



Innst. 212 S

(2009–2010)

**Innstilling til Stortinget
fra helse- og omsorgskomiteen**

St.meld. nr. 47 (2008–2009) og Dokument 8:63 S (2009–2010)

**Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om samhandlingsreformen
og om en ny velferdsreform**

Innhold

	Side		Side		
1.	Sammendrag av St.meld. nr. 47 (2008–2009)	5	3.	Komiteens merknader	12
1.1	Innledning	5	3.1	Innledning	12
1.2	Dokumentasjon av samhandlingsproblemenes omfang	5	3.1.1	Overordnede mål	17
1.3	Pasientrolle og pasientforløp	5	3.1.2	Ressursfordeling og prioritering	17
1.4	Ny framtidig kommunerolle – aktuelle framtidige oppgaver	6	3.2	Samhandlingsproblemer og utfordringer	18
1.4.1	Innledning	6	3.2.1	Folkehelsearbeid, forebygging og habilitering og rehabilitering	18
1.4.2	Kommunale tilbud før, i stedet for og etter sykehusopphold	6	3.2.2	Pasientrolle og pasientforløp	19
1.4.3	Tverrfaglige team, herunder ambulante	6	3.3	Ny framtidig kommunerolle	20
1.4.4	Lærings- og mestringstilbud og egenbehandling	7	3.3.1	Ressurser og forpliktelser	20
1.4.5	Psykisk helse og rus	7	3.3.2	Kompetanse og organisering	21
1.4.6	Forankring av lokal jordmortjeneste	7	3.3.3	Tilpassede bo- og behandlingstilbud	23
1.4.7	Administrasjon/systemarbeid	7	3.3.4	Nye diagnosegrupper	23
1.4.8	Kommunesamarbeid	7	3.3.5	Kommunesamarbeid	25
1.4.9	Samarbeidsavtaler mellom kommuner/ samarbeidende kommuner og helseforetak	7	3.4	Styrke forebyggingsarbeidet	26
1.5	Styrke forebyggingsarbeidet	7	3.5	Bedre legetjeneste i kommunene	28
1.6	Bedre legetjenester i kommunene	8	3.6	Økonomiske insentiver	30
1.7	Etablering av økonomiske insentiver	8	3.7	Spesialisthelsetjenestens oppgaver og organisering	31
1.8	Spesialisthelsetjenestens organisering og oppgaver	9	3.8	Særskilte utfordringer for minoriteter ..	32
1.9	Særskilte utfordringer for den samiske befolkning	9	3.8.1	Særskilte utfordringer for den samiske befolkning	32
1.10	Særskilte utfordringer knyttet til innvandrerbefolkningen	9	3.8.2	Særskilte utfordringer knyttet til innvandrerbefolkningen	33
1.11	Et kompetent helsepersonell – i alle deler av helsetjenesten	10	3.9	Et kompetent helsepersonell i alle deler av helsetjenesten	33
1.12	IKT i helse- og omsorgssektoren	10	3.10	Tannhelse	34
1.13	Krav til ledelse og organisering	10	3.11	IKT i helse- og omsorgssektoren	35
1.14	Frivillige organisasjoner	10	3.12	Krav til ledelse og organisering	35
1.15	Gjennomføringen av samhandlingsreformen	11	3.13	Frivillige organisasjoner	35
			3.14	Merknader til Representantforslag 63 S (2009–2010)	36
2.	Sammendrag av Dokument 8:63 S (2009–2010)	11	4.	Uttalelse fra kommunal- og forvaltningskomiteen	36
			5.	Forslag fra mindretall	37
			6.	Komiteens tilråding	38



Innst. 212 S

(2009–2010)

Innstilling til Stortinget fra helse- og omsorgskomiteen

St.meld. nr. 47 (2008–2009) og Dokument 8:63 S (2009–2010)

Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om samhandlingsreformen og om en ny velferdsreform

Til Stortinget

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 vekslingene 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 sykehusopphold.

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 nødvendige 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 nødvendige 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 forløpstenkingen 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 pasientrelaterte 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 utrednings-

arbeidet 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 samhandlings tiltak 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 samhandlings tiltak 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 ambulante 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 intermedieære 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.
- ambulante team,
- lavterskel helsetilbud til rusmiddelavhengige.

