

HURRA FOR 16. MAI!

16. MAI - 150 ÅRS DAGEN FOR SUNDHEDSLOVEN!

Sundhedsloven av 1860 – alle gode lovers mor?

Av Anders Smith

I slutten av april markerte vi i Drammen 150 års jubiléet for Sundhedsloven av 16. mai 1860, en lov som regulerte smittevernet og annet forebyggende arbeid i norske kommuner helt frem til 1995.

Og hvorfor ble dette markert i Drammen? Det henger sammen med koleraen som var den direkte foranledningen til at man på 1850-tallet startet lovarbeidet med henblikk på en lov om permanente sundhedskommisjoner i Norge, et tiltak som i 1905 ble kalt helseråd. Og koleraen kom til Drammen som den første byen, bragt dit av en los som hadde ført skipet "Hebe" den to mil lange veien fra Drammen til Svelvik natten mellom 15. og 16. september i 1832. Om bord hadde losen spist en lapskaus, ved ankomsten til Svelvik fikk han en dram, gikk derpå til sengs, men fikk snart sterke magesmerter, brekninger og diaré. Etter 24 timer døde han. Etter hvert døde 80 mennesker av kolera i Drammensområdet.

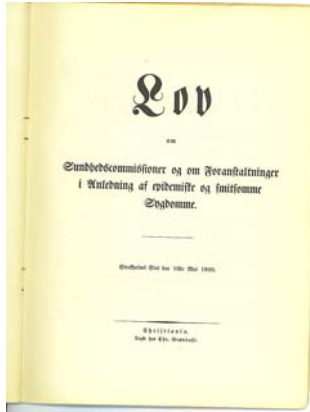
Problemet kolera oppstod i Europa i 1817 og kom som bølger med noen års mellomrom. Det var under den andre bølgen at Norge ble rammet første gang. Senere kom det bølger som også rammet Norge på slutten av 1840-tallet og så igjen i 1853 og 1863.

På denne tiden visste man ikke hva kolera skyldtes. Det ble oppdaget først mange år senere, i 1883, da Robert Koch identifiserte en mikroorganisme, *vibrio cholerae*, som sykdomsårsak. Helt siden antikken hadde den rådende teorien for smittespredning vært miasme-teorien, d.v.s. at sykdom ble overført via jorddunster. All erfaring vedlikeholdt denne læren fordi det var lett å observere at der hvor folk bodde trangt, hadde det skittent og kanskje led av oppkast og diaré, der luktet det vondt, der var det miasmer. Vasking og lufting hjalp, det kunne man også observere. At det kunne foreligge et spesifikt smittestoff, et contagion, som kunne overføres ved direkte eller indirekte berøring, var bare én av flere teorier.

Uansett hva man visste eller mente om de smittsomme sykdommene, hadde man siden middelalderen tatt i bruk karantene som tiltak mot videre spredning, men det var ofte ansett som et hinder for ferdsel og varetransport og med tvilsom medisinsk effekt. Allerede før koleraen kom til Norge, hadde man karantenebestemmelser og karanteneestasjoner. For Drammens vedkommende lå karanteneestasjonen på Saltskjær like utenfor Svelvik. Men da koleraen kom, ble karantenebestemmelsene opphevet, dels lempe på. Det kunne se ut som et paradoks, og beslutningen var gjenstand for stor diskusjon i det medisinske miljøet: striden stod mellom miasme-teori-tilhengerne og berøringsteori-tilhengerne. For myndighetene var det viktig at slike restriksjoner som karantene representerte, ikke skulle stanse utviklingen i det "nye" Norge hvor skipsfart, frihandel og industrialisering var ansett som det aller viktigste. Men myndighetene ønsket også en egen lovgivning på dette området. Ikke minst hadde man merket seg tanker og utviklingstrender i Tyskland og England. Selv om grunnlaget var uklart, skjønte man at frisk luft, tilførsel av rent drikkevann og utbygging av effektive kloakksystemer var viktig sykdomsforbygging. I England snakket man om "the sanitary revolution". Det er interessant å merke seg at forbindelsen mellom sykdom og sosial status også var et tema på denne tiden ettersom det var åpenbart at det ofte var mer sykdom blant vanskeligstilte.

I 1850 fikk Indredepartementets rådgivende medisinalkomité i oppdrag å utarbeide utkast til en ny lov om smittsomme sykdommer. I 1853 forelå komitéens forslag. Men nye initiativ kom til, og i 1858 ble det nedsatt en ny lovkommissjon som skulle "tage under Overveielse og afgive Betænkning angaaende Spørgsmaalet om Istandbringelsen av Lovbestemmelser om Sundhedspolitiet og de under samme Omraade henhørende Forhold, ...". Ordet "Sundhedspoliti" peker mer hen på ordet sunnhetspolitikk enn på politimyndighet selv om enkelte helsevedtak opp igjennom årene har måttet gjennomføres med politiets bistand. Så gikk det slag i slag utover 1859 inntil innstillingen forelå i januar 1860. Den endelige sanksjon fant så sted på Stockholm slott den 16. mai 1860. Kanskje p.g.a. datoen, men også av andre grunner, er Sundhedsloven omtalt som norsk helsevesens grunnlov.

Det offentlige helsearbeidet i Norge var kommet inn i en ny tid! Vi hadde fått en lov som skulle regulere det offentlige helsearbeidet over hele landet, spesielt ved smittsomme sykdommer og andre akutte eller truende situasjoner.



Hva stod det så i Sundhedsloven? En av de viktigste tingene og som gjenfinnes i nyere norsk helselovgivning også, er kravet om at kommunene skulle "have sin Opmærksomhed henvendt paa Stedets Sundhedsforhold, og hva derpaa kan have Indflydelse ..". Dette er grunnlaget for at man i kommunene skulle arbeide med helsestatistikk: kommunediagnostikk eller helseprofiler kaller vi det gjerne i dag. Og så nevnes hva man skulle "have sin Opmærksomhed" henvendt på. Her nevnes en lang rekke ting, ting som til vår forbløffelse minner om mange av dagens problemer også, f. eks. betydningen av rent drikkevann, tilfredsstillende avløp og renovasjon, mattrygghet, trangboddhet og inneklime. Litt rørende er formuleringen om industriforurensning: "at paase ... at ingen Næringsvei drives med større Fare for den almindelige Sundhedstilstand, end der nødvendig flyder af Bedriftens eget Væsen".

