

St. meld. nr. 47 (2008-2009)

Samhandlingsreformen

Rett behandling – på rett sted – til rett tid

Så er den her: Stortingsmeldingen om samhandlingsreformen!

Hvorfor er det behov for en reform? Stortingsmeldingen sier om dette: "Det er mange forhold som er med å skape helse- og omsorgstjenestens samhandlingsproblemer. Vi bør naturligvis forstå alle faktorene som er med å skape problemene, men når vi skal finne fram til tiltakene er det særlig viktig å identifisere de mest grunnleggende årsakene. Regjeringen mener at hovedutfordringene er knyttet til:

- pasientenes behov for koordinerte tjenester besvares ikke godt nok
- tjenestene preges av for liten innsats for å begrense og forebygge sykdom
- demografisk utvikling og endring i sykdomsbildet gir utfordringer som vil kunne true samfunnets økonomiske bæreevne".

Red.: Når diagnosen så er satt, skisseres en del hovedtiltak for å lykkes med strategien. Regjeringen legger vekt på at pasientens behov for helhetlige tjenester skal være styrende for reformens innretning, bl.a. en lov-pålagt plikt til å sørge for at pasienter med behov for koordinerte tjenester får en person som kontaktpunkt i tjenestene. Derne st vies kommunenes nye fremtidige rolle stor oppmerksomhet. Her innfører regjeringen BEON-prinsippet (beste effektive omsorgsnivå) som et alternativ til LEON-prinsippet (laveste effektive omsorgsnivå), men lander allikevel på at kommunene i mange tilfeller vil være det beste effektive nivået.

Så slås det fast (*punkt 3.2.2* i Stortingsmeldingen) at tjenestene preges av for liten innsats for å begrense og forebygge sykdom:

"Strukturen i helsetjenesten er i for liten grad tilpasset kroniske sykdommer og også framveksten av de kroniske sykdommene. Helsetjenesten har sterkt fokus på behandling av sykdom og senkomplikasjoner, og lite på å fremme helse og forebygge helseproblemer. Som en konsekvens av dette skjer behandlingen i spesialisthelsetjenesten når de kroniske sykdommene har kommet langt, i stedet for at disse forebygges og begrenses gjennom primærforebygging og tidlig intervensjon.

Fokus på forebygging og tidlig intervensjon er et uttrykk for at myndigheter og tjenester må bygge på et helhetlig perspektiv for helse- og omsorgstjenestene. Søkelyset på denne innfallsvinkelen må derfor ikke stå i et motsetningsforhold til oppfølgingen av pasienter og brukere med etablerte kroniske sykdommer. Også for disse gruppene er det viktig at det samlede tjenestetilbudet blir sett i et helhetlig samhandlingsperspektiv. Videre må ikke fokuset på forebygging og tidlig intervensjon føre til at de ikke mottar tjenester fra spesialisthelsetjeneste og kommuner i samsvar med myndighetenes rettighets- og prioriteringsbestemmelser. System- og holdningstiltak må understøtte dette.

Flere forhold er årsak til dette. I stor grad er dette kommunale oppgaver og kommunene har dels ikke hatt forutsetninger for å etablere robuste faglige organisasjoner som kan stå for en sterkere innsats i sykdomsføreløpene tidlige faser. Når man kommer til de praktiske prioriteringssituasjonene viser det seg gjerne at forebygging og tidlig innsats blir tapere i kampen mot de mer spesialiserte og eksponerte tjenestene.

Både sett i forhold til den enkelte og i forhold til samfunnsøkonomi, vil det beste være at tiltak og ressurser settes inn så tidlig som mulig, slik at sykdom unngås, utsettes eller reduseres. En tilrettelegging av tjenestetilbudet kan i mange tilfeller medføre at sykdomsutviklingen hindres tidlig i forløpet og dermed gi både befolkningen en helsegevinst og en samfunnsøkonomisk gevinst ved redusert behov (i praksis vil det dreie seg om at veksten blir lavere) for mer kostbar sykehusbehandling senere i forløpet. En forventet økning av kronisk syke og en forestående økning i antall eldre, forsterker dette argumentet. Dette er også viktig for å redusere omfanget av personer som helt eller delvis mister kontakten med arbeidslivet på varig basis som følge av helsemessige problemer.

Lærings- og mestringstilbud er en av oppgavene som kan vurderes å inngå i et tjenestetilbud i kommunen. Konservativ behandling utenfor spesialisthelsetjenesten, har god effekt for flere pasientgrupper. Eksempler på dette er slitasje (artrose) i hoft- og kneledd, der man bør prøve fysioterapi med øvelser og styrketrening, før operasjon blir vurdert. Ofte kan operasjon utsettes eller unngås ved riktig trening. Disse pasientene er ofte i yrkesaktiv alder, og målet for rehabiliteringen er at de skal tilbake i arbeid. Tidlig avdekking av funksjonssvikt, umiddelbar igangsetting av rehabiliteringstiltak i kommunehelsetjenesten kan bedre funksjon og mestring, redusere eller utsette behov for sykmelding, pleie- og omsorgstjenester, institusjonsplass eller spesialisthelsetjenester."

Red.: Nedenfor skal hovedsakelig gjengis ting som vedrører dette med den nye kommunerollen. Derne st skal omtales noe av det stortingsmeldingen sier om samfunnsmedisin, kommunelegerollen og folkehelsearbeid, inkludert frivillige organisasjoner. Nummereringen som er benyttet, er den samme som i stortingsmeldingen.

3.3.3 Ny framtidig kommunerolle

Innledning

Mange helse- og omsorgsoppgaver vil til en hver tid ligge i grenselandet mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten og må løses ut fra lokale forhold hvor nødvendig faglig kompetanse er en av hovednøkklene. Oppgavene løses i dag ofte ulikt og i noen tilfeller ikke godt nok. Rammebetingelser og praksis som har utviklet seg gjør at kommuner, hel-

seforetak og også andre tjenesteytende virksomheter ikke driver med de riktige oppgavene i tilstrekkelig grad. Det vil bli vurdert om oppgaver som i dag ikke løses i tilstrekkelig grad, eller som i dag dels løses i helseforetakene, kan finne bedre pasientrelaterte og samfunnsmessige løsninger dersom oppgavene løses i kommunene. Eksempelvis ved at kommunene setter inn tiltak i forhold til forebygging og tidlig intervensjon av type 2-diabetespasienter slik at det på sikt blir færre som utvikler hjerte-/karsykdommer, senkomplikasjoner som synsproblemer, amputasjoner eller som vil trenge dialysebehandling på sykehus.

Regjeringen vil vurdere hvilke aktuelle oppgaver som kommunene kan gis ansvar for, slik at de i større grad enn i dag kan fylle ambisjonene om forebygging og innsats tidlig i sykdomsforløpene. En slik fornyet kommunerolle, i kombinasjon med et sterkere fokus på pasientforløp, vil også legge til rette for å hjelpe pasienter med kroniske sykdommer. Det er en ambisjon at kommunene skal sørge for en helhetlig tenkning, med forebygging, tidlig intervensjon, tidlig diagnostikk, behandling og oppfølging, slik at helhetlig pasientforløp i størst mulig grad kan ivretas innenfor beste effektive omsorgsnivå (BEON). En framtidig kommunerolle vil kreve en tydeligere politikkutforming med hensyn til innhold, fagutvikling/kvalitet, kompetanse, utdanning, forskning mv.

I samhandlingsreformen legges det til grunn at den forventede veksten i behov i en samlet helsetjeneste i størst mulig grad må finne sin løsning i kommunene. I denne stortingsmeldingen beskrives og drøftes oppgaver den framtidige kommunale helsetjenesten kan gis ansvar for. Det gis en beskrivelse og drøftelse av oppgaver som hhv. er å betrakte som en oppbygging av eksisterende oppgaver, utvikling av nye tjenestetilbud og flytting av oppgaver fra spesialisthelsetjenesten. Oppgavebeskrivelsen gis på et overordnet nivå i denne meldingen og dette er eksempler på oppgaver som regjeringen kan vurdere å legge til kommunene. Hvilke oppgaver, omfanget av disse og tidspunkt for iverksettelse, vil Regjeringen ta stilling etter at Stortinget har behandlet stortingsmeldingen. Regjeringen vil i sin vurdering legge vekt på i hvilken grad de aktuelle oppgavene kan løses mest effektivt på kommunalt nivå. Det er en forutsetning for at Regjeringen vil gå videre med forslagene at tiltakene viser seg kostnads-effektive.

Kommunene skal ikke pålegges nye oppgaver uten at de blir gitt de nødvendige ressursmessige forutsetninger for dette. Etter at meldingen er behandlet av Stortinget vil det legges fram et høringsnotat som tydeliggjør de framtidige kommunale oppgavene og ressursbehov. I den grad det skal skje en økt satsing på de kommunale oppgavene, må dette avklares i de årlige budsjettproposisjoner.

Det legges også opp til et forpliktende avtalesystem mellom kommuner/samarbeidende kommuner og helseforetak om blant annet oppgavefordeling og samarbeid. I tillegg vil en i det videre utredningsarbeidet vurdere nærmere hvordan myndighetene skal følge opp avtalesystemet.

Regjeringen vil legge til rette for at en større andel av forventet vekst i helse- og omsorgssektorens samlede budsjetter skal komme i form av frie inntekter til kommunene. Innenfor denne veksten vil Regjeringen styrke forebyggingsarbeidet. Det vil gjennom St.prp. nr. 1 (2009 – 2010) foreslås økte midler gjennom kommunens frie inntekter til forebyggende helsetjenester i kommunene i 2010. Videre forutsettes at det skjer en forflytning av ressurser mellom forvaltningsnivåene som samsvarer med en evt. oppgaveoverføring. Innføring av økonomiske insentiver i form av kommunal medfinansiering og fullfinansiering av utskrivningsklare pasienter vil også inspirere til å utvikle roller og løse oppgaver som samsvarer med de helsepolitiske målene. Videre vil det legges til rette for at veksten i legeresurser i hovedsak kommer i kommunene. Økt kapasitet skal imøtekomme økt behov og bidra til å sikre bedre tid til pasient og en styrking av allmennmedisinske offentlige oppgaver. Som et ledd i gjennomføringen av samhandlingsreformen, vil både dagens utdannings- og forskningssystem bli gjennomgått med sikte på at disse i større grad skal understøtte de kommunale oppgavene.