1.4.6 Forankring av lokal jordmortjeneste

Regjeringen foreslår at lokal jordmortjeneste fortsatt skal være et kommunalt 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 kompetansekrevende 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 allmenntilleggslege offentlige oppgaver.

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 allmenntilleggslege offentlige arbeidet 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 allmenntilleggsleg offentlig legearbeid.

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

Det understrekes at det er et behov for forskning i allmenntilleggsleg 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 allmenntilleggslegressursene 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 allmenntilleggsleg offentlige oppgaver.

1.7 Etablering av økonomiske insentiver

Et sentralt element i samhandlingsreformen er å etablere økonomiske insentiver som understøtter riktige 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 insitamenter 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 helse-

foretak 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 risikoreduerende 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 lokalsyke-

husenes 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 kommunehelsetjenesten, 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 dialogprosessen 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 områdes 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 tjenesteyter/behandler 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 ressursbruk 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 tjenesteytende 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 Helse- og omsorgsdepartementet 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.

2. Sammendrag av Dokument 8:63 S (2009–2010)

Det fremmes i dokumentet følgende forslag:

«I

Stortinget ber regjeringen gjennomføre en ny kommunereform ved at Stortinget fastsetter et måltall for hvor mange kommuner reformen skal resultere i, men hvor kommunene selv får bestemme de nye kommunegrensene. Staten må forplikte seg til å overføre offentlige oppgaver til det nye kommunenivået, slik at andelen øker fra dagens 40 prosent til 50 prosent eller mer.

II

Stortinget ber regjeringen gjennomføre en undersøkelse av turnusordninger på sykehjem og fremme forslag til tiltak som kan gi mer fleksible ordninger.

III

Stortinget ber regjeringen foreta en gjennomgang av rapportering til offentlige myndigheter først og fremst i primærhelsetjenesten, for å redusere antall skjemaer. Dette arbeidet må sees i sammenheng med rapportering til andre deler av helse- og omsorgssektoen med tanke på å redusere dobbelrapportering.

IV

Stortinget ber regjeringen legge til rette for å innføre en ordning med ettergivelse av studiegjeld for sykepleiere og hjelpepleiere som vil arbeide i primærhelsetjenesten.

V

Stortinget ber regjeringen legge fram en plan for forskning på arbeidskraftsbesparende teknologi.

VI

Stortinget ber regjeringen fremme forslag til et revidert takstsystem for fastlegeordningen som belønner tidsbruk for behandling og oppfølging på laveste nivå (primærhelsetjenesten).

VII

Stortinget ber regjeringen foreta en utredning av kommunalt opptreningsansvar for rehabilitering.»

3. Komiteens merknader

3.1 Innledning

Komiteen, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Jorodd Asphjell, Tore Hagebakken, Are Helseth, Tove Karoline Knutsen, Sonja Mandt og Wenche Olsen, fra Fremskrittspartiet, Jon Jæger Gåsvatn, Kari Kjønås Kjos og Per Arne Olsen, fra Høyre, lederen Bent Høie, Sonja Irene Sjøli og Erna Solberg, fra Sosialistisk Venstreparti, Geir-Ketil Hansen, fra Senterpartiet, Kjersti Toppe, og fra Kristelig Folkeparti, Filip Rygg, vil understreke at den norske folkehelsen er god, og at vi har en god helsetjeneste i hele landet. Komiteen konstaterer at Norge er ett av de landene i OECD som bruker flest offentlige helsekroner per innbygger. Men det godtgjøres ikke at den betydelige ressursinnsatsen skaper tilstrekkelig helsetjeneste. Komiteen konstaterer videre at det er mange enkeltmennesker som opplever at utredning, behandling og rehabilitering ofte ikke er sammenhengende. Dette er en belastning for enkeltindividet, det er ofte unødvendig, det er dårlig ressursbruk, og det kan være forbundet med helserisiko.

Komiteen vil understreke at de sosiale og geografiske helseforskjellene fortsatt er store, vi har på enkelte områder helsekøer og ventetider som er for lange, og mange livsstilsbetingede sykdommer og helseplager er økende. Vi kan gå mot en tid med mangel på personell til helse-, pleie- og omsorgssektoren dersom vi ikke makter å forebygge bedre slik at færre mennesker blir pasienter.