Sundhedsloven innebar en innrømmelse til legestanden: nå var det ikke lenger politiet som skulle lede sunnhetsarbeidet i kommunene. Embetslegen (distriktslegen) ble satt til å være commissionens ordfører (med dobbeltstemme om nødvendig!). Inntil nå hadde ikke legene hatt spesielt høy status i samfunnet; det var det de militære, prestene og juristene som hadde hatt. Og ikke alle likte at denne nye embetsstandens normer og standarder skulle tres nedover hodene på folk. Legene, på sin side, snakket om "den gjenstridige almuen".

De tingene som sundhedscommissionene var særlig opptatt av de første årene, var boliger og bolighygiene, og det var svært nødvendig, særlig i Christiania som i løpet av 50 år femdoblet sitt folketall. Det ble det mye trangboddhet av! Nært beslektet med dette kom arbeidet med personlig hygiene, vasking, sterilisering og isolering av smitte. Tidlig på 1900-tallet oppstod "badesaken", d.v.s. tiltakene for å få folk til å vaske seg regelmessig. I den forbindelse ble det anlagt en lang rekke folkebad rundt omkring i landet.

Legene innså snart at de trengte ingeniørhjelp, særlig i de større byene, og det ble opprettet stillinger som "stadsingeniører". I dag er dette kommunenes tekniske etater.

Det var mange som tvilte på effekten av de nye sunnhetskommissionene. Det fikk greie seg med leger som tok seg av de som var syke. Her delte nok våre forfedre i sunnhetskommissionene erfaringer med mange av dagens ansatte i norsk kommunehelsetjeneste: effekten av helsefremmende og forebyggende arbeid er vanskelig å oppdage fordi resultatet nettopp er at intet galt skjer, d.v.s. at sykdom, skade eller lyte ikke har inntruffet. Mange var den gang, som nå, tilbøyelige til ikke å se på dette som resultat av noe som helst, og aller minst et resultat av noen byråkraters systematiske arbeid!

Sundhedsloven kan trygt sies å ha vært mor for flere andre viktige lover i tiden etter 1860. Vi kan se det når det har vært endringer i Sundhedsloven: da har nye lover dukket opp eller fått større gjennomslagskraft. Noen ganger kan disse sammenhengene være vanskeligere å påvise. Kommunehelsetjenesteloven og smittevernloven er ektefødt barn av sundhedsloven. I stor grad gjelder det også for forurensningsloven, matloven, arbeidsmiljøloven og plan- og bygningsloven. Den første bygningsloven kom i 1845 og gjaldt for alle byer i landet. Først i 1985 fikk vi plan- og bygningsloven. Om det ikke er et mor-barn forhold mellom bygningsloven og sundhedsloven, har det på mange måter vært et slags søsken-forhold. Helsemyndighetene erkjenner at svært mye av premissene for god helse i en befolkning er avhengig av godt planarbeid i kommuner og fylkeskommuner. I de senere årene har det skjedd en betydelig tilnærming mellom helseetater og tekniske etater i norske kommuner, ikke minst som ledd i prosjektet kalt "Helse i plan" som ledes av Helsedirektoratet.

Sundhedslovens periode er for lengst slutt. Den kom til i en brytningstid, den ble et ledd i nasjonsbyggingen, og den gav embetsstanden større makt, og da særlig de offentlige legene. Loven bidro til å styrke og videreutvikle legeprofesjonen i Norge, en tradisjon som den legendariske helsedirektør Karl Evang visste å ta vare på og videreutvikle helt frem til tidlig 1970-tall. Torbjørn Mork mistet grepet og lot folkehelsearbeidet i kommunene og kommunelegene seile sin egen sjø.

Senere i 2010 vil det bli foreslått en ny folkehelselov for Norge. Forhåpentlig vil vi med den oppleve at det beste fra Sundhedsloven blir videreført, dog uten den store makten som embetslegene en gang hadde. Det betyr ikke at vi ikke fortsatt vil trenge dyktige samfunnsmedisinere og andre helsearbeidere i norske kommuner i årene som kommer.

Referansekode: OLE 2010 – 15

Stikkord: Sundhedsloven. Folkehelselov. Evang Karl. Drammen. Kolera.

SUNDHEDSLOVEN 150 ÅR – LOV OG FORARBEIDER

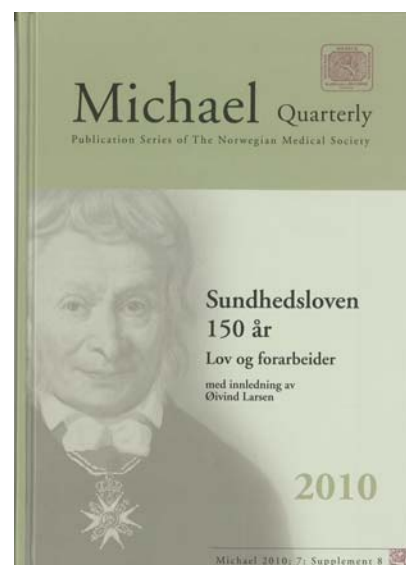
I forbindelse med 150 års jubiléet for Sundhedsloven har Det norske medicinske Selskab gitt ut en faksimile-utgave av loven og forarbeidene. Dette er samlet og innbundet i en bok, utgitt i Selskabets Michael-serie med en ca. 40 siders innledning og kommentar av Øivind Larsen som er professor i medisinsk historie ved Universitetet i Oslo.

Dette er en enestående anledning til å sikre seg noe nær originalen av et klenodium som har vært med på å forme "det nye Norge". (NB! Det er 50 år til neste gang lignende utgivelse finner sted.)

Boken kan bestilles og koster kr. 218,- fritt tilsendt. Bestilling skjer ved at beløpet innbetales til 'Helserrådet', konto nr. 1609.04.46138, adr. Postboks 7004 St. Olavs plass, 0130 Oslo.

Husk å skrive avsenders navn og adresse i merknadsfeltet!

Red.