Begrunnelsen for en framtidig endret kommunerolle

Kommunene har sin organisatoriske, kompetansemessige og rollemessige styrke gjennom nærheten til sin befolkning og ved at den i tillegg til

helse- og omsorgsoppgavene også har ansvaret for mange andre oppgaver (skole, barnevern, sosiale tjenester, mv.) som påvirker hvor godt helse- og omsorgstjenesten lykkes i nå sine mål. Tre forhold er særlig sentrale i begrunnelsen for en sterkere kommunerolle på helse- og omsorgsområdet:

- Når det i samhandlingsreformen legges opp til langt sterkere fokus på forebygging, understøttelse av pasientens egenmestring, tidlig intervensjon og lavterskeltilbud, er dette oppgaver som i stor grad ligger under det kommunale ansvaret. Tiltakene er viktige i et pasientperspektiv fordi de bidrar til å unngå at sykdom inntreffer og utvikles. Videre er de viktige i forhold til bærekraftig utvikling fordi de kan redusere behovet for dyr innsats fra spesialisthelsetjenesten i sene faser av sykdomsutviklingen.
- Når pasientenes mestring av eget liv er den sentrale målsettingen på mange av helse- og omsorgssektorens områder (for eksempel rehabilitering, psykisk helse, rus og kroniske sykdommer) vil det ofte være samspillet mellom helsetjenestene og de ulike kommunale tjenestene som kan legge til rette for mestring. Det kreves en god kommunal helsetjeneste for å være bidragsyter og ofte er kommunene den sentrale koordinatoren i dette arbeidet.
- Kommunale helsetjenester er gjennomgående billigere enn spesialisthelsetjenestens tjenester. Dersom kommunen oppgraderer tilbudet av helsetjenester «før, i stedet for og etter sykehusopphold», vil de kommunale tjenestene i noen grad kunne erstatte de dyrere spesialisthelsetjenestene – vi får tilbud som både er bedre for pasient og sikrer en bærekraftig samfunnsutvikling.

Det er flere årsaker til at det hittil ikke er utviklet en sterkere kommunal rolle på helse- og omsorgsområdet. Hovedårsaken vurderes å være at kommunene ikke har hatt forutsetninger for å utvikle tilstrekkelig robuste faglige og organisatoriske miljøer og virksomheter, slik at de har slitt med å rekruttere og beholde fagpersonell. Bak dette ligger flere samvirkende årsaker. I en kommunestruktur med små kommuner har det erfaringsmessig vært problematisk å kunne tilby fagfolk stabile og gode utviklingsopplegg, med derav følgende rekrutteringsvanskeligheter. Videre har ikke finansieringssystemene bidratt til i tilstrekkelig grad å understøtte en riktig oppgavedeling. I tillegg har ikke kommunene inngått systematiske avtaleopplegg med universiteter og høyskoler, eller lagt til rette for kompensasjonsordninger for praksisplasser i primærhelsetjenesten, slik det er gjort i spesialisthelsetjenesten. Dette har ført til at det utdannede helsepersonellet i for stor grad har blitt ført til spesialisthelsetjenesten.

Det er et helt sentral mål med samhandlingsreformen å bidra til å endre denne situasjonen. De viktige tiltaksdelene er:

- Beskrive og drøfte hvilke oppgaver den framtidige kommunehelsetjenesten kan gis ansvar for, herunder vurdere hvordan bredden av fagprofesjoner bør inngå i den framtidige oppgaveløsningen.
- Lovregulert avtalesystem mellom kommuner/samarbeidende kommuner og tilknyttede helseforetak. Regjeringen vil i det videre utredningsarbeidet også vurdere hvordan myndighetene skal følge opp avtalesystemet.
- Styrke forebyggingsarbeidet. Det vil komme økte midler gjennom kommunens frie inntekter til forebyggende helsetjenester i kommunene i 2010.
- Bedre legetjenestene i kommunene ved å legge til rette for at en større andel av veksten i legetjenesten i hovedsak kommer i kommunene.

3.3.3.1 Aktuelle framtidige kommunale oppgaver

Aktuelle framtidige kommunale oppgaver som beskrives og drøftes nærmere i kapittel 6 kan deles inn i to hovedkategorier; kompetansekrevende funksjoner og administrasjons- og systemoppgaver.

Kompetansekrevende funksjoner er ofte av tverrfaglig art og krever i noen grad spesialisert kompetanse for å sikre gode og effektive tjenester. Dette kan eksempelvis være:

- Kommunale lærings- og mestringstjenester.
- Tidlig intervensjon ved for eksempel type 2-diabetes, kols, demens og rus.

- Behandling av pasienter før, i stedet for og etter sykehusinnleggelse;
- behandling av eksempelvis pasienter med funksjonssvikt, smertebehandling, lindrende behandling, forverring av kols, infeksjoner, ernæringsvikt, medikamentjusteringer, personer med psykiske lidelser og/eller rusproblemer i stedet for innleggelse i sykehus.
- observasjon for å avklare behovet for innleggelse i sykehus.
- etterbehandling og rehabilitering etter sykehusopphold før utskrivning til eget hjem.

Helse- og omsorgsdepartementet vil peke på at når spørsmålet om en kommunal rolle innenfor området lærings- og mestringstjenester reises, så bringes det ofte inn problemstillinger om dette kan føre til at pasienter eller brukere risikerer å miste ønsket og nødvendig kontakt med kompetanse i spesialisthelsetjenesten. Det er viktig at temaet, i nær dialog med pasient- og brukerorganisasjoner, undergis grundig vurdering. Dette gjelder både for spørsmålet om i hvilken grad lærings- og mestringstjenester skal legges under kommunalt ansvar, og for spørsmålet om hvordan man i disse tilfellene bør trekke inn kompetanse fra spesialisthelsetjenesten til de kommunale tjenesteytingen.

For å ivareta de kompetansekrevende kommunale oppgaver vil det også være nødvendig å se på kommunenes oppgaver knyttet til administrasjons- og systemarbeid. Helsesektorens kunnskap om helseutfordringer og virksomme tiltak må i større grad bringes inn i de ordinære plan- og beslutningsprosesser på overordnet styringsnivå i kommunene.

Eksempler på oppgaver knyttet til administrasjons- og systemarbeid er:

- helseovervåking
- folkehelsearbeid, med vekt på samfunnsmedisinske oppgaver
- arbeid med kommunale planer
- arbeid med samarbeidsavtaler, jf. forslag om lovforankret avtaleoppbygg mellom kommuner/samarbeidende kommuner og helseforetakene

Kommunesamarbeid

Regjeringen legger til grunn at kommunene selv vil måtte finne fram til egnede samarbeidsformer for å sikre at ressurser og kompetanse utnyttes på best mulig måte. Eksempelvis ved at samarbeidende kommuner har ansvaret for hver sine sykdomsgrupper og dekker hele befolkningen for de samarbeidende kommuner. Ved vurdering av de enkelte funksjoner vil det i praksis måtte gjøres lokale tilpasninger ut fra hensyn til geografi, befolknings sammensetning, infrastruktur, avstand til lokalsykehus mv.

Regjeringen forutsetter at kommunene inngår interkommunalt samarbeid der dette er nødvendig. Hvilke organisasjonsformer kommunene finner fram til for samarbeid er opp til dem selv. Dette kan være for eksempel i form av interkommunalt samarbeid § 27, interkommunalt selskap, aksjeselskap, vertskommunemodell eller etter en samkommunemodell.

I tillegg til den faglige verdien ved å inngå samarbeid, vil også interkommunalt samarbeid være av avgjørende betydning i forhold til å realisere gevinsten og redusere risikoen ved kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten, når denne forutsettes innført fra 2012.

3.3.3.2 Lovregulert avtalesystem mellom kommuner/samarbeidende kommuner og tilknyttede helseforetak

Skal opplegget med sterkere kommuneinnsats lykkes, slik at dette gir bedre effekter for pasient og samfunnsøkonomi, forutsetter dette et nært samarbeid mellom kommuner og tilknyttede helseforetak. Det er ikke mulig å utforme en endelig grensedragnings i ansvarsforholdet mellom nivåene i helsetjenesten. Den faglige utvikling vil fortsette også etter denne reformen. Det må etableres et lovpålagt avtalesystem som sikrer at spesialisthelsetjenesten oppfyller sine forpliktelser overfor kommunene – slik at en unngår dobbeltoppbygging og også sikrer at en står uten noe tilbud. Regjeringen foreslår å innføre et lovforankret avtalesystem mellom kommuner/samarbeidende kommuner og det respektive helseforetak. Dette vil være en videreføring av den frivillige samarbeidsavtalen som i dag er inngått mellom staten ved Helse- og omsorgsdepartementet og KS. Det legges vekt på at de inngåtte avtalene kan hindre at det oppstår uklarhet om ansvars- og oppgavemessige forhold. Samarbeidsavtalene skal blant annet vise planlagt fordeling av oppgavene mellom kommu-

ner/samarbeidende kommuner og helseforetak og generelt hvordan kommuner og helseforetak skal samarbeide om helse- og omsorgstjenestene. Avtalene må utformes slik at spesialisthelsetjenesten forplikter seg til å bistå kommunen med nødvendig kompetanse og kunnskapsoverføring slik at kommunen settes i stand til å utføre sine oppgaver på en forsvarlig måte.

Målet er at de gjennom avtalene skal ha fokus på forhold som påvirker kvaliteten på helse- og omsorgstjenestene. Det vil komme retningslinjer og veiledning fra departementet om praktiseringen av avtalesystemet.

Regjeringen vil i det videre utredningsarbeidet også vurdere hvordan myndighetene skal følge opp avtalesystemet. I utformingen av det konkrete opplegget for myndighetsoppfølgingen vil departementet vektlegge at oppfølgingen skal skje med respekt for at de lokale partene har forutsetninger for å finne fram til gode løsninger.

3.3.3.3 Styrke forebyggingsarbeidet

Forebygging er et viktig element i samhandlingsreformen. Med utgangspunkt i de framtidige helseutfordringene er det behov for å styrke de forebyggende helsetjenestene i kommunen. Målsetningen vil være å benytte og videreutvikle dokumenterte tiltak som reduserer, og til dels motvirker, risiko for funksjonstap med bortfall fra skole og yrkesliv, og som påvirker individets egenmestring og reduserer risikoen for sykdomsutvikling.

Det vil framover legges økt vekt på å veilede og informere kommunene om hvilke tiltak som kan forutsettes å være kostnadseffektive og som har samfunnsøkonomisk dokumentert effekt. Helsedirektoratet har iverksatt et program om kunnskapsbasert folkehelsearbeid og vil framover gjennomføre systematiske samfunnsøkonomiske vurderinger av forebyggingstiltak. Det vil vurderes å bygge opp et program for løpende evaluering av forebyggingstiltak i Norge med løpende vurdering av nytten ved tiltak.

Regjeringen vil framover legge til rette for at en større andel av forventet vekst i helse- og omsorgssektorens samlede budsjetter kommer i form av frie inntekter til kommunene. Innenfor denne veksten vil Regjeringen styrke forebyggingsarbeidet. Regjeringen vil i St.prp. nr. 1 (2009 – 2010) foreslå økte midler gjennom kommunens frie inntekter til forebyggende helsetjenester i kommunene i 2010.