Komiteen mener at reformen må gjenspeile folkehelseperspektivet, forebygging og tidlig intervensjon, samt desentralisering av helsetjenester der dette kan skje uten å svekke kvaliteten – ut fra prinsippet om best mulig nærhet mellom bruker/pasient og de tjenestene som ytes.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, mener det ligger et stort helsepotensial i den strategi som legges fram i meldingen, og at det vil kunne gi store samfunnsøkonomiske gevinster ved å gjennomføre denne, blant annet ved lavere utgifter til sykepenge og uføretrygd og økt verdiskaping i arbeidslivet.

Flertallet vil understreke at meldingen angir status, utfordringsbilde og en ny retning for norsk

helsetjeneste for å sikre gode og likeverdige helsetjenester for alle innbyggere også i et perspektiv for kommende tiår. Videre konkretisering av prosess og løsninger vil komme til Stortinget gjennom forslag til Nasjonal helseplan, ny lovgivning og i årlige budsjetter og kommuneproposisjoner.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti vil vise til regjeringens og spesielt til Jens Stoltenbergs uttalte intensjoner om et bredt forlik i Stortinget. Disse medlemmer vil påpeke at en samlet opposisjon var rede til å inngå forhandlinger med intensjon om å få en bred tilslutning til en samhandlingsreform som kunne gi gode resultater i helsevesenet. Regjeringspartienes behandling av denne saken oppleves å være i sterk kontrast til regjeringens tidligere uttalte intensjon om forlik.

Disse medlemmer er overbevist om at samhandlingsreformen hadde vært mye bedre tjent med et bredt forlik; eksempelvis har opptrappingsplanen for psykisk helse og barnehageforliket gi gode resultater tidligere. Dette er spesielt skuffende for alle de som arbeider i helsevesenet, og som forventet en reform med konkret innhold. Videre påpekes den manglende forutsigbarheten som både primærhelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten og kommunesektoren får når det fra regjeringspartienes side ikke synes ønskelig med et forlik.

Disse medlemmer vil understreke at uten at denne meldingen blir fylt med mer innhold slik en samlet opposisjon foreslår, vil meldingen ikke oppnå de gode intensjoner som er beskrevet.

Komiteens flertall medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, viser til god dialog og uttrykte ønsker om å finne brede politiske løsninger på de utfordringer som stortingsmeldingen beskriver. Flertallet registrerer at enighet er oppnådd på flere områder. Flertallet viser imidlertid til at forslag som innebærer til dels store økonomiske bindinger, må henvises til behandlingen i de årlige statsbudsjett. Flertallet konstaterer også at det på et så grunnleggende område som størrelsen på rammefinansieringen av spesialisthelsetjenesten kontra innsattsstyrt finansiering, er stor uenighet mellom flertallet og de to partiene Fremskrittspartiet og Høyre.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet er av den oppfatning at meldingens intensjoner er gode. Det er, slik disse medlemmer ser det, hensiktsmessig og ønskelig å sørge for at sykdom forhindres gjennom økt satsing på forebygging og tidlig intervensjon. Disse medlemmer er videre av den oppfatning at meldingens situ-

asjonsbeskrivelse er riktig og god. På det medisinske språket kan man derfor si at meldingen stiller en riktig diagnose med hensyn til de utfordringer dagens helse- og omsorgsvesen står overfor.

Disse medlemmer er imidlertid overrasket over meldingens manglende konkretisering av tiltak for å skape bedre samhandling i helse- og omsorgssektoren. Disse medlemmer har videre merket seg uttalelser fra regjeringspartiene som tyder på at de tiltakene som skulle fremme samhandling, ikke lenger er aktuelle å gjennomføre, spesielt knyttet til den generelle kommunale medfinansieringen.

Disse medlemmer er videre av den oppfatning at det er behov for konkrete tiltak på forebyggingsfeltet, styrt av øremerkede midler. Blant tiltakene som bør gjennomføres og konkretiseres, er en forpliktende opptrappingsplan knyttet til diabetesområdet i tråd med intensjonene i nasjonal plan for bekjempelse av diabetes. Det vises i denne sammenheng til Fremskrittspartiets alternative statsbudsjett for 2010, hvor dette er prioritert.