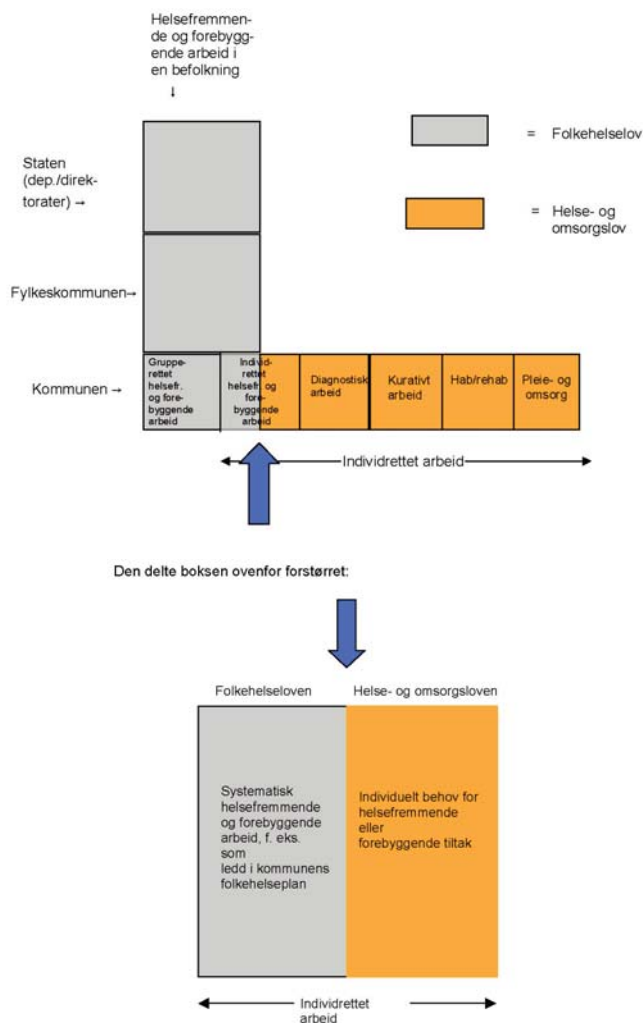
HVOR SKAL GRENSEN GÅ? (3)

Av Anders Smith

I 'Helserådet' nr. 4/10 tok vi opp spørsmålet: Hvor skal grensen gå mellom en ny folkehelselov og en ny helse- og omsorgslov når dagens kommunehelsetjenestelov opphører?

Den delen av helsearbeidet som det særlig ble problematisert omkring, var området *individrettet helsefremmende og forebyggende arbeid*. Skal slikt arbeid omfattes av folkehelse-loven eller av helse- og omsorgsloven? Etter å ha tenkt litt mer på dette, er jeg kommet til at området kan sortere under den ene eller den andre loven, avhengig av hva som er utgangspunktet for iverksettelsen av et tiltak.

Noen tiltak kan springe ut fra en persons høyst individuelle behov. Andre deler av dette arbeidet kan springe ut fra kommunens ønske/behov for å gjøre noe for en viss befolkningsgruppe, se skissene nedenfor:



Her vil man se at den delen av dette arbeidet som er fargelagt med grått, er den delen som kan sies å være en del av kommunenes folkehelseplan eller tilsvarende plan. Eksempel: Kommune X har kartlagt alle fallskadene blant personer over 65 år. Tallene er foruroligende, og kommunen ønsker å gjøre noe med det. Kommunen ønsker bl. a. å bruke fastlegene til dette. Kommunen ber/beordrer(!) fastlegene til å ta opp spørsmålet under neste konsultasjon med alle personer over 65 år. Det skjer bl.a. gjennom bruk av et kartleggingsskjema som belyser risikosituasjoner inne og ute. Materialet samles inn av kommunen (kommunelegen), og det produseres en samlet oversikt som ledd i en handlingsplan. Handlingsplanen vil også involvere legene i helseopplysningsarbeid knyttet til dette problemet. Alt dette må sies å være en del av folkehelsearbeidet og som sådan hjemles i Folkehelse-loven.

En annen situasjon er denne: en 25 år gammel kvinne kommer for en langvarig hoste. Hun er dagligrøyker. Under samtalen forteller hun at hun og samboeren tenker på å få barn. Legen (kan også være helsesøster på helsestasjonen) ønsker å ta opp med henne betydningen av å slutte å røyke. Legen/helsesøster skjønner at for å få det til, må også samboeren motiveres for å slutte. Det avtales nytt møte med dem begge, og på dette møtet drøfter man dette inngående, og paret får med seg en del brosjyremateriell og avtale om oppfølging. Dette er også individrettet forebyggende arbeid, men det springer ut fra en konkret, individuell situasjon. Denne oppgaven synes det naturlig å forankre i helse- og omsorgsloven.

Dette synet på forankringen av det individrettede helsefremmende og forebyggende arbeidet gjør at ikke noe av denne type arbeid blir uteglemt eller at det faller mellom to stoler. Skissene ovenfor viser at dersom slikt arbeid ikke hører inn under den ene loven, så hører det automatisk inn under den andre loven. Det vil igjen bety at helsesøstre, fysioterapeuter og fastleger i sitt daglige arbeid i kommunehelsetjenesten vil være omfattet av to forskjellige lover som hver sier noe om oppgaver og ansvar for helsefremmende og forebyggende arbeid blant enkeltindivider.

Rereranskode: OLE 2010 - 14

Stikkord: Folkehelse-lov. Helse- og omsorgslov. Individrettet helsefremmende og forebyggende arbeid.

SAMHANDLINGSREFORMEN – HVOR STÅR VI?

Anders Smith

Det er nok litt forskjellige oppfatninger av hvor vi står når det gjelder denne reformen som ble lansert av tidligere helseminister Bjarne Håkon Hanssen høsten 2008. Den 20. april i år la Stortingets helse- og omsorgskomite frem sin innstilling hvorfra her gjengis sammendraget:

1. Sammendrag av St.meld. nr. 47 (2008–2009)

1.1 Innledning

Regjeringen mener at hovedutfordringene for å få til bedre samhandling mellom aktørene i helse- og omsorgstjenestene 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.

I det kommende utviklingsarbeidet og som en ramme for de enkeltstående tiltakene vil følgende to perspektiver stå sentralt:

- Det skal på overordnet nivå skje en styrking av analyse-, plan- og beslutningssystemer som setter søkelyset på hvordan den offentlige innsatsen på helse- og omsorgsområdet innrettes og mest rasjonelt fordeles mellom de ulike innsatsområdene, slik som forebygging, diagnosearbeid, behandling og rehabilitering. Et sentralt virkemiddel vil være å gjøre Nasjonal helseplan til et mer operativt og kraftfullt redskap til utviklingen av hovedlinjene i helse- og omsorgstjenestene.
- De gode helhetlige pasientforløp skal i større grad enn i dag bli en felles referanse for alle aktører i helse- og omsorgstjenestene. Hva som er gode pasientforløp vil avhenge av status og utvikling av teknologi og metoder innenfor medisin og helsefag.

1.2 Dokumentasjon av samhandlingsproblemenes omfang

Det framholdes at en stor del av eldre har behov for koordinerte tjenester, og at de har problemer i vekslingsene mellom de ulike tjenestene.