Forebygging finner sted innenfor alle samfunnssektorer og må sees i sammenheng med kommunenes og statens generelle budsjett- og planleggingsarbeid. Det forutsettes at kommunene forankrer forebyggingsinnsatsen i kommunale planer. Det legges til grunn at kommunene selv vurderer hvordan dette skal skje, dvs. om kommunene vil inkludere forebygging i kommuneplanen eller om kommunene ønsker å utarbeide en eller flere delplaner om forebygging. Etter departementets vurdering er det nærliggende at kommunene fokuserer på følgende områder:

1. *Kommunene må organisatorisk ruste seg til å ivareta forebygging på systemnivå, herunder bygge opp systemer som gir oversikt over helsetilstanden og påvirkningsfaktorer for utviklingen av god og hhv. dårlig helse.* Bedre oversikt er grunnlag for prioritering og evaluering i helsetjenester, samt at kommunens helsetjeneste kan bidra i kommunale planprosesser.
2. *Spisse forebyggingsinnsatsen inn mot områder og med tiltak som gir dokumentert effekt og raskest mulig resultater i forhold til færre sykehusinnleggelse og mindre omfattende behandling.* Dette vil kreve et opplegg for bedre identifisering og oppfølging av personer med høy risiko for utvikling av sykdommer.
3. *Lærings- og mestringstilbud og egenbehandling.* Oppgavene kan omfatte kurstilbud og selvhjelpsgrupper for ulike brukergrupper eller fagpersonell, for eksempel mestringkurs, innføringskurs for likemenn/veiledere, livsstilskurs for type 2-diabetikere og kurs i helsepedagogikk. Ved å utvikle lærings- og mestringstilbud i kommunene kan disse ivareta en viktig koordinatortilfunksjon og også inngå samarbeid med frivillige organisasjoner.
4. *Helsestasjon og skolehelsetjenesten.* Helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal ha et helhetlig perspektiv på forebyggende arbeid som innebærer utstrakt tverrfaglig arbeid.

5. *Kompetanseoppbygging* innen forebyggende helsetjenester, for eksempel innen ernæring, samfunnsmedisin og strukturerte sammensatte forebyggings tiltak slik at tiltakene er kunnskapsbaserte.

3.3.3.4 Bedre legetjenestene i kommunene

Regjeringen vil framover legge til rette for at veksten i legetjenester i hovedsak skal komme kommunene til del. Gjennom dette vil det gis rom for økt innsats til prioriterte grupper på fastlegens liste i tillegg til en styrking av allmennmedisinske offentlige oppgaver.

Departementet vil i det videre arbeidet foreta vurderinger av det reelle kapasitetsbehovet for legeressurser både i kommunehelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten med utgangspunkt i de forslag som for øvrig fremmes gjennom samhandlingsreformen. I følge Helsedirektoratet vil Norge de nærmeste tre til fire årene ha en årlig netto tilgang på omlag 600 leger til helsetjenesten. Dette muliggjør en god rekruttering til nye stillinger/fastlegehjempler i kommunehelsetjenesten.

Fastlegene er en premissleverandør og ressurs både for kommuner og helseforetak, men er i dag verken styrings- eller systemmessig godt nok koblet på de ansvarsposisjoner som bæres av kommuner og foretak. For å sikre at legeressursene kanaliseres til prioriterte grupper og oppgaver, legges det opp til en sterkere styring av fastlegene fra kommunenes side. Dette må skje langs flere akser:

- Tydeligere kommunal styring av de allmennmedisinske offentlige oppgavene legen kan pålegges.
- Tydeligere kommunal styring på den kurative delen av arbeidet for å sikre at fastlegens praksis innrettes i tråd med helsepolitiske prioriteringer.
- Tettere oppfølging av om legens praksis på alle områder er i tråd med nasjonale krav og forventninger til god medisinsk praksis.

Utviklingen av et hensiktsmessig samspill mellom styrings- og avtaletiltak skal skje gjennom dialog med de berørte organisasjoner. I det videre arbeidet vil bl.a. forskrift og sentralt avtaleverk bli gjennomgått med sikte på endringer som innebærer:

- Innføring av funksjons- og kvalitetskrav til utøvelsen av fastlegevirksomhet.
- Innføring av bestemmelser som gir kommunene sterkere posisjoner i forbindelse med ledelse og prioritering av allmennlegeressursene og som skal bidra til å sikre fastlegenes samhandling med andre.
- Vurdering av bestemmelser om listelengde.
- En helhetlig gjennomgang av finansieringssystemet for fastlegevirksomhet, de allmennmedisinske offentlige oppgaver og av samfunnsmedisinske oppgaver. En slik gjennomgang vil omfatte dagens finansieringsordning, herunder takstsystem og insentiver for legene, forholdet mellom aktivitetsbasert finansiering og basistilskudd, og økt finansieringsansvar til kommunene.

Når fastleger skal bidra til at færre – dvs. de rette pasienter – henvises til sykehus, må fastlegens kompetanse også styrkes. Herunder er det behov for både å styrke fastlegens/legevaktlegens vurderingskompetanse og den kliniske kompetansen i fastlegepraksisen.

Red.: I et eget kapittel om kommunelegerollen og aktuelle fremtidige oppgaver omtales utviklingen i omsorgstjenesten, kommunale tilbud før, i stedet for og etter sykehusopphold, tverrfaglige, herunder ambulant team, lærings- og mestringstilbud og egenbehandling, psykisk helse og rus og lokal jordmortjeneste. Litt mer spesifikt samfunnsmedisinsk er punkt 6.9 Administrasjon/systemarbeid, punkt 6.11 Kommunesamarbeid samt punkt 6.12 Samarbeidsavtaler:

6.9 Administrasjon/ systemarbeid

For å ivareta både nye og eksisterende kompetansekrevene kommunale oppgaver er det nødvendig at kommunene har fokus på oppgaver, knyttet til administrasjons- og systemarbeid.

Ny plan- og bygningslov vil for kommunene være et viktig verktøy i dette arbeidet. Planlegging etter loven vil være hovedarenaen for politisk for-

ankring, prioritering og samordning i kommunene, og den vil omfatte både utviklingen i kommunen som helhet, i de ulike sektorer og i virksomhetsområder. Helsesektorens kunnskap om helseutfordringer og virksomme tiltak bør i større grad bringes inn i de ordinære plan- og beslutningsprosesser på overordnet styringsnivå i kommunene. Videre er det viktig å bygge opp nødvendig plan- og prosesskompetanse i helsesektoren og legge til rette for samhandlingsarenaer, for å sikre at helseforhold på en god måte bringes tidlig inn i plan- og beslutningsprosesser. Dette er nødvendig for å sikre at de kommunale helse- og omsorgsoppgavene blir godt nok forankret i kommunenes overordnede plan- og styringssystemer, samt for å sikre bedre styring av den utøvende helsetjenesten.

Tydelige og strukturerte ansvars- og styringssystemer er viktig for å sikre en helhetlig og systematisk oppfølging av den enkelte bruker. Regjeringen legger videre til grunn at en videreutvikling av oppgavene knyttet til systemarbeid vil kunne bidra til å styrke kommunen som en likeverdig samhandlingsaktør og en langsiktig planleggingsaktør.

6.9.1 Helseovervåking

Oversikt over befolkningsutvikling, helsetilstand og påvirkningsfaktorer på utvikling av god, henholdsvis dårlig helse, er grunnleggende for å kunne prioritere og målrette tiltakene effektivt. Bedre oversikt over helsetilstand kan blant annet omfatte barn og unge med psykiske problemer, behov for oppfølging av eldre for å unngå at deres funksjonsnivå faller raskt, behov for oppfølging av risikogrupper som er på vei til å utvikle type 2-diabetes, kols, hjerte-/ karlidelser, alkoholisme eller psykiske problemer, antall lårhalsbrudd, barneulykker, sosiale helseforskjeller med videre. Med personidentifiserbart Norsk pasientregister blir det mulig for kommunene å få bedre oversikter over type sykehusinnleggelses, innleggelsesgrunn mv. til personer som kommer fra kommunen, slik som antall lårhalsbrudd mv. Dette gir kommunene mulighet til å få ut sammenligningstall mellom kommuner, måle utvikling over tid, fastsette mål for utvikling av målrettede tiltak, og måle effekt av tiltak. Tilsvarende er det behov for bedre oversikt over faktorer som påvirker helsen. Vi har fått bedre kunnskap om bakenforliggende faktorer som påvirker våre livsløp i positiv og negativ retning. For å få et offensivt grep på det helsefremmende og forebyggende arbeidet bør kommunene bedre få kartlagt hvilke faktorer som påvirker en ønsket utvikling slik at disse kan styrkes, og hvilke faktorer som påvirker en uønsket utvikling slik at disse kan svekkes. Bedre oversikt er grunnlag for prioritering og evaluering i helsetjenester, samt at kommunens helse-tjeneste kan bidra med fakta i kommunale planprosesser mv.

6.9.2 Folkehelsearbeid, med vekt på samfunnsmedisinske oppgaver

Helseutfordringene legger føringer for innretningen av folkehelsearbeidet, og understreker behovet for en tverrsektoriell og nivåovergripende tilnærming. Erfaringer fra bruk av ny plan- og bygningslov som virkemiddel i folkehelsearbeidet er god. Kommuneplanens samfunnsdel er en viktig arena for å løfte fram helseutfordringene, og som grunnlag for prioriteringer og innretning av helsetjenester i kommunen.

Folkehelsearbeid er samfunnets samlede innsats for å påvirke det som fremmer og vedlikeholder befolkningens helse, og innsats for å beskytte mot eller redusere faktorer som medfører helserisiko. For å fremme folkehelse er hovedstrategien å påvirke forutsetningene for levekår og helse. Helsetilstanden i befolkningen, og fordelingen av denne, påvirkes av ulike forhold av sosial karakter, av miljøfaktorer, levevaner, økonomiske forhold og biologiske forutsetninger. Påvirkningsfaktorene befinner seg på i flere samfunnssektorer på alle forvaltningsnivåer, ikke minst i kommunene – der folk bor og lever sine liv. Regjeringen vil på denne bakgrunn understreke betydningen av et bredt og tverrsektorielt folkehelsearbeid. Fokuset må i stor grad rettes mot alle samfunnssektorer som har «eierskap» til faktorer som påvirker folkehelsen. I tillegg til samhandling og forebyggende innsats i helsetjenesten – som i hovedsak er rettet mot enkeltindivider og grupper, kreves innsats mot samfunnsforhold og befolkningsnivå. Samfunns- og arealplanlegging er derfor et viktig virkemiddel i folkehelsearbeidet. Slik samfunnsrettet innsats er nødvendig for å opprettholde helse, livskvalitet og funksjonsevne i befolkningen som helhet – og for en mer rettferdig fordeling av helse. Slik innsats er også nødvendig

nødvendig for å demme opp for uhelse og sykdomsutvikling – og for etter-spørselen etter helsetjenester.