Disse medlemmer viser til viktigheten av å øke omfanget av behandlingsreiser til utlandet, samt statlig tilskuddsordning for bygging og drift av varmtvannsbasseng. Muskel- og skjelettlidelser står for en svært stor andel av dagens sykefravær, og det vil derfor være, slik disse medlemmer ser det, god samfunnsøkonomi å satse på forebygging og bekjempelse av disse sykdommene.

Disse medlemmer er svært opptatt av at man igangsetter konkrete forebyggingstiltak og lavterskeltilbud for barn og unge på rus- og psykiatrifeltet. Dette er områder som må prioriteres sterkt de kommende årene.

Disse medlemmer er videre av den oppfatning at en vellykket helsereform er avhengig av økt ressursbruk i en overgangsfase. Det er derfor skuffende å registrere helseministerens kommentar til TV 2 torsdag 11. mars 2010, hvor hun gir uttrykk for at tiltakene som er fremmet av en felles opposisjon, «ble for dyrt». Disse medlemmer er opptatt av at omstillinger og endringer i helsevesenet krever ressurser. Det vil derfor være avgjørende at man får på plass et ressursløft i en overgangsfase hvor kommunehelsetjenesten styrkes og helhetlige behandlingsforløp etableres. Disse medlemmer mener imidlertid disse kostnadene vil medføre store innsparinger etter at endringene har trådt i kraft og fått virke over flere år. En satsing på forebygging vil utvilsomt ha samfunnsøkonomiske gevinster, men disse kan ikke forventes å komme før reformen har fått virke i en lengre periode.

Disse medlemmer er av den oppfatning at meldingens intensjoner om helhetlige behandlingkjeder, tidlig intervensjon og satsing på forebygging best lar seg gjennomføre dersom finansieringssyste-

met i større grad samles hos ett forvatningsnivå. Disse medlemmer viser i denne sammenheng til de store utfordringer som eksisterer knyttet til samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Spesielt er pasientgrupper med behov for et sammensatt og helhetlig helsetilbud utsatt for det som kan kalles «kasteballsystemet», hvor kommuner og sykehus er ansvarlige for å legge til rette for et helhetlig helsetilbud. Disse medlemmer viser i denne sammenheng til rusomsorg, psykiatri og rehabilitering som områder hvor det i dagens helsevesen er for liten samhandling på tvers av forvaltningsnivåene.

Disse medlemmer er av den oppfatning at pengene må følge brukeren på tvers av ulike forvaltningsnivå og helseaktører. Dette ville bidratt til en effektiv og god ressursutnyttelse, hvor LEON-prinsippet (laveste effektive omsorgsnivå) ville vært en naturlig konsekvens av finansieringssystemet. Disse medlemmer mener Fremskrittspartiets finansieringsmodell, hvor pengene følger brukeren, ville bidratt til å gjøre pasientene attraktive for sykehus og helseaktører, fordi pasientene hadde utgjort en inntektskilde fremfor en utgiftspost, slik det er i dag. Det vises i denne sammenheng til Fremskrittspartiets alternative statsbudsjett hvor den innsatsbaserte finansieringen for sykehusene ble satt til 60 prosent.

Disse medlemmer er av den oppfatning at dagens finansieringsmodell fører til helseforskjeller basert på inntekt og geografi. Det er eksempelvis store forskjeller på eldreomsorgen ut fra den enkelte kommunes økonomi. De samme forskjellene finner man på andre områder, ut fra kommune, helseregion og helseforetak. Dette er, slik disse medlemmer ser det, uønskede forskjeller og et godt argument for å endre finansieringssystemet slik at pengene følger brukeren, finansiert av folketrygden, uavhengig av den enkeltes økonomi og bostedsadresse. Dette ville, slik disse medlemmer ser det, medført likeverdige helsetjenester for alle innbyggere i Norge.

Disse medlemmer viser i denne sammenheng til Dokument nr. 8:73 (2008–2009) fra Fremskrittspartiet om en helhetlig rusomsorg med enkeltindividet i fokus, samt Dokument nr. 8:83 (2006–2007), om en varm, verdig og valgfri eldreomsorg som skinner, hvor Fremskrittspartiets finansieringsmodell og andre tiltak for å bedre samhandling i helse- og omsorgssektoren er grundig omtalt.