Det vises videre til at en stor del av pasientene har én eller flere kroniske sykdommer, med over tid behov for tjenester både fra primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Pasienter med kronisk sykdom, eller som kan ha langvarige forløp, står for om lag 38 prosent av alle sykehushoppold.

Det påpekes at evalueringen av rusreformen viser at rusbehandling i betydelig grad er preget av brudd i behandlingsforløpet.

Det er i flere norske studier anslått at omfanget av unødvendige innleggelser i sykehus er betydelig. Det anslås at om lag 400 000 somatiske liggedøgn i sykehus kunne vært unngått dersom det fantes et alternativt tilbud i kommunen. Hvis en forutsetter en framskrivning av dagens anslåtte omfang av utskrivningsklare pasienter og unødvendige sykehusinnleggelser, vil antall liggedøgn for pasienter som kan behandles utenfor sykehus, øke fra 550 000 i dag til om lag 900 000 i 2030.

1.3 Pasientrolle og pasientforløp

Ett av de mest sentrale punktene i samhandlingsreformen er at de ulike delene av helse- og omsorgstjenesten skal bedre sin evne til å svare på pasientenes behov for koordinerte tjenester.

Det er Helse- og omsorgsdepartementets oppfatning at både medvirkning og pasientmakt skal økes og bli mer reell.

Helse- og omsorgsdepartementet legger til grunn at det innenfor rammen av samhandlingsreformens arbeid bør skje et systematisk arbeid der alle involverte grupper; brukerorganisasjoner, ansattes organisasjoner, virksomheter og kommuner, arbeider sammen for å utvikle felles forståelse av hva som for de ulike sykdomsgruppene er gode pasientforløp.

Lovgivningen skal også framover være et sentralt virkemiddel i utviklingen av helse- og omsorgstjenesten. I samhandlingsreformen legges det vekt på at lovtiltak skal brukes på områder der andre tiltakstyper ikke vurderes å ha tilstrekkelig gjennomslagskraft.

Regjeringen vil foreslå å etablere en lovpålagt plikt til å sørge for at pasienter med behov for koordinerte helse- og omsorgstjenester får en person som kontaktpunkt i tjenestene.

Regjeringen vil gjennomgå gjeldende bestemmelser om samhandling. Når det gjelder de enkeltstående bestemmelsene om samhandling som finnes i gjeldende lover, legges det i det videre arbeidet opp til at de gjennomgås i lys av forløpsenkningen med sikte på at de på en bedre måte skal kunne støtte opp om samhandling. Herunder vil det vurderes ulike virkemidler for hvordan man kan tydeliggjøre overfor pasientene og deres organisasjoner hvilken rolle de skal ha i arbeidet med pasientforløp. Gjennomgangen skal ta sikte på klarere ansvars plasseringer og klargjøring, forenkling og samling av reglene slik at de på en bedre måte understreker betydningen av samhandling.

1.4 Ny framtidig kommunerolle – aktuelle framtidige oppgaver

1.4.1 Innledning

Det uttales at rammebetingelser og praksis som har utviklet seg, gjør at kommuner, helseforetak og også andre tjenesteytende virksomheter ikke driver med de riktige oppgavene i tilstrekkelig grad. Regjeringen vil vurdere om oppgaver som i dag ikke løses i tilstrekkelig grad, eller som i dag dels løses i helseforetakene, kan finne bedre pasientrelaterede og samfunnsmessige løsninger dersom oppgavene løses i kommunene. 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. Regjeringen vil legge vekt på i hvilken grad aktuelle oppgaver kan løses mest effektivt på kommunalt nivå. Etter at meldingen er behandlet av Stortinget tar regjeringen sikte på å legge fram et lovforslag som tydeliggjør de framtidige kommunale oppgavene og ressursbehov. I tillegg vil en i det videre utredningsarbeidet vurdere nærmere hvordan myndighetene skal følge opp avtalesystemet.

Kommunene skal ikke pålegges nye oppgaver uten at de blir gitt de nødvendige ressursmessige forutsetninger for dette. 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. Det forutsettes at det skjer en forflytning av ressurser mellom forvaltningsnivåene som samsvarer med en eventuell oppgaveoverføring.

1.4.2 Kommunale tilbud før, i stedet for og etter sykehusopphold

Det framholdes at 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. Det kan derfor vurderes å bygge opp kommunale tilbud før, i stedet for og etter sykehusopphold. Regjeringen vil i arbeidet med en ny oppgavebeskrivelse i kommunehelsetjenesteloven vurdere nærmere hvilke og hvordan oppgavene i et lokalmedisinsk senter kan reguleres.

Det påpekes at erfaringer fra ulike samhandlingstiltak viser at det er hensiktsmessig med en befolkningsmasse på om lag 20 000–30 000 innbyggere for å sikre effektiv og god drift av døgnplasser som inkluderer observasjon, utredning, etterbehandling og lindrende behandling. Ved etablering av ulike aktiviteter i lokalmedisinske sentra, er regjeringen opptatt av at det sikres gode avtaler mellom spesialisthelsetjenesten og de kommunale tjenestene, og at avtalene synliggjør partenes gjensidige ansvar for kompetanseoverføring og veiledning.

1.4.3 Tverrfaglige team, herunder ambulante

Det framholdes at utbygging av ambulante team i kommunal sektor vil kunne sikre større grad av nærhet til det kommunale tjenesteapparatet og til den enkelte bruker. For å sikre en ambulant virksomhet innen lindrende behandling, geriatri eller rehabilitering vil det være behov for tverrfaglige sammensatte team med tilleggskompetanse innenfor det aktuelle fagområdet.

Kommunale tverrfaglige team vil kunne utgjøre et samlet mottakspunkt for veiledning og faglig bistand fra spesialisthelsetjenesten, og sikre koordinering og helhetlig oppfølging av den enkelte bruker.

Departementet vil vurdere om det er formålstjenlig for flere kommuner å etablere lokalmedisinske senter med de funksjoner som i dag ligger til intermediære enheter, sykestuene, distriktsmedisinske sentre mv. som en base for ambulante teams virke ut i helse- og omsorgstjenestene.

1.4.4 Lærings- og mestringstilbud og egenbehandling

Etablering av lærings- og mestringstilbud i kommunene vil kunne sikre mer tidlig intervensjon mot sykdomsutvikling, en bredere tilnærming til mestring av sykdom eller funksjonssvikt, og sikre at brukere over tid og gjennom tettere oppfølging i sitt nærmiljø får muligheten til å tilegne seg verktøy til å håndtere hverdagen på en bedre måte.