Samfunnsmedisinsk kompetanse er viktig for å ivareta sentrale oppgaver innen smittevern, helseberedskap, miljørettet helsevern, lokal helseovervåking, planlegging og koordinering av helsetjenestene. Ved å bedre system og samarbeid innenfor det samfunnsmedisinske området, sikres bedre koordinerte og kvalitetssikrede tjenester som resulterer i at pasienten vil oppleve et helsevesen med større grad av sammenheng og forutsigbarhet.

Det er lovkrav om kommunale smittevernplaner og planer for sosial og helsemessig beredskap. Det er fortsatt en utfordring å få alle kommuner til å ha gode planer på plass. Videre må disse løpende være oppdatert. Samfunnsmedisinsk kompetanse er avgjørende også ved iverksetting av planer i en smittevernsituasjon, jf. pandemi, og ev. ved større hendelser med helsemessige konsekvenser.

Videre er det viktig at helsemessige forhold blir innarbeidet i andre kommunale planer, jf. bl.a. helsemessige konsekvenser av klimaendringer, ved større utbygginger mv.

Nærmere 60 pst. av kommunene har i dag en eller annen form for samarbeid innen miljørettet helsevern, smittevern eller annet samfunnsmedisinsk arbeid. I mindre kommuner som ofte har kommuneoverlege i små stillingsstørrelser og har problemer med å rekruttere leger med interesse og kompetanse på faget, bør samarbeid med andre kommuner vurderes. Samarbeid om strategiske valg og planarbeid både mellom kommuner og mellom kommunesamarbeid og helseforetak vil samlet sett kunne bidra til bedre pasientforløp.

Helsedirektoratets rapport IS-1633 «Miljørettet helsevern» viser at tjenesten fungerer godt når størrelsen på kommunene eller det interkommunale samarbeidet omfatter et befolkningsgrunnlag på minst 20 000. Rapporten viser også at aktørene ved interkommunale samarbeid opplever større tilfredshet med ressurs- og kompetansesituasjonen.

6.9.3 Arbeid med avtaler

For å sikre iverksettelse og oppfølging av avtaler og etablere langsiktige og forpliktende planer, vurderes det som nødvendig med sterk ledelsesforankring og en bevissthet om samhandlingskultur og praktisk tilrettelegging innad i den enkelte tjeneste. Dette fordrer ledelses- og styringskompetanse og klare ansvars- og oppgavefordelinger.

En sterk kommunal sektor som part i en medfinansiering av sykehusbehandling er også viktig i vurderingen av denne funksjonen. Det legges i meldingen opp til ulike økonomiske virkemidler for å understøtte god oppgavedeling og som gir grunnlag for god pasientbehandling og kostnads-effektive løsninger. Dette omtales nærmere i kapittel 9.

Regjeringen mener det er naturlig å se rammevilkår for avtaler i sammenheng med system- og administrasjonsoppgaver knyttet til folkehelsearbeidet, herunder samfunnsarbeidsoppgaver.

6.11 Kommunesamarbeid

6.11.1 Innledning

Det tas utgangspunkt i at kommunenes framtidige oppgaver skal reguleres ved å tydeliggjøre oppgavebeskrivelsen i kommunehelsetjenesteloven. Regjeringen tar sikte på å fremme et lovforslag etter at stortingsmeldingen om samhandlingsreformen er behandlet av Stortinget. Loven bygger på forutsetningen om at kommuner i nødvendig utstrekning inngår samarbeid om de aktuelle oppgavene. Det vil i det videre arbeidet utredes nærmere hvilket befolkningsgrunnlag som er nødvendig for at det skal være en helsemessig og samfunnsøkonomisk forbedring å legge oppgavene til kommunene. Regjeringen vil ikke som en del av samhandlingsreformen lovregulere hvordan dette samarbeidet skal skje, men det pekes i det følgende på ulike måter å innrette et interkommunalt samarbeid på. I tillegg til den faglige verdien ved å inngå samarbeid, vil også interkommunalt samarbeid være av avgjørende betydning i forhold til å realisere gevinsten og redusere risikoen ved kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten.

Kommunene kan samarbeide med andre kommuner innenfor alle typer av sin virksomhet. For oppgaver kommunene påtar seg frivillig (ofte forretningsdrift) er det stor organisasjonsfrihet. Kommunene opptrer her mer eller mindre på den privatrettslige arena. Det viktigste vil da ofte være å finne en organisasjonsform som har fokus på selve driften. Når kommunene skal samarbeide om lovpålagte oppgaver som innebærer utøvelse av offentlig myndighet, innebærer dette visse krav til organisatoriske løsninger.

6.11.2 Samarbeid om frivillige oppgaver

Når det gjelder interkommunalt samarbeid om ikke lovpålagte oppgaver, benyttes i følge kommunal- og regionaldepartementet, særlig følgende organisasjonsmodeller:

- interkommunalt samarbeid etter kommuneloven § 27
- interkommunalt selskap etter lov om interkommunale selskaper
- aksjeselskap etter aksjeloven

Interkommunalt samarbeid etter § 27 i kommuneloven

For å løse felles oppgaver kan kommunene opprette et felles styre etter kommuneloven § 27. Styret kan få delegert beslutningsmyndighet til å treffe avgjørelser som angår drift og organisering av de felles oppgavene. Det enkelte kommunestyre kan ikke instruere styret, men må styre gjennom representantene sine.

Interkommunalt samarbeid etter lov om interkommunale selskaper (IKS-loven)

Både kommuner og interkommunale selskaper kan være deltagere i interkommunale selskaper som er regulert etter denne loven. På samme måten som samarbeid etter § 27 i kommuneloven, kan ikke staten, private eller aksjeselskaper, være deltagere i slike selskaper. Selskapsavtalen er det rettslige grunnlaget for samarbeidet. Representantskapet er det øverste organet til selskapet og kommunestyret har instruksjonsrett overfor medlemmene sine i representantskapet. Representantskapet kan bestemme sammensetningen av styret (med unntak av eventuelle medlemmer fra de tilsatte), og instruere styret og omgjøre beslutningene deres.

Interkommunalt samarbeid etter aksjeloven – aksjeselskaper

Organisasjonsformen er i utgangspunktet myntet på private, men kommunene kan også ta i bruk modellen, eventuelt sammen med andre offentlige rettssubjekt og/eller private. Virksomhet som blir drevet i regi av aksjeselskapet er ikke kommunal virksomhet i forhold til § 2 i kommuneloven. Det innebærer at for eksempel at kommunelovens regler om låneopptak og garantier ikke gjelder aksjeselskaper, selv om de er eiet av kommuner.

6.11.3 Samarbeid om lovpålagte oppgaver og offentlig myndighetsutøvelse

Skal kommunene samarbeide om oppgaver som medfører utøvelse av myndighet, må disse organiseres etter en vertskommunemodell i kommuneloven (§§ 28 a-k). Det vurderes å åpne for muligheten til å samarbeide om lovpålagte oppgaver som krever myndighetsutøvelse gjennom en samkommunemodell, som var på høring i forbindelse med innføringen av ny vertskommunemodell.

Vertskommunemodeller etter §§ 28 a-k i kommuneloven

Samarbeid etter disse modellene innebærer at utførelsen av oppgavene og myndighetsutøvelsen organisatorisk legges til en vertskommune. Modellene inneholder forholdsvis detaljerte regler om organisering og delegering. Bakgrunnen for modellene er særlig å gjøre det mulig å bygge opp velfungerende fagmiljøer i områder av landet der den enkelte kommune har vansker med å etablere den type kompetanse som kreves for å utføre hele registeret av oppgaver som er pålagt. Den enkelte kommune skal fremdeles ha det formelle ansvaret for de lovpålagte oppgavene som legges inn i samarbeidet.

Det er lagt vekt på å sikre rettssikkerhet der myndighet blir overdratt til en annen kommune (vertskommune) gjennom å klargjøre systemet for forvaltningsklage og lovlighetskontroll.

Loven skiller mellom administrativt vertskommunesamarbeid og vertskommunesamarbeid med felles folkevalgt nemnd. Der det ikke er aktuelt å overføre beslutningsmyndighet av prinsipiell karakter, kan man opprette et administrativt vertskommunesamarbeid. Beslutningene treffes da av administrasjonen i vertskommunen. Dersom det skal overføres beslutningsmyndighet i prinsipielle saker, må det oppnevnes en felles folkevalgt nemnd for samarbeidet som skal treffe avgjørelser i disse sakene. Hver deltakerkommune skal være representert med minst to representanter i denne nemnden.

6.11.4 Vurdering av modellene

Dersom vedtaksmyndigheten skal overlates til et interkommunalt samarbeid, er det bare vertskommune- og samkommunemodell som er aktuelle. De andre modellene er i hovedsak aktuelle der det er en eller annen form for bestilling fra kommunene (og ev. vedtak gjøres i kommunene). Generelt må det påpekes at det er en viss fare for økt byråkrati gjennom interkommunalt samarbeid. Dette kan også reise demokratiske problem ved at innbyggerne i de ulike deltakerkommunene har ulike oppfatninger om de tjenester selskapet leverer – hvem skal de holde ansvarlige for at de eventuelt ikke får oppfylt sine ønskemål?

Særskilt om samkommunemodellen (enda ikke lovfestet)

I beskrivelsen av samkommunemodellen under, er det modellen i høringsnotatet om forslag til nye lovregler om interkommunalt samarbeid som ble sendt ut i juli 2005, som omtales.

En samkommune vil være et nytt interkommunalt forvaltningsorgan – en egen juridisk person – med et øverste styringsorgan som er valgt av og blant kommunestyrene i deltakerkommunene. Det opprettes en egen administrasjon med en egen administrasjonssjef for samkommunen. Det må reguleres i en avtale mellom deltakerkommunene hvilken avgjørelsesmyndighet samkommunen skal ha. Det er lagt til grunn at kommunene selv vil beholde det overordnede ansvaret for tjenesteytingen. Samkommunemodellen er utviklet med sikte på at samkommunen skal få overført en omfattende og tversektoriell oppgaveportefølje.

6.12 Samarbeidsavtaler mellom kommuner/samarbeidende kommuner og helseforetak

Skal opplegget med sterkere kommuneinnsats lykkes, slik at dette gir bedre effekter for pasient og samfunnsøkonomi, forutsetter dette et nært samarbeid mellom kommuner og tilknyttede helseforetak. Det er ikke mulig å utforme en endelig detaljert grensedragningsforholdet mellom nivåene i helsetjenesten. Den faglige utvikling vil fortsette også etter denne reformen.

For å sikre helhetlige og sammenhengende pasientforløp til beste for den enkelte bruker er det nødvendig med gode og systematiske samhandlingsverktøy og samhandlingsrutiner både mellom tjenestenivåene og innad i de ulike tjenestene. For å sikre et helhetlig og sammenhengende tjenestetilbud er forpliktende samarbeidsavtaler mellom partene et sentralt verktøy.

