, til å ønske en slik plan.

3.3 Pasientsikkerhet

SINTEF støtter at departementet legger opp til en presisering av pasientsikkerhetsbegrepet både ved helseforetakene og i kommunene, i samband med lovutkastet. Imidlertid framstår det faglige grunnlaget for oppfølging av pasientsikkerhet i lovutkastet som tradisjonelt med vekt på uønskede hendelser, og lite påvirket av nyere sikkerhetsforskning.

Vi nøyer oss i denne omgang å framheve et eksempel på en etablert metodikk omtalt som resilience engineering (RE), som fokuserer på å oppdage, legge til rette for og ikke minst utvikle systemers og organisasjoners utholdenhet, fleksibilitet og tåleevne ift overraskelser og variasjonsbredde i utførelsen av prosesser og tjenester. RE er et uttrykk for de egenskaper en ønsker å dyrke fram i et system eller en organisasjon. RE har fått gjennomslag innen atomenergi, luftfart og oljevirkosomhet, men også eksempler innen pasientsikkerhetsarbeid i Danmark. RE bygger på innsikt etter mange år med ulykkesgranskning, der det synes klart at ulykker og uheldige hendelser ikke skyldes enkeltfaktorer og/eller lineære forløp, men uheldige kombinasjoner av hendelser og omstendigheter. RE er per i dag ikke klar for å anvendes ved sykehus eller i kommunale helse- og omsorgstjenester, da metodikken ikke er svært forenlig med dagens utøvelse av internkontroll og kvalitetsarbeid.

3.4 Rapporteringssystem

SINTEF understreker behovet for et nasjonalt rapporteringssystem som forplikter fastlegene å rapportere på virksomheten. Dette for å sikre kvalitet i tjenesten. Undersøkelser av fastlegens tiltak overfor pasienter med psykiske lidelser (i fastlegeevalueringen) viste at fastlegens oppfølging og samarbeid om denne pasientgruppen i for stor grad varierer. Dette gjelder både barn/unge og voksne.

SINTEF mener det er avgjørende å videreutvikle nasjonale rapporteringssystemer over aktiviteten og ressurser i helse- og omsorgssektoren slik at effekten av nasjonale og lokale tiltak kan monitoreres og evalueres. I tillegg til legetjenester er det også behov for en videreutvikling av data om bruk av blant annet korttidsplasser i kommunen.

Denne typen informasjon vil bli viktig for kommunene selv for å monitorere egen utvikling og kunne dreie virksomheten i ønsket retning.

Avsluttende kommentar om overføring av oppgaver til kommunene og virkemidlene for å understøtte dette

SINTEF støtter hovedmålsettingene med samhandlingsreformen. Vi er først og fremst kritiske til bruk av sterke økonomiske insentiver for å redusere bruken av spesialisthelsetjenester basert på et svakt forskningsmessig kunnskapsgrunnlag om konsekvensene. At overføringen av oppgaver fra spesialisthelsetjenesten er såpass lite konkretisert og finansieringen uklår er også et argument i forhold til dette. Det savnes også en diskusjon om ulike pasient/brukergrupper. For mennesker med psykiske lidelser har for eksempel SINTEF beregnet at minst 70 prosent av voksne brukere av kommunale tjenester, også

mottar en eller annen form for behandling i spesialisthelsetjenesten. Det er derfor i stor grad behov for samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunale tjenester for mennesker med psykiske lidelser og problemer. Det er viktig at oppgavefordelingen er godt faglig fundert og ikke baseres på eksempler og gode ideer, først og fremst bør en ha nok kunnskap om dagens tjenester. For mennesker med psykiske lidelser er innholdet og kvaliteten i kommunale tjenester i liten grad undersøkt, men vi vet at det er udekkede behov for flere tjenester/tiltak. Tilsvarende vil vi etterlyse en bedre klargjøring av de framtidige kommunale pliktene knyttet til rehabilitering. Dette feltet er fortsatt preget av kunnskapsmangel, ulik organisering og svak rapportering. *Under iverksetting av de vesentlige endringer som det legges opp til, vil det være avgjørende å se framover i tid og igangsette en systematisk forskningsmessig evaluering av modeller for desentralisering av tjenester til kommunene og samhandling. Effektene av tiltakene må evalueres i forhold til målsettingene i samhandlingsreformen, både med hensyn til faglig kvalitet og kostnadseffektivitet. SINTEF frykter at en rask innføring av økonomiske insentiver kan influere negativt på god utvikling av samhandling mellom helseforetak og kommuner.*

4 Kommentarer til forskning, kapittel 18 i høringsbrev og § 6 i forslag til ny lov

SINTEF støtter departementets vurderinger av behov for forskningsbasert kunnskap om utviklingen av de kommunale helse- og omsorgstjenestene etter at ny lov er satt i verk.

Det er et generelt inntrykk av lovforslaget og høringsnotatet av forslagene og retningen i utvikling av tjenestene er riktige og gode på lengre sikt. Imidlertid kan det synes som om noe av dokumentasjonen som ligger bak forslagene, ikke er tilstrekkelig veldokumentert gjennom forskning, som påpekt ovenfor.

SINTEF mener det er riktig og viktig at forskningssamarbeid forankres i avtaler mellom kommuner og helseforetak. Kunnskap om virkningen av reformen bør evalueres fortløpende, dette bør planlegges slik at det så langt som mulig kan etableres kunnskap om status for sentrale variabler før og underveis i reformperioden. Kunnskap om reformens virkninger bør dokumenteres løpende for å forta eventuelle korreksjoner i tide.

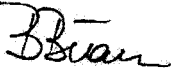
Et så omfattende reformforslag bør understøttes av uavhengig forskning. SINTEF støtter departementets vurdering av at denne forskningen bør legges til universitet og høyskoler, ikke minst for at undervisning av helse- og sosialpersonell skal være forskningsbasert. Vi støtter også at slik forskning, som for en stor del vil være tverrfaglig helsetjenesteforskning, også bør legges til selvstendige forskningsinstitutter. Noen av forskningsresultatene lovforslaget bygger på, er utført ved SINTEF. SINTEF vil kunne bygge videre på erfaring og kompetanse, bygget opp gjennom oppdrag i mange år fra departement, direktorat, helseforetak, KS og enkeltkommuner.

Et bredt samarbeid i forskningsprosjekter vil kunne gi verdifulle bidrag til utvikling av tjenestene og undervisning av personell både til spesialisthelsetjenesten og i kommunene. Et slikt samarbeid er etablert i Trondheim helseklynge, hvor NTNU, HIST, Helse Midt-Norge, St. Olav, Trondheim kommune og SINTEF deltar. Dette kan være en modell for hvordan samarbeid om forskningsoppgaver kan organiseres. Der hvor RHF, HF og kommuner deltar i forskningssamarbeid, bør de også bidra med finansiering.

Et avtalefestet samarbeid mellom RHF, HF og kommuner vil kunne utnytte lokal kunnskap og sikre kompetanseutvikling. Dersom et uavhengig forskningsinstitutt deltar i samarbeidet vil det bidra til uavhengighet og sikre legitimitet.

SINTEF støtter at det foreslås hjemmelsgrunnlag i Helseregisterloven til å opprette nasjonale registre innen helse- og omsorgstjenester. Det er en forutsetning for innhenting av et nødvendig felles datagrunnlag fra de framtidige kommunale helse- og omsorgstjenester.

Med vennlig hilsen
for SINTEF Teknologi og samfunn



Bjørn Buan
Medisinsk rådgiver