I det videre arbeidet med samhandlingsreformen vil departementet vurdere nærmere hvilke lærings- og mestringstilbud som kan overføres til kommunene. En viktig forutsetning for plasseringen av lærings- og mestringsoppgaver i kommunene, både hva gjelder valg av oppgaver og eventuell innretning av tjenestene, er at det fremdeles må være den nødvendige tilgang til relevant kompetanse fra spesialisthelsetjenesten.

1.4.5 Psykisk helse og rus

I omtalen av kommunenes oppgaver innenfor psykisk helsevern og rus vektlegges særlig

- forebygging, tidlig intervensjon og lavterskeltilbud,
- forsterkede bo- og tjenestetilbud i kommunen ved psykiske lidelser.
- ambulanseteam,
- lavterskel helsetilbud til rusmiddelavhengige.

1.4.6 Forankring av lokal jordmortjeneste

Regjeringen foreslår at lokal jordmortjeneste fortsatt skal være et kom-

munalt ansvar i kombinasjon med at kommuner og helseforetak inngår avtaler om jordmortjenesten som sikrer felles utnyttelse av ressursene. Regjeringen legger vekt på at kommunene inngår interkommunalt samarbeid der dette er nødvendig. Det framholdes at kommunal forankring vil underbygge det kommunale ansvar for en helhetlig oppfølging av mor og barn hvor også jordmortjenesten inngår.

Departementet mener avtaler mellom helseforetak og kommuner om jordmortjenesten bør inneholde tiltak for å sikre at jordmødre kan opprettholde sin samlede kompetanse i svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg. Det understrekes at avtalene må inkludere beredskap for følgetjeneste og sikre felles utnyttelse i barselomsorgen slik at lokal jordmor kan ha en sentral rolle i oppfølging av mor og barn hjemme de første dager etter fødselen i samarbeid med helsestasjon og fastlege.

1.4.7 Administrasjon/systemarbeid

Regjeringen vektlegger utvikling av tydelige og strukturerte ansvars- og styringssystemer for å sikre en helhetlig og systematisk oppfølging av den enkelte bruker, og vil søke å styrke kommunene som en likeverdig samhandlingspartner til spesialisthelsetjenesten. Det understrekes at for å ivareta både nye og eksisterende kompetansekravende kommunale oppgaver er det nødvendig at kommunene har fokus på administrasjons- og systemarbeid, og spesielt nevnes:

- helseovervåking
- folkehelsearbeid, med vekt på samfunnsmedisinske oppgaver
- arbeid med avtaler.

Regjeringen mener at forskning og innovasjon i samarbeid med næringslivet er en av framgangsmåtene som helse- og omsorgssektoren bør ta i bruk for å utvikle et pasienttilbud som gir bedre kvalitet i behandlingen, økt effektivitet og bedre velferd. Det understrekes at det er ønskelig at helse- og omsorgssektoren og universitets- og høyskolesektoren har et godt samspill.

1.4.8 Kommunesamarbeid

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.

Det redegjøres i meldingen for ulike måter å innrette et interkommunalt samarbeid på.

Det pekes på at i tillegg til den faglige verdien ved å inngå samarbeid, vil også interkommunalt samarbeid være av avgjørende betydning for å realisere gevinsten og redusere risikoen ved kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten.

1.4.9 Samarbeidsavtaler mellom kommuner/samarbeidende kommuner og helseforetak

Regjeringen vil lovfeste et krav til at kommuner/samarbeidende kommuner og helseforetak skal inngå samarbeidsavtaler. Dette vil være en videreføring 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.

1.5 Styrke forebyggingsarbeidet

Det understrekes at forebygging krever kunnskap innen ernæring, fysisk aktivitet, samfunnsmedisin, miljørettet helsevern mv.

Regjeringen har som mål at det 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. Det vil bli vurdert å bygge opp et program for løpende evaluering av forebyggings tiltak i Norge med løpende vurdering av nytten ved tiltak.

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. Det uttales av regjeringen i Prop. 1 S (2009–2010) foreslå økte midler gjennom kommunens frie inntekter til forebyggende helsetjenester i kommunene i 2010.

Det forutsettes at kommunene forankrer forebyggingsinnsatsen i kommunale planer. Etter departementets vurdering er det nærliggende at kommunene fokuserer på følgende områder:

- Bedre oversikt over grunnleggende helseutfordringer lokalt.
- Spissing av forebyggingsinnsatsen inn mot områder og tiltak som gir dokumentert effekt.
- Kommunale lærings- og mestringstilbud bl.a. med lavterskeltilbud.
- Helsestasjons- og skolehelsetjenesten.
- Tiltak for å bedre helsesektorens evne og kapasitet til å arbeide med tverrfaglig folkehelsearbeid.
- Kompetanseoppbygging innen forebyggende helsetjenester, for eksempel innen ernæring, samfunnsmedisin og miljørettet helsevern.

1.6 Bedre legetjenester i kommunene

Regjeringen vil framover legge til rette for at veksten i legetjenester i hovedsak skal komme kommunene til del. Økningen av kapasitet skal imøtekomme økt behov og bidra til å sikre bedre tid for prioriterte pasientgrupper og en styrking av allmenntilleggsarbeid.

Regjeringen mener at det for å sikre at legeressursene anvendes til de prioriterte områdene, er nødvendig å knytte fastlegene tettere styringsmessig til kommunen, og at det blir stilt funksjons- og kvalitetskrav til fastlegene knyttet til innbyggere på deres liste.

Regjeringen vil styrke det allmenntilleggsarbeid som i dag bl.a. er knyttet til sykehjem, helsestasjon, skolehelsearbeid og fengselshelsetjeneste og bl.a. vurdere å øke timeantallet for den kommunale påleggshjemmelen for allmenntilleggsarbeid.

Behovet for å styrke fastlegenes/legevaktlegenes vurderingskompetanse og behovet for styrking av den kliniske kompetansen i fastlegepraksiser drøftes.

Det understrekes at det er et behov for forskning i allmenntilleggsarbeid for å få et bedre grunnlag for valg av behandlingstiltak.

Det uttales at praksiskonsulentordningen (nettverk av fastleger som fungerer i små konsulentstillinger i sykehusavdelinger med oppgave å bedre samhandlingen mellom fastleger og sykehus/HF) er en godt utprøvd metode for å bedre samhandling mellom leger, som det er viktig å spille videre på og videreutvikle.