Mange kommuner rapporterer om manglende likeverdighet i samhandlingen med helseforetakene, både pga. størrelse, faglig robusthet og ulike faglige og organisatoriske kulturer. Det rapporteres om asymmetri med hensyn til definisjonsmakt og faglig gjennomslagskraft. Større kommunale enheter med en sterk faglig og organisatorisk tyngde, vil kunne bidra til å sikre større grad av gjensidighet og respekt i samhandlingen. Sterkere forpliktelser til utvikling av felles langsiktige planarbeid og etablering av gjensidig kulturforståelse, vil også kunne øke graden av likeverdighet mellom partene.

Regjeringen vil lovfeste et krav til at kommuner/samarbeidende kommuner og helseforetak skal inngå samarbeidsavtaler. Dette vil være en videreføring, og også gi klarere rammer, av det frivillige avtalesystemet som i dag praktiseres mellom staten og KS/Kommunesektoren. Helse- og omsorgsdepartementet legger vekt på at de inngåtte avtalene kan hindre at det oppstår uklarhet om ansvars- og oppgavemessige forhold. Dersom dette ikke gjøres er det stor risiko for at oppbyggingen av oppgaver på de to nivåene ikke blir godt nok tilpasset til hverandre. Samarbeidsavtalene

skal blant annet vise planlagt fordeling av oppgavene mellom kommuner/samarbeidende kommuner og helseforetak og generelt hvordan kommuner og helseforetak skal samarbeide om helse- og omsorgstjenestene. Målet er at de gjennom avtalene skal ha fokus på forhold som påvirker kvaliteten på helse- og omsorgstjenestene. Avtalene må utformes slik at spesialisthelsetjenesten forplikter seg til å bistå kommunen med nødvendig kompetanse og kunnskapsoverføring slik at kommunen settes i stand til å utføre sine oppgaver på en forsvarlig måte. Enkelte kommuner vil kunne ha avtaler med flere helseforetak, men det er helseforetaket som leverer hovedtyngden av tjenester som det lovpålagte avtalesystemet skal omfatte. Pasienters rett til fritt sykehusvalg står fast og dette er også forhold som må omtales i avtalen.

Det er kravet om et avtalebasert samarbeid som lovhjemles, men innretningen på dette samarbeidet forutsettes avklart mellom partene. Det vil komme retningslinjer og veiledning fra departementet om praktiseringen av avtalesystemet. Det vil bl.a. bli lagt opp til systemer for brukermedvirkning. Frivillige organisasjoner er en viktig inspirasjonskilde og ressurs for helse- og omsorgssektoren. Det vil bli nærmere vurdert hvordan disse kan trekkes inn i prosessene omkring avtalesystemet.

Regjeringen vil i det videre arbeidet også vurdere hvordan myndighetene skal kunne følge opp avtalesystemet. I utformingen av det konkrete opplegget for myndighetsoppfølgingen vil departementet vektlegge at oppfølgingen skal skje med respekt for at de lokale partene har forutsetninger for å finne fram til gode løsninger.

Red.: Regjeringen ønsker å etablere økonomiske insentiver og sier innledningsvis om dette i punkt 3.3.4:

3.3.4 Etablering av økonomiske insentiver

I arbeidet med samhandlingsreformen har regjeringen hatt mye oppmerksomhet på innretningen av finansieringssystemene og hvordan disse påvirker hvilke organisatoriske strukturer som utvikler seg for tjenestene og også hvordan disse påvirker selve tjenesteytingen. Vurderingen er at dagens finansieringssystem ikke inviterer til en utvikling av strukturer og innretning av tjenesteytingen som samsvarer med pasientenes behov for helhetlige tjenester, eller motiverer til å finne fram til kostnadseffektive løsninger.

Finansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten bidrar til å sementere og forsterke fokuset på diagnose og behandling framfor forebygging og mestring, og legger i for liten grad til rette for å stimulere til alternative løsninger både innad og mellom forvaltningsnivåene. Det er i dag et problem at tiltak med tilhørende kostnad settes inn av en aktør, mens det er andre aktører som får gevinsten (nyttien) av tiltaket. Eksempelvis vil økt vekt på forebyggende tiltak være en kostnad for kommunene, mens gevinsten dels kommer i spesialisthelsetjenesten i form av færre sykehusinnleggelses og for staten ved reduserte utgifter over trygden.

Det er vurderingen at svakheter ved finansieringssystemet og insentimentseffektene ved dette er en vesentlig årsak til at en over så mange år har slitt med å finne fram til strategier og tiltak som kan bedre samhandlingen.

Når det gjelder finansieringssystemer og økonomiske ordninger for helse- og omsorgstjenesten har to sammenhengende problemstillinger stått sentralt i arbeidet. For det første om det bør gjøres mer grunnleggende endringer i dagens finansieringssystem og hva som i så fall bør være den overordnede innretningen på denne endringen. For det andre hva som bør være den mer detaljerte innretningen på endringen. I stortingsmeldingen inviteres det primært til vurderinger av overordnede hensyn som bør påvirke om det bør gjøres større endringer i eksisterende finansieringssystem og hva som eventuelt bør være retningen på endringene. Blant annet for å gi et bedre grunnlag for å drøfte den overordnede problemstillingen går det også inn på ulike mulige innretninger av aktuelle hovedgrep.

Departementets utgangspunkt er at dagens finansieringssystem ikke på en tilstrekkelig god måte understøtter god arbeidsdeling mellom kommunenes helse- og omsorgsoppgaver og spesialisthelsetjenesten, tilrettelegger for at forvaltningsnivåene og de ulike tjenestestedene forankrer sine tiltak i helhetlige pasientforløp eller at det mer generelt inspireres til å finne de gode praktiske samarbeidsordningene. Den mest grunnleggende måten å ivareta disse hensynene på ville være å lage helt integrerte løsninger. Dette kunne gjøres gjennom organisatoriske tiltak, enten ved en grunnleggende forvaltningsreform der en går over til ett samlet forvaltningsnivå, eller ved at en lar alle midlene til helsetjenesten kanaliseres gjennom kommunene og at eierskapet til sykehusene ble lagt til samarbeidende kommunegrupper. Det vises til omtale av disse problemstillingene i kapittel 9, der det konkluderes med at slike tiltak både ligger utenfor rammen av aktuelle tiltak i samhandlingsreformen, og at de heller ikke anses som hensiktsmessige virkemidler. Et alternativt virkemiddel ville være at det ble etablert et system som kunne treffe helhetlige beslutninger om hvordan de ulike behovene skulle følges opp, og at beslutningene ville ha karakter som et rettighetsdokument i forhold til de ulike delene av tjenestene. Som det framgår i kapittel 9 er dette en løsning som tar opp i seg en rekke utfordringer mht. praktisk utforming og kostnadskontroll, og det legges ikke opp til at framtidige løsninger skal baseres på dette alternativet.

Samlet vurdert er det Regjeringens oppfatning at beste systemtiltak for å understøtte mer helhetlig oppgaveløsning, i tillegg til faglige og systemmessige tiltak som kan gi aktørene felles referanseramme for hva som er gode pasientforløp, er å foreta en sterkere integrering av finansieringssystemet. Dette ved at kommunene både gis et medansvar for finansieringen av spesialisthelsetjenesten og et ansvar for å dekke utgiftene for utskrivningsklare pasienter.

Regjeringen vil innføre tre hovedgrep på dette området:

- innføre kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten
- overføre det økonomiske ansvaret for utskrivningsklare pasienter ved sykehusene til kommunene
- økt grad av rammefinansiering av spesialisthelsetjenesten

Red.: Stortingsmeldingens kapittel 7 har tittelen "Styrke forebyggingsarbeidet". Punkt 7.6. omtaler nærmere:

7.6 Forebyggende helsearbeid skal styrkes

Forebygging er et viktig element i samhandlingsreformen. Med utgangspunkt i de framtidige helseutfordringene er det behov for å styrke de forebyggende helsetjenestene i kommunen. Målsetningen vil være å benytte og videreutvikle dokumenterte tiltak som reduserer, og til dels motvirker, risiko for funksjonstap med bortfall fra skole og yrkesliv, og som påvirker individets egenmestring og reduserer risikoen for sykdomsutvikling.

Regjeringen vil framover legge til rette for at en større andel av forventet vekst i helsesektorens samlede budsjetter kommer i form av frie inntekter til kommunene. Innenfor denne veksten vil Regjeringen styrke forebyggingsarbeidet. Regjeringen vil i St.prp. nr. 1 (2009 – 2010) foreslå økte midler gjennom kommunens frie inntekter til forebyggende helsetjenester i kommunene i 2010.

Forebygging finner sted innenfor alle samfunnssektorer og må sees i sammenheng med kommunenes og statens generelle budsjett- og planleggingsarbeid. Det forutsettes at kommunene forankrer forebyggingsinnsatsen i kommunale planer. Det legges til grunn at kommunene selv vurderer hvordan dette skal skje, dvs. om kommunene vil inkludere forebygging i kommuneplanen eller om kommunene ønsker å utarbeide en eller flere delplaner om forebygging. Etter departementets vurdering er det nærliggende at kommunene fokuserer på følgende områder:

7.6.1 Bedre oversikt over grunnleggende helseutfordringer lokalt

Kommunene bør organisatorisk ruste seg til å ivareta forebygging på systemnivå, herunder bygge opp systemer som gir oversikt over helsetilstan-

den og påvirkningsfaktorer for utviklingen av god og hhv. dårlig helse. Fylkeskommunene skal etter forslag til ny folkehelselov, jf. Ot.prp. nr. 73 (2008 – 2009), bl.a. ha som oppgave å understøtte kommunenes arbeid på dette feltet.

Oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer på utvikling av god, henholdsvis dårlig helse, er grunnleggende for å kunne prioritere og målrette tiltakene effektivt. Bedre oversikt over helsetilstand kan blant annet omfatte antall lårhalsbrudd, barneulykker, sosiale helseforskjeller, barn og unge med psykiske problemer, personer med funksjonstap, behov for oppfølging av eldre for å unngå at deres funksjonsnivå faller rask, behov for oppfølging av risikogrupper som er på vei til å utvikle type 2-diabetes 2, kols, hjerte-/ karlidelser, rusmiddelmissbruk eller psykiske problemer.

Tilsvarende er det behov for bedre oversikt over faktorer som påvirker helsen. Vi har fått bedre kunnskap om hva som påvirker våre livsløp i positiv og negativ retning. Bedre oversikt er grunnlag for prioritering og evaluering i helsetjenester, samt at kommunens helsetjeneste kan bidra med fakta i kommunal planlegging etter plan- og bygningsloven mv.

Dette gjelder for det første grunnleggende sosiale forhold som utfordringer mht. fattigdom, bostedsløshet, arbeidsledighet, frafall fra skole mv. For det andre kjente helsemessige risikofaktorer som miljø i skoler, seksuell helse, alkoholbruk, tobakksbruk, mulighet for fysisk aktivitet, støyforhold, risikoområder for ulykker, forurensningssituasjon med mer. Utvikling av kommunehelseprofiler er egnede hjelpemidler i dette arbeidet.