Disse medlemmer viser til at det er behov for å bygge ut langt flere sykehjemsplasser og plasser for lindrende behandling enn det regjeringen har lagt opp til, om en skal kunne dekke behovet som følger av et økende antall syke eldre, og for å kunne lykkes med samhandlingsreformens mål om å gi behandling på beste effektive omsorgsnivå. Disse medlemmer viser i den forbindelse blant annet til Fremskrittspartiets alternative statsbudsjett for 2010.

Disse medlemmer er videre opptatt av at ideelle og andre private aktører blir benyttet i langt større grad når det gjelder helse- og omsorgstjenester. Det vises i denne sammenheng til de økende ventetidene og ventelistene i helsevesenet. Privat og ideell kapasitet innenfor somatikken, rusomsorgen, rehabiliteringsfeltet og psykiatrien må benyttes, finansiert av det offentlige, slik at ventetider og ventelister kan reduseres. Disse medlemmer er av den oppfatning at ideelle og andre private aktører bør likestilles med offentlige aktører, slik at man får benyttet kapasiteten som er tilgjengelig, til det beste for innbyggere og pasienter.

Disse medlemmer er av den oppfatning at samhandlingsreformen er lite konkret og derfor ikke vil bidra til de nødvendige endringer i det norske helse- og omsorgsvesenet. Disse medlemmer viser i denne sammenheng til de konkrete forslag som fremmes i saken fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti.

Komiteens medlemmer fra Høyre mener at den offentlige helsetjenesten må sikre at pasientene får nødvendig helsehjelp av god kvalitet når de har behov for det. Målet er et likeverdig helse-tilbud til alle, uavhengig av sosial og økonomisk status, bosted og bakgrunn. Disse medlemmer deler langt på vei analysen av hovedutfordringene i helsetjenesten, slik det skisseres i St.meld. nr. 47 (2008–2009). Slik disse medlemmer ser det, er de konkrete tiltakene som beskrives i meldingen verken tilstrekkelige eller riktig innrettet for å nå reformens mål om et bedre helsetilbud til pasientene og en mer bærekraftig ressursbruk i helsetjenesten.

Disse medlemmer deler regjeringens vurdering om at en av hovedutfordringene i helse- og omsorgstjenesten er at pasientene opplever et byråkratisk og fragmentert helse- og omsorgstilbud, noe som særlig rammer pasienter som trenger sammensatte tjenester over tid. For mange pasienter blir avhengig av behandling i spesialisthelsetjenesten som følge av mangelfulle tilbud på lavere nivå. Disse medlemmer mener videre at tilbudet om habilitering og rehabilitering svikter i mange ledd, noe som medfører at mange mennesker mister muligheten til å mestre hverdag og jobb. Arbeidet for kvalitet og kompetanseutvikling er for lavt prioritert i helse- og omsorgstjenesten, slik disse medlemmer ser det. Videre støtter disse medlemmer regjeringens vurdering om at manglende innsats for forebyggende behandling innebærer unødvendig sykdomsbelastning for pasientene og et høyt press på helse- og omsorgstjenesten.

Disse medlemmer viser til at bevilgningene til spesialisthelsetjenesten er mer enn fordoblet i perioden 2002–2009. Norge er i verdenstoppen når det