For å sikre at den økte kapasiteten kanaliseres til prioriterte grupper og oppgaver, legges det opp til en sterkere styring av fastlegene fra kommunenes side. 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 allmenntilleggsressursene 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 allmenntilleggsarbeidene

1.7 Etablering av økonomiske insentiver

Et sentralt element i samhandlingsreformen er å etablere økonomiske insentiver som understøtter riktig oppgaveløsning, og som gir grunnlag for gode pasienttilbud og kostnadseffektive løsninger.

Det framholdes at dagens finansieringssystem ikke på en tilstrekkelig god måte understøtter god arbeidsdeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenestene, tilrettelegger for at forvaltningsnivåene og tjenestestedene

forankrer sine tiltak i helhetlige pasientforløp, eller at det mer generelt inspireres til å finne de gode praktiske innretningene og samarbeidsordninger.

Regjeringen vil etablere nye økonomiske insentiver slik at de ulike delene av helse- og omsorgstjenesten gis insitamenter og inspirasjon til å utvikle roller og løse oppgaver som samsvarer med de helsepolitiske målene. Det er departementets oppfatning at kommunen kan ha gode muligheter til å påvirke forbruket av spesialisthelsetjenester, særlig for enkelte aldersgrupper og diagnoser, og at det derfor er viktig å etablere insitamentsordninger som inspirerer til kommunalt engasjement i problemstillingen.

Regjeringen vil innføre kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten slik at kommunene får et økonomisk medansvar for behandling i spesialisthelsetjenesten. Dette skal finansieres ved å overføre deler av tilskuddene til de regionale helseforetakene som nå går direkte fra stat til regionale helseforetak over til kommunene. I utgangspunktet vurderes en medfinansieringsandel på 20 prosent.

Departementet vil arbeide videre med den konkrete innretningen på ordningen, herunder størrelse på medfinansieringsandelen, eventuelle risikoreducerende tiltak, modell for håndtering av pengestrømmer mellom kommuner og regionale helseforetak og modell for beregning av kommende års overføringer til kommunene. Et sentralt spørsmål vil også være hvordan kommunene i framtidige år skal kompenseres for en ventet aktivitetsvekst i sykehusene.

Regjeringen vil etter at stortingsmeldingen er behandlet av Stortinget, foreta endelige vurderinger av modellens innretning og hvordan implementeringen skal gjennomføres for å sikre en faglig og budsjettmessig forsvarlighet. Før endelig løsning velges, vil det bli gjennomført høringsrunde med berørte instanser som vil inngå i underlaget for det endelige valget av framtidig finansieringssystem. Det tas sikte på at ordningen iverksettes fra 2012, men med utgangspunkt i det innfasingsopplegg som velges.

Regjeringen vil overføre det økonomiske ansvaret for utskrivningsklare pasienter fullt og helt til kommunene fra og med 2012. Dette betyr at kommunene får en betalingsplikt for pasienter som er definert utskrivningsklare. Endringen skal finansieres ved at regionale helseforetak får et trekk i sine rammer og kommunene en økning i sine rammer, basert på historiske tall for kostnader knyttet til utskrivningsklare pasienter.

Regjeringen vil redusere den samlede aktivitetsbaserte finansieringen (ISF) av regionale helseforetak fra 40 til 30 prosent fra 2012.

Helse- og omsorgsdepartementet har vurdert alternative modeller hvor helsetjenesten enten legges inn under ett ansvarspunkt i kommunene eller finansieres i sin helhet gjennom regelstyrte vedtak som utløser finansiering av behandlingsprogrammer på tvers av forvaltningsnivåene, i form av en forsikringsbasert finansiering av helsetjenesten. Det gis i meldingen en vurdering av de to modellene. Regjeringen foreslår ikke noen omfattende endring av finansieringsordningen.

1.8 Spesialisthelsetjenestens organisering og oppgaver

Det uttales at spesialisthelsetjenesten skal utvikles i en enda tydeligere spesialisert retning i kombinasjon med vekt på standardiserte pasientforløp og pasientens behov for koordinerte tjenester.

Det er Helse- og omsorgsdepartementets vurdering at samhandlingsreformen gir viktige utviklingsmuligheter for lokalsykehusene. Det må i dialog med kommunene, og med utgangspunkt i roller og oppgaver som utvikles for kommunene, finnes samarbeidsformer mellom sykehus og kommuner der lokalsykehusenes faglige og organisatoriske fortrinn videreutvikles.

En av de viktigste forventningene til spesialisthelsetjenesten er at den skal bidra til kompetanseutveksling og kompetanseoppbygging i en forsterket kommunehelsetjeneste.

Som et viktig utviklingstiltak nevnes at spesialisthelsetjenesten utvider perspektivet og i større grad medvirker i utvikling av forløp som går på tvers av tjenesteområder og forvaltningsnivå.

Det understrekes at med den vekt som skal legges på utviklingen av kom-

munehelsetjenesten, må det etableres styringssystemer som gir bedre sikkerhet for at en har kontroll med kostnadsveksten i spesialisthelsetjenesten.

Videre utvikling av Nasjonal helseplan vil være et tiltak for å vurdere og sikre at det treffes politiske beslutninger om hva som er hensiktsmessig fordeling av ressurser mellom de ulike delene av helse- og omsorgstjenesten. Det uttales at de rammer som trekkes opp for spesialisthelsetjenesten, må følges opp av stram styring fra departementets side slik at de politiske prioriteringene kan gjennomføres i tråd med de vedtak som fattes.

Det etablerte styringssystemet mellom departementet og de regionale helseforetakene og videre mellom de regionale helseforetakene og det enkelte helseforetak, vil bli videreført og videreutviklet.

1.9 Særskilte utfordringer for den samiske befolkning

To innfallsvinkler vil stå sentralt for hvordan samhandlingsreformen forutsettes fulgt opp overfor den samiske befolkningen:

- Det legges det opp til dialog med Sametinget om hvordan prioritering og innretning av samhandlingstiltak kan gi gode effekter overfor den samiske befolkningen.
- Identifisering av hva som er gode pasientforløp, og iverksetting av systemtiltak som understøtter gode forløp forutsettes å bli en viktig innfallsvinkel for det videre arbeidet for å utvikle en god helse- og omsorgstjeneste for den samiske befolkningen.