For å skaffe denne oversikten bør kommunen:

- kunne sammenstille og analysere objektiv statistikk
- ha et system for å sikre at de forskjellige helsetjenestetilbudene i kommunen deler sine erfaringer mht. hva som er helsemessige utfordringer i kommunen
- være i stand til å foreta eller innhente kartlegging av påvirkningsfaktorer i kommunen og innbyggernes vurdering av egen helse og helseutfordringer i kommunen

På bakgrunn av denne oversikten er det viktig at det foretas en analyse av situasjonen, og at hovedutfordringer defineres, for eksempel behov for oppfølging av eldre, behov for tilbud til bestemte risikogrupper, tiltak for forebygging av fallulykker mv.

7.6.2 Spisse forebyggingsinnsatsen inn mot områder og tiltak som gir dokumentert effekt

Dette vil kreve et opplegg for bedre identifisering og oppfølging av personer med høy risiko for utvikling av sykdommer.

Helsetjenesten kan ved å øke innsatsen på forebyggende intervensjoner bidra til bedret folkehelse, bl.a. ved å fange opp risikopersoner og sette inn forebyggende tiltak tidlig, samt forhindre forverring og senkomplikasjoner gjennom tiltak overfor pasienter som allerede har et definert helseproblem som for eksempel type 2-diabetes. Slik målrettet individrettet innsats er også viktig for å utjevne sosiale helseforskjeller.

Det vurderes om fastlegene bør ha et særlig ansvar for å identifisere risikopersoner, sørge for individrettet veiledning og oppfølging samt koordinere den medisinske oppfølgingen av pasientene. For eksempel gjelder dette oppfølging overfor pasienter med høy risiko for hjerte- og karsykdommer. Overvekt og type 2-diabetes, høyt blodtrykk og høyt kolesterol, samt bruk av tobakk og fysisk inaktivitet er sentrale risikofaktorer. I tillegg til levevaneområdene gjelder dette psykisk helse og rusmiddelmissbruk. Utfordringen er å tilby tilpassede lavterskeltilbud i nærmiljøet på områdene tobakk, ernæring og fysisk aktivitet, herunder adekvat kompetanse og hensiktsmessig organisering av tilbudet. Evaluering av utprøving av lavterskeltilbud i en del kommuner i fem fylker viser at legene – både fastlegen og kommunelege 1 – har en nøkkelrolle i utvikling og tilrettelegging av slike tilbud i tilknytning til kommunens forebyggende helsetjenester. I det videre utviklingsarbeid er det viktig å ha realistiske oppfatninger om hvilke effekter som kan oppnås gjennom individuelle opplegg fra fastlege eller annet helsepersonell, herunder at vurderingene også foretas i et samfunnsøkonomisk perspektiv. Disse vurderinger må skje i dialog med organisasjonene til fastlegene og øvrig helsepersonell.

7.6.3 Kommunale lærings- og mestringstilbud bl.a. med lavterskeltilbud
Oppgavene kan omfatte kurstilbud og selvhjelpsgrupper for ulike brukergrupper eller fagpersonell, for eksempel mestringkurs, innføringskurs for likemenn/veiledere, livsstilskurs for type 2-diabetikere og kurs i helsepedagogikk. Disse aktivitetene må henge sammen med øvrige tilbud i lokalmiljøet. Ved å utvikle lærings- og mestringstilbud i kommunene kan disse ivareta en viktig koordinatorkompetanse og også inngå samarbeid med frivillige organisasjoner.

Dette tilbudet eksisterer ikke som en lovpålagt oppgave for kommunene i dag, da lærings- og mestringssentra i dag er organisert som et tilbud i spesialisthelsetjenesten. Disse sentrene innehar en viktig tverrfaglig spesialkompetanse og kan med fordel også etableres på et lavere tjenestnivå for å målrette tilbudene til de grupper som trenger livsstilsveiledning og lavterskeltilbud. Et slikt forslag vil også innebære flytting av ressurser fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten. Kompetanse til å ivareta dette tilbudet må imidlertid bygges opp lokalt, gjerne ved videreutvikling av eksisterende tilbud som finnes i fysioterapi- og ergoterapitjenestene.

7.6.4 Helsestasjons- og skolehelsetjenesten

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal ha et helhetlig perspektiv på forebyggende arbeid som innebærer utstrakt tverrfaglig arbeid. Dette er av avgjørende betydning i arbeidet med å forebygge psykiske plager og håndtere sammensatte sosiale problemer. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten bør være et lavterskeltilbud for barn og unge som bidrar til forebygging og tidlig hjelp til barn og unge med psykiske problemer. Målet er å utvikle skolehelsetjenesten til et lavterskeltilbud som blant annet skal bidra til at barn og unge med problemer skal få hjelp på riktig nivå så tidlig som mulig.

Kapasiteten i skolehelsetjenesten er ikke tilstrekkelig utbygd i mange kommuner. Det gjelder særlig tilbudet i videregående skoler, jf. St.meld. nr. 20 (2006 – 2007), Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller. Skolehelsetjenesten er en sentral aktør i det forebyggende arbeidet fordi den gjennom skolen har en kontakflate mot alle barn som gir en helt spesiell mulighet til å fange opp de som trenger hjelp.

7.6.5 Tiltak for å bedre helsesektorens evne og kapasitet til å arbeide med tverrfaglig folkehelsearbeid

Folkehelsearbeid er samfunnets samlede innsats for å påvirke det som fremmer og vedlikeholder befolkningens helse. For å fremme god helse er hovedstrategien å påvirke forutsetningene for god helse. Helsetilstanden i befolkningen påvirkes av ulike forhold av sosial karakter, miljøfaktorer, levevaner, økonomiske forhold og biologiske forutsetninger. Påvirkningsfaktorene befinner seg på alle forvaltningsnivåer, ikke minst i kommunene, noe som understreker betydningen av et bredt og tverrsektorielt folkehelsearbeid. Ved en eventuell ikrafttredelse av ny folkehelselov, jf. Ot.prp. nr. 73 (2008 – 2009), skal fylkeskommunene understøtte kommunene i det brede og tverrsektorielle folkehelsearbeidet.

Det tverrsektorielle arbeidet retter oppmerksomheten mot de samfunnsmessige forhold som gjør at helseproblemer oppstår. Samhandlingsreformen skal legge til rette for å styrke kommunenes mulighet til å sette inn forebyggende tiltak og tidlig intervensjon (dvs. tiltak «mot venstre på tidsaksen») ved at tiltak kan rettes mot livs- og helseproblemenes grunnleggende årsaker og sammenhenger. Ved også å styrke helsetjenestens medansvar for tverrsektorielt arbeid rettet mot årsakene til at helseproblemer oppstår, vil vi som samfunn kunne nå våre mål om bedre folkehelse og mer rettferdig fordelt helse i befolkningen.

En viktig erfaring fra arbeidet med Samlet plan på 90-tallet var betydningen av god lokalpolitisk forankring av folkehelsearbeidet. På bakgrunn av denne erfaringen er det viktig å understreke betydningen av at folkehelsehensyn og -tiltak er forankret politisk i kommunale planer, jf. Helse i planprosjektet. For å sikre tverrsektoriell mobilisering er det innført en statlig ordning for å stimulere til partnerskap for folkehelse mellom offentlig sektor og frivillig sektor både på fylkesnivå og kommunenivå. Selv om så mange som 60 pst. av landets kommuner har en folkehelsekoordinator, er stillingsressursen ofte liten. En hensikt med å etablere modellen

med koordinatorene var å etablere aktører som skulle bidra i det tverrsektorielle og politisk forankrede folkehelsearbeidet, samt trekke inn og samarbeide med frivillige organisasjoner. Evaluering av partnerskapsmodellen viser at det på grunn av manglende kapasitet og kompetanse fortsatt er en stor utfordring å få til dette tverrsektorielle folkehelsearbeidet.

7.6.6 Kompetanseoppbygging innen forebyggende helsetjenester, f.eks innen ernæring, samfunnsmedisin og miljørettet helsevern

Det er et dokumentert behov for å styrke spisskompetansen i ernæring i primærhelsetjenesten. Dette gjelder særlig i forhold til underernæring blant eldre, og i forebygging og behandling av fedme og behandling av kroniske sykdommer som hjerte- karsykdom, type 2-diabetes og kreft.

Samfunnsmedisinsk kompetanse kreves for at kommunene skal ivareta sentrale oppgaver innen smittevern, helseberedskap, miljørettet helsevern, lokal helseovervåkning, planlegging og koordinering av helsetjenestene. Det er betydelige utfordringer knyttet til å sikre tilstrekkelig samfunnsmedisinsk kompetanse i kommunene. En evaluering av miljørettet helseverntjenesten i kommunen viser at kapasiteten er lav og at det er betydelige utfordringer med hensyn til kompetanse. 55 pst. av kommunene mener at de har for lite ressurser i forhold til oppgaver og utfordringer, og bare 57 pst. av kommunene mener at de har tilstrekkelig kompetanse. Interkommunale løsninger virker avbøtende på kompetanseutfordringen, samtidig som det bidrar til å avgrense saksfeltet. Når det gjelder oppfølging av sosiale miljøfaktorer, viser evalueringen at kommunene i liten grad har rekruttert kompetanse til å dekke denne type saker.

Red.: Kapittel 8 har overskriften ”**Bedre legetjenester i kommunene**”. Punkt 8.3 dreier seg om:

8.3 Framtidige prioriterte oppgaver

Regjeringen vil legge til rette for at veksten i legetjenester i hovedsak kommer i kommunene. Gjennom dette vil det gis rom for økt innsats til prioriterte grupper på fastlegens liste i tillegg til en styrking av allmenntilleggs oppgaver.

Regjeringen vil styrke det allmenntilleggs offentlige arbeidet som i dag bl.a. er knyttet til sykehjem, helsestasjon, skolehelsearbeid og fengselshelsetjeneste. Kommunene kan i dag pålegge inntil 7,5 timer til allmenntilleggs offentlige oppgaver for leger i full tids arbeid. I de mindre/små kommunene, hvor gjennomsnittlig listelengde er 700 – 800 innbyggere, vil fastlegene som regel ha 10 – 15 timer til slike oppgaver. I mange bykommuner, blant annet Oslo, har kommunene bevisst satset på å ansette sykehjemsleger i store deltidsstillinger eller i heltidsstilling, for å få kontinuitet og fagutvikling i denne tjenesten. Departementet vil bl.a. vurdere å øke timeantallet for den kommunale påleggshjermelen for allmenntilleggs offentlig legearbeid. Konkret hvor stor økning det er behov for vil vurderes i det videre utredningsarbeidet. Dette må bl. a sees i sammenheng med behovet for fastlegens tilgjengelighet i egen praksis til de innbyggere som står på fastlegens liste. I tillegg vil det vurderes om også følgende oppgaver skal inngå i det allmenntilleggs offentlige legearbeid:

- undervisning av studenter, turnusleger, spesialistkandidater, annet helsepersonell.
- veiledning av utdanningskandidater i allmenntilleggs
- tverrfaglig samarbeid
- praksiskonsulenter/samarbeidsleger
- legevakt som allmenntilleggs offentlig oppgave
- delta i rehabilitering i kommunal regi
- bidra i lærings- og mestringssentra i kommunal regi
- forebyggende helsetjenester i tillegg til helsestasjon og skolehelse-tjeneste

Kommunen vil i samarbeid med legene avgjøre hvilke oppgaver den enkelte lege skal ha innenfor den rammen som avtales til allmenntilleggs offentlige oppgaver.