gjelder bevilgninger til helsetjenesten per innbygger, og har et høyere antall sykehussenger samt flere leger og sykepleiere i sykehus enn andre europeiske land. Til tross for dette rangeres Norge lavt i flere undersøkelser av sammenheng mellom ressursinnsats og resultater, eksempelvis på 10. plass i EuroHealth Consumer Index for 2009. Slik disse medlemmer ser det, skyldes dette først og fremst strukturelle svakheter og organisatorisk svikt. Mens ressurs situasjonen i spesialisthelsetjenesten har økt kraftig de siste årene, har bevilgningene til den kommunale helse- og omsorgstjenesten stagnert. Parallelt med dette reduseres liggetiden i sykehus, og en økende andel av pasientene behandles poliklinisk, noe som tilsier en oppgaveforskyvning i retning av kommunene. Den økende andelen eldre, flere unge brukere og økt forekomst av kroniske sykdommer forsterker presset på den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Slik disse medlemmer ser det, må ressursinnsatsen i helsetjenesten i større grad rettes mot den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Dette vil sikre at pasientene får bedre helse- og omsorgstjenester der de bor, og samtidig føre til bedre ressursbruk i helsesektoren. Det forebyggende helsearbeidet må styrkes, særlig i regi av frivillige organisasjoner. Disse medlemmer mener at dagens kommunestruktur forhindrer utvikling av et bedre helsetilbud, og mener at kommunesammenslåing til større enheter er en forutsetning for at den kommunale helse- og omsorgstjenesten kan ta et større ansvar for pasientbehandlingen. Slik disse medlemmer ser det, trenger kommunene flere ansatte med høy kompetanse for å sikre bedre kvalitet i helse- og omsorgstilbudet. Dersom kommunene skal være en attraktiv arbeidsplass for sykepleiere, leger og annet faglært personell, må det være større fagmiljø og bedre muligheter for fagutvikling enn i dag. Videre må pasientgrunnlaget være tilstrekkelig til at det kan utvikles gode tilbud i kommunene som representerer et reelt alternativ til spesialisthelsetjenesten. Disse medlemmer mener at regjeringens forslag om å øke de generelle rammeoverføringene til kommunene gjennom årlig budsjettbehandling ikke gir en tilstrekkelig trygghet for at helsetjenesten utvikles i tråd med intensjonene. Det er nødvendig med øremerkede midler til kommunene i en opptrappingsperiode for å utvikle bedre helse- og omsorgstilbud i sektoren. Videre må det investeres i et kunnskaps- og kompetanseløft for de ansatte i helse- og omsorgstjenesten i kommunene, slik at de har forutsetning for å ivareta en større del av pasientbehandlingen.

Disse medlemmer mener at det allmennmedisinske arbeidet i kommunene må styrkes gjennom bedre samarbeid og utnyttelse av legeressursene, ikke gjennom å øke den kommunale påleggshjemme-

len eller andre ensidige styringstiltak. Fastlegenes tilgjengelighet må ikke svekkes gjennom ordninger som innebærer flere arbeidsdager i andre kommunale virksomheter. Det bør i stedet etableres større stillingsbrøker for sykehjemsleger som sikrer bedre kompetanse og kontinuitet i legetjenesten. Fastlegene må gis bedre fagutviklingsmuligheter gjennom faglige fellesskap, og de må ha bedre muligheter for samarbeid med andre personellgrupper som for eksempel psykologer, vernepleiere, spesialsykepleiere, ergoterapeuter og fysioterapeuter.

Selv om opptrappingsplanen for psykisk helse har ført til en betydelig kapasitetsøkning i tilbudet, mener disse medlemmer at det psykiske helsevernet fortsatt er mangelfullt. Det er fortsatt for høyt press på akuttavdelingene i sykehus som følge av mangelfulle tilbud lokalt, samt lange ventetider for behandling. Disse medlemmer mener at det særlig er behov for å etablere flere lavterskeltilbud i kommunene, som kan bidra til bedre tilgjengelighet og tidligere intervensjon.

Disse medlemmer viser til regjeringens forslag om ulike ordninger med kommunal medfinansiering som et virkemiddel for å styrke forebyggende tiltak og behandlingstilbudet i kommunene. Slik disse medlemmer ser det, er dette ikke et hensiktsmessig virkemiddel med dagens kommunestruktur. Svært mange kommuner har for lavt befolkningsgrunnlag til å kunne etablere reelle alternativ til spesialisthelsetjenesten. Videre vil kommunenes muligheter for å begrense utvikling av sykdom og behov for spesialisthelsetjenester være begrenset på en rekke områder. Disse medlemmer frykter også at ordningen med generell kommunal medfinansiering i praksis vil svekke pasientens rett til spesialisthelsetjenester, fordi kommunene vil ha et sterkt insentiv til å begrense bruk av slike tjenester. Slik disse medlemmer ser det, må alternative finansieringsløsninger utredes og utprøves nærmere. En opptrapping av tilbudet i kommunene og etablering av flere tilbud i samarbeid mellom kommuner og spesialisthelsetjeneste vil sikre et bedre tilbud til pasientene på laveste effektive tjenestenivå uten de negative konsekvensene som kommunal medfinansiering kan medføre.