1.10 Særskilte utfordringer knyttet til innvandrerbefolkningen

Departementet vil konsentrere seg om hvordan en på to viktige områder i det kommende reformarbeidet skal tilstrebe å fange opp minoritetsutfordringene:

- I dialogprosessene som forutsettes å være et sentralt element i implementeringen av reformen.
- I arbeidet med pasientforløp der den sentrale hensikt er at god forståelse av pasientenes behov for tjenester skal gi grunnlaget for å identifisere og iverksette de nødvendige systemtiltakene.

1.11 Et kompetent helsepersonell – i alle deler av helsetjenesten

Samhandlingsreformen vil stille nye krav til helsepersonellens kompetanse, noe som igjen vil kreve endringer av innholdet i utdanningene. Endring av innholdet i utdanningene vil kreve ny kunnskap framskaffet ved forskning. Profesjonsutøvelsen skal være forskningsbasert, og regjeringen har som mål å styrke relasjonene mellom utdanning, praksis og FoU i de kortere profesjonsutdanningene.

Dersom de politiske mål for samhandlingsreformen skal nås, må kompetanse kanaliseres til kommunehelsetjenesten og de prioriterte fagområdene. Det uttales at fagutviklingen på områdene må styrkes og det må legges til rette for forskning. Det framholdes at det er behov for å få en bedre oversikt over lønnsforholdene og -mekanismene i de ulike delene av sektoren, og bedre kunnskap om lønn som virkemiddel for å påvirke den enkeltes preferanser og områdets prestisje og status.

Det understrekes at det må legges større vekt på å utdanne helsepersonell som er tilpasset de framtidige kommunale oppgaver, og at de myndighetsmessige rammebetingelsene må understøtte at det utdannede helsepersonellet i større grad enn til nå blir kanalisert til den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Det uttales at utdanningsinstitusjonene i for stor grad er rettet inn mot spesialisthelsetjenesten. Det vektlegges at det kommunale ansvarsområdet på lik linje med spesialisthelsetjenesten må gis en avtalemessig mulighet til å ivareta sine behov og interesser overfor utdanningsinstitusjonene.

Departementet vil påse at det framover blir foretatt analyser og vurdert relevante tiltak for å utvikle riktig fleksibilitet for bruken av arbeidskraft.

1.12 IKT i helse- og omsorgssektoren

I utviklingen av IKT-politikken er det et mål at elektronisk kommunikasjon skal være den normale måten å kommunisere på. Dette gjelder både i forholdet mellom tjenesteytere/behandlere og pasient/brukere og mellom de ulike tjenesteytere/behandlere.

Det vil bli arbeidet med å finne fram til en hensiktsmessig ansvars- og oppgavefordeling mellom den felles nasjonale enheten for IKT-infrastruktur og øvrige aktører, herunder de regionale IKT-enhetene for de regionale helseforetakene, interkommunale og kommunale IKT-enheter og leverandører av IKT-tjenester til primærhelsetjenesten.

Departementet mener at både hensynet til kvalitet og kostnadseffektiv resursbruk tilsier at bruk av tidsfrister nå bør bli en sentral styringsteknikk.

Områder som vurderes er eksempelvis:

- oppkobling til felles sikkert helsenett for alle aktører
- elektronisk meldingsutveksling mellom aktørene
- elektronisk pasientjournal som kan kommunisere og sende tilgjengelig informasjon på tvers av virksomhetsgrenser.

Helse- og omsorgsdepartementet vil utrede utvikling av såkalt Nasjonal kjernejournal, herunder behovet for tekniske løsninger og lovendringer (etablering av register, samtykkevurderinger mv.) og vil komme tilbake til Stortinget med opplegg for oppfølging av saken.

1.13 Krav til ledelse og organisering

Det framholdes at samhandlingsreformen vil gi store ledelsesmessige og organisatoriske utfordringer for spesialisthelsetjenesten, og at for å 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.

Utvikling av en ny kommunehelsetjeneste vil også sette store krav til kommunal organisering og ledelse. Spesielt nevnes behovet for samfunnsmedisinsk kompetanse, behovet for tydelige ansvarspunkt både organisatorisk og overordnet faglig og behovet for mer systematisk organisering av brukermedvirkning

1.14 Frivillige organisasjoner

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. Det nevnes spesielt at forebyggende arbeid og tiltak som skal bidra til at pasienter og brukere mestrer sine livssituasjoner, er områder der godt og kreativt samarbeid med frivillige organisasjoner kan bidra til bedre realisering av de helsepolitiske målene. Det uttales at det i en del tilfeller kan være naturlig å vurdere om de frivillige organisasjonene ut fra deres fleksibilitet og nærhet til brukerne bør ivareta visse tjenestetende oppgaver. Utviklingen av sosiale nettverk og likemannsarbeid nevnes som særskilt sentrale områder for de frivillige organisasjonene.

1.15 Gjennomføringen av samhandlingsreformen

Helse- og omsorgsdepartementet legger vekt på at gjennomføringen av samhandlingsreformen tar opp i seg:

- erkjennelsen av utviklingsarbeidets langsiktighet
- erkjennelsen av sammenhengen mellom de enkeltstående endringstiltakene
- viktigheten av gode inkluderende prosesser
- fokus på framdrift
- viktigheten av at gjennomføringen er forankret i en helhetlig risikostrategi med tilknyttet oppfølgingssystem.

Med dette som utgangspunkt og med forbehold om at Stortingets behandling av stortingsmeldingen kan gi endringer, vil følgende stå sentralt i gjennomføringen:

- I den grad det skal skje en økt satsing på de kommunale oppgavene, må dette avklares i de årlige budsjettproposisjoner.

- Det vil bli arbeidet med sikte på at oppfølgende lovproposisjoner fremmes i 2010.
- Det arbeides ut fra at regjeringen i 2010 skal komme til Stortinget med konkret forslag til innholdet i den nye finansieringsordningen.
- Det arbeides ut fra at 2012 skal være startåret for opplegget med kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten.

Helse- og omsorgsdepartementet vil på områder som dekkes av departements ansvar, arbeide ut fra en intensjon om at de lovforslag som er omtalt i meldingen, kan fremmes for Stortinget i 2010. Dette gjelder endringer i kommunehelsetjenesteloven som skal tydeliggjøre de nye kommunale oppgavene, vurdering av ny felles helse- og sosiallov for kommunene, lovgrunnlaget for den nye samarbeidsordningen mellom kommuner og helseforetak og lovendringene om personlig koordinatører og tiltak som skal understøtte bedre pasientforløp.

Helse- og omsorgsdepartementet vil vektlegge dialog med de ulike aktørgruppene, slik at det kan utvikles best mulig felles forståelse for helhet og utfordringer i gjennomføringen.