8.3.1 Samfunnsmedisinsk arbeid – kommunelegerollen

I kommunehelsetjenesteloven § 3 – 5 er kommunelegens rolle som medisinsk faglig rådgiver lovfestet. Det vurderes å tydeliggjøre kommunelegerollen som en viktig premisseleverandør for kommunal planlegging, bl.a. for utvikling av gode styringsdata om sykdomsforekomst og udekket helsebehov i befolkningen, bringe kunnskapsforhold om helseforhold inn i budsjettarbeid, plan- og beslutningsprosesser og gi råd om hvilke alternative tiltak som kan bedre tilbudet til befolkningen, samt ha en sentral rolle i styringsdialogen med fastlegene.

8.6 Kommunal ledelse og styring av fastleger

Fastlegene er en premisseleverandør og ressurs både for kommuner og helseforetak, men er i dag verken styrings- eller systemmessig godt nok koblet på de ansvarsposisjoner som bæres av kommuner og foretak. Bedre integrering og klarere roller for fastlegene i den kommunale helse-tjenesten tilsier at de fortsatt skal være tilknyttet kommunen og ha et ansvarspunkt mot kommunal helseledelse. Kommunene må inneha et proaktivt lederskap overfor fastlegene, overfor den samlede kommunale helse- og omsorgstjeneste og disse tjenestenes samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Samtidig forutsetter et kommunalt lederskap at kommunene kommer i en posisjon hvor de har reell mulighet til å foreta nødvendige prioriteringer og ressursmessige disponeringer av allmennlegeressursene. Det forutsettes at forpliktende avtaler mellom kommuner og helseforetak også inneholder hvordan en sikrer gode pasientforløp innen kommunen, der dette faglig og økonomisk er best, mens sykehusinnleggelse forbeholdes de pasienter som etter sykdommens art trenger spesialistbehandling.

Fastlegene er et viktig redskap i forhold til å sikre økonomisk styring både i kommunene og i helseforetak.

For å sikre at den økte kapasiteten kanaliseres til prioriterte grupper og oppgaver, må det legges opp til en sterkere styring av fastlegene fra kommunenes side. Dette må skje langs flere akser:

- Tydeligere kommunal styring av de allmenmedisinske offentlige oppgavene legen kan pålegges.
- Tydeligere kommunal styring på den kurative delen av arbeidet for å sikre at fastlegens praksis innrettes i tråd med helsepolitiske prioriteringer.
- Tettere oppfølging av om legens praksis på alle områder er tråd med nasjonale krav og forventninger til god medisinsk praksis.

Det finnes ikke gode nasjonale data som stat og kommuner kan bruke som styringsdata. For at kommunene skal kunne lede og styre fastlegene målrettet, må det utvikles nasjonale funksjons- og kvalitetskrav til fastlegevirksomhet. Helsedirektoratet vil ha en sentral rolle i å utforme nasjonale krav til tjenesten.

8.6.1 Finansiering av fastlegeordningen

Som tidligere nevnt er om lag 93 pst. av fastlegene i dag selvstendig næringsdrivende, og de fleste arbeider i gruppepraksis der to eller flere leger arbeider sammen i kontorfellesskap, og deler kostnader til kontor, utstyr og hjelpepersonell. Det legges opp til at fastlegene fremdeles i hovedsak er selvstendig næringsdrivende. Ordningen med næringsdrivende som eier av egen praksis fungerer godt. Man bør likevel i større grad legge til rette for at allmennleger kan ha fast lønn med muligheter for å konvertere til næringsdrift der kommune og lege er enige om det. Dette kan for eksempel være aktuelt for begynnerstillinger og kan lette rekrutteringen til nye fastlegehjemer.

Finansieringen av fastlegeordningen er i dag tredelt; et basistilskudd som utbetales fra kommunen, refusjoner fra arbeids- og velferdsetaten og egenbetaling fra pasientene. Samlet kostnad for fastlegeordningen er om lag 6,4 mrd. kroner årlig, hvorav egenbetaling fra pasientene utgjør 2,2 mrd. kroner.

Utviklingen av et hensiktsmessig samspill mellom styrings- og avtaletiltak skal skje gjennom dialog med de berørte organisasjoner. I det videre

arbeidet vil bl.a. forskrift og sentralt avtaleverk bli gjennomgått med sikte på endringer som innebærer:

- Innføring av funksjons- og kvalitetskrav til utøvelsen av fastlegevirksomhet.
- Innføring av bestemmelser som gir kommunene sterkere posisjoner i forbindelse med ledelse og prioritering av allmennlegeressursene og som skal bidra til å sikre fastlegenes samhandling med andre.
- Vurdering av bestemmelser om listelengde.
- En helhetlig gjennomgang av finansieringssystemet for fastlegevirksomhet og de allmenmedisinske offentlige oppgaver. En slik gjennomgang vil omfatte dagens finansieringsordning, herunder takstsystem og insentiver for legene, forholdet mellom aktivitetsbasert finansiering og basistilskudd, og økt finansieringsansvar til kommunene.

Det vises til at Wisløff-utvalget, jf. NOU 2005: 3, Fra stykkevis til helt – en sammenhengende helsetjeneste, bl.a. foreslo en dreining av finansieringsordningen i retning av mer uttelling på basistilskuddet og respektivt mindre på takster og egenandel. Videre foreslo de også at fastlegeforskriften inkluderer klare funksjons- og kvalitetskrav, bl.a. for å sikre en bedre legetjeneste til personer med store og sammensatte behov.

Kapitel 15: Krav til ledelse og organisering

Samhandlingsreformen legger opp til at enkelte forhold skal tillegges økt vekt i helse- og omsorgstjenesten. Det gjelder at tjenestestedene skal ha større oppmerksomhet mot det helhetlige pasientforløpet som deres tjeneste inngår i, at innsatsen på forebygging og tidlig intervensjon skal økes, inklusiv understøttelse av befolkningens ansvar for egen helse, at dette vil gi kommunenivået en mer framtrædende rolle, at de økonomiske insitamentene bedre skal understøtte de helsepolitiske målene og at IKT på en mer grunnleggende måte skal bli brukt som hjelpemiddel. Reformen vil vanskelig lykkes dersom ikke lederkapene i alle deler av helse- og omsorgstjenesten tar opp i seg disse hensynene i sin lederpraksis. Det er viktig, men ikke nok, at insitamentene skal bli bedre samsvarende med målene for helse- og omsorgspolitikken. I tillegg skal nasjonale lederutviklingspolitikk endres og tilpasses samhandlingsreformen.

15.1 Konsekvenser for spesialisthelsetjenesten

For spesialisthelsetjenesten innebærer forslagene en «spissing» av oppgavene, ved å vektlegge ansvaret for de mer spesialiserte tjenestetilbudene. Dette vil være oppgaver som krever høy, spesialisert kompetanse, og oftest også krever avansert og kostbart utstyr.

Samtidig må spesialisthelsetjenesten utvikle større tilgjengelighet for veiledning for å understøtte kommunehelsetjenestens oppgaver. Dette krever tilrettelegging av samarbeidsformer som er langt tettere enn i dag, og som bl.a. krever at det tas i bruk moderne kommunikasjonsteknologi. Her må spesialisthelsetjenesten med andre ord organiseres og gjøres tilgjengelig ut fra andres behov.

Disse to oppgavefeltene kan tilsynelatende virke motstridende, og mange vil hevde at erfaringene har vist at spesialisthelsetjenesten har prioritert «spesialisering» framfor understøttelse av kommunehelsetjenesten og tilrettelegging for samhandling.

I et nasjonalt perspektiv er det imidlertid helt avgjørende at vi utvikler en spesialisthelsetjeneste som evner å håndtere begge disse utfordringsbildene, og som i tillegg evner å samordne egne tjenester for pasienter som har bruk for koordinerte tjenester fra flere spesialiteter. I årene framover vil det gjelde et økende antall av pasientene.

Samhandlingsreformen vil derfor gi store ledelsesmessige og organisatoriske utfordringer også for spesialisthelsetjenesten. Skal en lykkes må samhandlings- og koordineringsfunksjonen få en like tydelig ledelsesmessig og organisatorisk forankring som de spesialiserte funksjonene har i

dag, og samarbeidet med kommunehelsetjenesten må gis et tydelig ansvarspunkt både organisatorisk og på et faglig overordnet nivå.

15.2 Konsekvenser for kommunene

Et av de mest grunnleggende momenter i reformen er å gi kommunene en ny framtidig rolle.

Opgavene som vurderes spenner fra økt innsats i forebyggende og helsefremmende arbeid, til oppbygging av døgnplasser for å kunne behandle enklere medisinske tilstander, og dermed unngå innleggelse på sykehus. Deler av disse oppgavene vil kreve kompetanse som gjør det naturlig for de minste kommunen å samarbeide med andre for å løse oppgavene. Ulike modeller for slikt samarbeid er omtalt andre steder i stortingsmeldingen, og en vil derfor her i hovedsak fokusere på de ledelsesmessige og organisatoriske utfordringene som kommunene uansett vil stå overfor.

Utvikling av en ny kommunehelsetjeneste vil selvsagt sette store krav til kommunal organisering og ledelse, men gir da også mulighet for å utvikle kvalitetsmessige tjenester i lokalsamfunnet som vil tjene befolkningen på en rekke områder.

Vi vil her trekke fram tre viktige fokusområder i arbeidet med organisering og ledelse i kommunene. Flere av disse vil også være viktig i spesialisthelsetjenesten, men fordi kommunene står overfor store utviklingsoppgaver, ønsker vi å vektlegge behovene her.

Behovet for samfunnsmedisinsk kompetanse

En viktig utfordring for kommunene blir å skaffe oversikt over befolkningens behov, og hvilke tiltak som er dokumentert effektive og som kan møte dette behovet. Det handler altså om å skaffe kommunen beslutningsgrunnlag for utvikling av helsetjenesten. Slik samfunnsmedisinsk kompetanse kan kommunen ha selv, eller dele med andre. I den nye avtalestrukturen som det legges opp til mellom foretak og kommuner, er det forutsatt å avtalefeste et forpliktende samarbeid på en rekke områder. En viktig målsetting for kommunene må derfor være å kunne møte foretakene som likeverdige parter både i utforming og oppfølging av disse avtalene.

Behovet for tydelige ansvarspunkt både organisatorisk og overordnet faglig
Dette behovet tilsvarer det som er omtalt for spesialisthelsetjenesten. Skal en lykkes med samhandling både innad i, og mellom nivåene, er det vesentlig for både brukere og samarbeidspartnere at det ledelsesmessige ansvaret er tydelig plassert. Mange av de samarbeidsproblemene vi i dag får rapportert om fra begge nivå, er at oppgavene forventes løst av personell som ikke har tilstrekkelige fullmakter og ansvar. Ikke minst blir dette viktig å avklare der flere kommuner samarbeider om tjenesten.

Behovet for mer systematisk organisering av brukermedvirkning

En av hovedkonklusjonene i reformarbeidet er behovet for å understøtte brukernes evne til å mestre egen helse. Det kan bare gjøres gjennom aktiv deltakelse fra brukerne selv, både på systemnivå i arbeidet med å organisere tilbud, og på individnivå, gjennom måten den enkelte gis mulighet til individuell tilpassning av tilbudet. Erfaringene fra organisering av brukerutvalg i helseforetakene har gitt brukerne medinnflytelse på systemnivå som det er nødvendig å utvikle også i kommunene.

I tråd med de forslag som samhandlingsreformen ellers vurderer, er det overordnet viktig for både spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten at målet om en sammenhengende nasjonal helsetjeneste er synlig både i organisering og ledelse av tjenestene på alle nivå.

Vi har fortsatt på lager en del eksemplarer av heftet

INTERKOMMUNALT SAMARBEID OM HELSETJENESTER

utgitt i februar 2007, basert på artikkelserie i 'Helserådet' 2006.

Bestilles ved å sende melding til smi@helsebiblioteket.no.
Oppgi navn og adresse. Pris kr. 180,- fritt tilsendt.
Faktura ettersendes.

Kapittel 16: Frivillige organisasjoner

Frivillige organisasjoner representerer en betydelig ressurs i norsk samfunnsliv, også i forhold til samfunnsområder der det offentlige har påtatt seg ansvar og der ansvaret er reflektert gjennom tjenester som ytes til befolkningen. Regjeringen la i 2007 fram for Stortinget et samlet opplegg for en ny og helhetlig frivillighetspolitikk, jf. St.meld. nr. 39 (2007 – 2008), Frivillighet for alle. Meldingen ser på forholdet mellom frivillig sektor og gjennomgår herunder forhold av tværgående og overordnet karakter. Det understrekes at det er det enkelte departement som har ansvar for frivillighet på sitt område. Innenfor meldingens ramme behandles også temaer med stor relevans for arbeidet med samhandlingsreformen. I et eget kapittel om velferd og folkehelse blir særskilte utviklingstiltak presentert. Et eget kapittel behandler helseorganisasjoner mv. blant annet med vekt på frivillige organisasjoners arbeid innenfor omsorgssektoren og innenfor rusfeltet, kosthold og tobakksforebygging med mer. Også andre deler av meldingen har stor relevans for helse- og omsorgssektoren, blant annet idrettsarbeid og betydningen i forhold til forebygging.

Arbeidet med frivillighetspolitikk og forholdet til frivillige organisasjoner er et kontinuerlig element i Helse- og omsorgsdepartementets arbeid med utviklingen av helse- og omsorgspolitikken. Det er flere grunner gjør at departementet mener at det i arbeidet med samhandlingsreformen bør settes et særskilt fokus på frivillige organisasjoners rolle og hva som er aktuelle samarbeidsområder og samarbeidsmønstre mellom det offentlige og organisasjonene.

I samhandlingsreformen gis det stor oppmerksomhet til kommunenes rolle, både deres rolle i forebyggende arbeid og med tiltak som skal bidra til at pasienter og brukere mestrer sine livssituasjoner. Dette er områder der godt og kreativt samarbeid med frivillige organisasjoner kan bidra til bedre realisering av de helsepolitiske målene.

Endringer og dynamikk i samfunnslivet gjør at det oftere enn tidligere kan utvikles nye behovstyper eller grupper med behov overfor den offentlige helse- og omsorgstjenesten. Hvilke av disse behovene som bør dekkes må avklares gjennom de ordinære prosessene for prioriteringsavklaringer. De frivillige organisasjonene kan ha en viktig rolle i å bringe de «ikke-sette» behovene inn i disse prosessene. I en del tilfeller kan det også være naturlig å vurdere om de frivillige organisasjonene, ut fra deres fleksibilitet og nærhet til brukerne bør ivareta visse tjenesteytende oppgaver.

På mange av helse- og omsorgstjenestens områder går tjenestenes målsettinger ut over å gjøre menneskene friske i medisinsk forstand. Målet er ikke nådd før det er lagt til rette for at pasient mestrer bredden av utfordringer i sine livssituasjoner. Utviklingen av sosiale nettverk er en viktig faktor i dette. Frivillige organisasjoner vil her kunne ha andre forutsetninger til å bidra enn de offentlige virksomhetene. Frivillighet har en verdi i seg selv gjennom medmenneskelighet, engasjement og sosialt ansvar.

Et viktig område som de frivillige organisasjonene kan bidra til å videreutvikle, er likemannsarbeid.

Helse- og omsorgsdepartementet har som en forberedende prosess innledet dialog med de frivillige organisasjonene. Formålet er å drøfte hvordan prosesser bør organiseres for at det innenfor rammen av samhandlingsreformens tenkemåte kan utvikles bedre samarbeid mellom offentlige myndigheter, virksomheter og de frivillige organisasjonene.

Referansekode i 'Helserådet': OLE 2009 – 3

Stikkord: Samhandlingsreform. Helse- og omsorgsdepartementet. Stortingsmelding nr. 47 (2008-2009)

HELSE RÅDET

Nytt fra emnebibliotek for samfunnsmedisin og folkehelsearbeid
Helsebiblioteket, Nasjonalt Kunnskapssenter for helsetjenesten
Postboks 7004 St. Olavs plass, 0130 Oslo
Redaktør: Anders Smith
Telefon 92 89 56 16
Internett: <http://www.helsebiblioteket.no>
e-post: smi@helsebiblioteket.no

Welcome to the Conference

Ecology and Forests for Public Health

18.-20. September 2009 at Soria Moria Hotel in Oslo, Norway

The Aim of the Conference

is to focus on environmental, climatic and cultural changes that threaten the Public's Health today. This event will analyze the importance of ecology and forests for people on our planet. A wide range of aspects will therefore be addressed through key-note speakers, submitted abstracts, workshops and side events. Sub-themes like vocational rehabilitation in nature, recreation, health promotion, physical activity, well-being, out-door life (friluftsliv), farming for health etc. are also planned as part of the programme.



Expected Outcomes

The conference is a joint endeavour of researchers, policy makers and practitioners. Proposals for policies, practical solutions and further research will be developed.

Call for abstracts:

Late abstracts will be received until 15th of July.
Send abstracts to: David.Schnaiter@i-med.ac.at

Pre- and Post-Conference

Meetings and Excursions
Sigdal/Trillemarka, Buskerud 16.-18. September.
Finnskogen, Hedmark 21.-22. September.

Organized by

Nature-Culture-Health International (NaCu-Heal Int.) in cooperation with International Academy of Science – Health & Ecology, University of Oslo, Medical University of Innsbruck, Hedmark University College, Norwegian Public Health Association, IUFRO: "Task Force Forests and Human Health" and "Research Group Gender and Forestry", UNIESCO (UN Int. Ecological Safety Cooperative Organization), Norwegian Farmers and Smallholders Union, Norwegian Forestry Society, NaKuHel Sigdal, and The Norwegian Organization Women in Forestry.

Conference Addresses:

Post-Address: Ann Merete Furuberg, PhD, Furuberg, NO-2256 Grue Finnskog, Norway

Telephone: + 47 90 16 30 92

Conference homepage and registration: www.nacuheal.net

Conference e-mail: nacuheal@gmail.com

Welcome to Norway and Soria Moria: <http://uk.soriamoria.no>



UNIVERSITY OF OSLO

Preliminary Program:

The program may be subject to change.

KNS¹ = Key Note Speaker, CE² = Closed Event, WS³ = Workshop

Friday

- 08:00 Registration Opens by the Secretariat in Soria Moria
10:00 Opening Ceremony and Welcome Speeches
11:15 Prof. Walter Kofler KNS¹
 "The Importance of Nature Experiences for the
 Development of Humans To Eco-Socio-Cultural Beings"
11:55 Prof. Dag Hessen KNS
 "The Feel-good Value of Biodiversity"
12:45 Price award and Prof. Dr. Ian Lowe KNS
 "Towards a Sustainable Healthy Future"
13:40 Lunch
14:40 Parallel Session 1:
 * Rehabilitation and Nature
 * General Assembly, IAS-H&E, CE²
 * Annual Meeting, Women in Forestry, CE
15:50 Parallel Session 2:
 * Health Promotion and Environment 1
 * Epidemiology and Environment
16:50 Poster Presentation
17:30 Parallel Session 3:
 * Art, Education and Wellbeing
 * "A Workshop for Health Professionals: Background -
 The Meaning of Aesthetics." WS³
 * Ecology, Health and Wellbeing

Saturday

- 08:30 Dir. Roberto Bertolini KNS
 "Health Impacts Caused by Climate and Forest Changes"
09:10 Prof. Elisabeth Ardayfro Schandorf KNS
 "Managing Forest Resources for People's Health in an
 African Context"
10:00 Parallel Session 4:
 * Climate and Health
 * Forest Conservation and Health
11:10 Parallel Session 5:
 * Pollution, CO₂ and Health
 * Education, Nature and Health
12:10 Cultural Event
12:25 KNS
13:05 Lunch
14:05 Prof. Gunnar Tellnes KNS
 "How can Nature and Culture Promote Health?"
14:45 Parallel Session 6:
 * "Deforestation, Mineral Nutrient Depletion in the Soil and HIV Disease" WS
 * Future Challenges of Health and Ecology
16:25 Parallel Session 7:
 * Health Promotion and Environment 2
17:10 General Assembly NaCuHeal International
17:30 Parallel Session 8:
 * "Nature-Culture-Health Sciences" WS
 * "Climate, Forest, Women and Health" WS
18:30 Deputy Dir. Kjell Nilsson KNS
20:00 Conference banquet

Sunday

- 09:00 Walking Seminar
 in the forest close to Soria Moria and Frognersteteren
 with Prof. Per Fugelli KNS
 "Nature and Health – a love story"
10:15-16:00 Two alternatives: Either continue the Walking Seminar or
 leave for excursion to the NaCuHeal center in Asker ("Semiaden")