Det understrekes at det videre arbeidet med samhandlingsreformen er helt avhengig av at ansattes organisasjoner trekkes inn i arbeidet.

Helse- og omsorgsdepartementet vil i samråd med Kommunal- og regionaldepartementet og Helsedirektoratet etablere dialogprosesser med KS for å sikre at det kommende utviklingsarbeidet forankres i felles forståelse av hvordan de kommende prosesser skal gjennomføres.

I gjennomføringen av samhandlingsreformen vil det bli gjennomført dialogprosesser med Sametinget om oppfølgingen overfor den samiske befolkningen.

Helse- og omsorgsdepartementet har som en forberedende prosess også 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 og virksomheter og de frivillige organisasjonene.

Saken ble behandlet i Stortinget 27. april. I en pressemelding etterpå sa statsråd Anne-Grete Strøm-Erichsen:

– Vi skal gi pasientene bedre hjelp der de bor. Vi skal satse mer på forebygging og behandling av sykdom i en tidlig fase. Med samhandlingsreformen videreutvikler vi det norske helsevesenet slik at vi kan møte befolkningens behov på en bedre måte. Både i dag og i fremtiden, sier helse- og omsorgsminister Anne-Grete Strøm-Erichsen.

Stortinget har i dag sluttet seg til stortingsmeldingen om samhandlingsreformen "Rett behandling - på rett sted - til rett tid."

– Jeg har møtt mange pasienter og mange som arbeider i helsevesenet siden jeg ble helse- og omsorgsminister. Alle jeg har truffet er enige om utfordringene vi står overfor i det norske helsevesenet. Samarbeidet mellom sykehusene og kommunene er ikke godt nok, og det blir satset for lite på forebygging. Derfor er jeg svært glad for at Stortinget stiller seg bak samhandlingsreformen og moderniseringen av det norske helsevesenet, sier helse- og omsorgsministeren.

Gjennom samhandlingsreformen vil regjeringen sørge for at det lønner seg for sykehusene og kommunene å samarbeide. Det skal satses mer på forebygging.

Økonomiske virkemidler skal stimulere kommunene til å etablere tilbud nær befolkningen. Det kan være tilbud før behandling på sykehus, etter behandling på sykehus, eller i stedet for behandling på sykehus.

Helse- og omsorgsdepartementet arbeider nå både med en ny helse- og omsorgslov som skal tydeliggjøre kommunens ansvar for befolkningens helse, og en ny folkehelselov som skal tydeliggjøre statens og lokalsamfunnets ansvar for å styrke folkehelsen.

- Jeg tar sikte på å legge fram begge lovene og en ny helse- og omsorgs-

plan for Stortinget før påske 2011, slik at de kan iverksettes fra 2012, sier helse- og omsorgsminister Anne-Grete Strøm-Erichsen.

Avisen Dagens Medisin har etter Stortingets behandling et intervju med saksordfører Are Helseth (Ap) som mener at innstillingen åpner for arbeid med samhandling allerede nå. Også legepresident Torunn Janbu er fornøyd, ikke minst fordi komitéen hadde lagt til grunn at fastlegeordningen har vært vellykket. Gisle Roksund i Norsk Allmenlegeförening mener at innstillingen har mange gode tanker og intensjoner, men er bekymret over at de økonomiske virkemidlene er tatt ut av saken. Også Roksund er tilfreds med at komitéen legger nåværende struktur i fastlegeordningen til grunn og at de ønsker å utvikle den videre.

Helsekomitéens leder Bent Høie (H) mener mange gode samhandlingsprosjekter i kommunene nå legges på is fordi reformen er så uavklart. I bladet **Kommunal Rapport** for 29. april gjengis dette slik (journalist Jan Inge Krossli):

Både finansieringen og organiseringen av samhandlingsreformen er så uklar etter Stortingets behandling denne uka at mange kommuner er frustrert, mener Høyres helsepolitiske talsmann Bent Høie. – Jeg er bekymret for at den store entusiasmen for samhandlingsreformen som Bjarne Håkon Hanssen skapte, stopper opp, og mange gode prosjekter i kommunene blir lagt på is, sier han til **Kommunal Rapport**.

25-30 kommuner er i ferd med å søke på de 33 millionene som er satt av til samhandlingspiloter på statsbudsjettet i år, ifølge Helsedirektoratet som forvalter støtten. Men Høie har snakket med flere som er skeptiske til å gå i gang.

Ordførere nøler

- Mange rådmenn og ordførere vil be sine folk i helsetjenestene la reformen ligge inntil staten har avklart økonomiske og juridiske rammebetingelser, mener han. Han er positiv til at reformen vokser fram nedenfra gjennom lokale forsøk, men da må rammene være tydeligere enn nå. Han mener det er en ny, uheldig forsinkelse at regjeringens forslag til finansieringsmodell og lovverk først kommer rundt årsskiftet.

Haugesundsordfører Petter Steen jr. (H) er blant dem som nå er skeptisk til å gå videre med reformen. – Jeg frykter at uavklarte rammebetingelser i samhandlingsreformen vil forsinke investering i et forsterket sykehjem vi ønsker å bygge, sier han til **Kommunal Rapport**. Bystyret i Haugesund har vedtatt i årets budsjett at det ønsker å investere i et sykehjem nært tilknyttet Haugesund sykehus. Det skal gi et godt og effektivt tilbud til de sykeste eldre som er svingdørspasienter på sykehuset. – En modell for å finansiere utskrivningsklare pasienter, og det juridiske ansvaret, må være avklart før vi vil ta den endelige investeringsbeslutningen, sier Steen.

Forberede, ikke iverksette

I den debatt i regi av Kommunalbanken sist uke, advarte kommunalminister Liv Signe Navarsete (Sp) kommunene mot å ta reformen på forskudd. Nå nyanserer hun uttalelsene og sier at de kan gå et langt stykke. – Kommunene bør både forberede seg, planlegge og undersøke samarbeidsmuligheter med andre kommuner og med spesialisthelsetjenesten. Men selve implementeringen av nye store strukturer bør vente til finansiering og lovverk er på plass, sier hun til **Kommunal Rapport**. Pilotprosjektene som nå søker statlig støtte, mener hun er nyttige, selv om for eksempel definering av innhold i lokalmedisinske sentre dels innebærer å ta reformen på forskudd. – Slike piloter er positivt fordi det er viktig å få konkrete eksempler på bordet, sier hun.

Referansekode: OLE 2010 – 16
Stikkord: Samhandlingsreform.
Dagens Medisin. Kommunal Rapport.

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