Slik disse medlemmer ser det, må det også øremerkes midler i helseforetakene for å utvikle flere desentraliserte helsetilbud og tilbud i samarbeid med kommunehelsetjenesten. Helseforetakenes virksomhet må omstilles i retning av mer desentralisert og ambulerende virksomhet for å understøtte den kommunale helse- og omsorgstjenesten, eksempelvis innenfor geriatri, rehabilitering og psykisk helsevern. Lokalsykehusene må videreutvikles gjennom å styrke tilbudet til store pasientgrupper, særlig innenfor geriatri, rehabilitering, legevaktjenester og lin-

drende behandling. Helseforetakene må ha en lovpålagt plikt til samhandling med kommunehelsetjenesten, og det må utarbeides samarbeidsavtaler mellom lokale helseforetak og kommuner.

Til tross for en formidabel vekst i bevilgningene til helse, har helsekøen økt med ca. 62 000 pasienter under Regjeringen Stoltenberg II. Dette har blant annet sammenheng med regjeringens begrensninger i bruk av private helsetilbud. Den lange ventetiden innebærer belastninger for pasientene og økte utgifter knyttet til sykmeldinger for samfunnet og næringslivet. Regjeringen Stoltenbergs politikk fører til en klassedelt helsetjeneste der bare de pasientene som har god økonomi, kan kjøpe seg plass i private tilbud, mens de som har dårlig økonomi, må stille seg bakerst i den offentlige helsekøen. Dette er i strid med målet om en likeverdig helsetjeneste til alle. Disse medlemmer viser til Høyres alternative statsbudsjett for 2010, der det foreslås økt kjøp av private helsetjenester med 515,7 mill. kroner for å bidra til at 25 000 flere pasienter kan behandles i regi av private aktører innenfor både psykisk helsevern, rusbehandling og somatiske tjenester. Disse medlemmer påpeker at en reduksjon i andelen innsatsstyrt finansiering fra 40 prosent til 30 prosent vil svekke insentivet til effektiv pasientbehandling i helseforetakene og dermed bidra til økt ventetid og økte helsekøer. Disse medlemmer går derfor ikke inn for å redusere andelen av innsatsstyrt finansiering.

Til tross for at det er avdekket store mangler i tilbudet om habilitering og rehabilitering, konstaterer disse medlemmer at Regjeringen Stoltenberg ikke har foreslått noen styrking av dette feltet verken i foregående stortingsperiode eller i 2010. Til sammen 50 organisasjoner, herunder store pasientorganisasjoner som Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon, Handikapforbundet og Landsforeningen for hjerte- og lungesyke, har uttalt at dette bør bli den neste store helsepolitiske satsingen fremover. Disse medlemmer mener en slik satsing vil bidra til at flere mennesker får mulighet til å mestre hverdagen og delta i arbeids- og samfunnsnivå. Representanter for Høyre fremmet i Dokument nr. 8:56 (2006-2007) og i Dokument nr. 8:81 (2008-2009) forslag om en opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering med øremerkede midler til både kommuner og helseforetak. Forslaget fikk ikke regjeringspartiernes støtte. Disse medlemmer viser også til Høyres alternative statsbudsjett for 2007, 2008, 2009 og 2010 der det er foreslått om lag 500 mill. kroner for å iverksette en slik satsing. Disse medlemmer mener at et bedre og mer helhetlig tilbud til pasientene forutsetter en kraftig opprustning av tilbudet om habilitering og rehabilitering, og fastholder kravet om en konkret opptrappingsplan for dette området. Disse medlemmer mener at det er behov for en særlig

satsing på tiltak for rusmiddelavhengige, Ventetiden for rusbehandling har økt betydelig siden 2006, og 4 300 rusmiddelavhengige venter på behandling. Samtidig er det betydelig svikt både i det målrettede forebyggende arbeidet overfor utsatte familier og i rehabiliteringstilbudet og ettervernet i kommunene.

Disse medlemmer påpeker at dagens IKT-system er fragmentarisk og til dels lite funksjonelt, noe som forhindrer god pasientbehandling og samhandling. Videre viser disse medlemmer til Teknologirådets rapport om hvordan ny teknologi kan sikre bedre tjenester og en tryggere hverdag for dem som trenger omsorgstjenester, og deres pårørende. Slik disse medlemmer ser det, er det også et betydelig potensial for å utnytte telemedisinske tjenester bedre, slik at flere pasienter kan få god behandling der de bor. Disse medlemmer mener derfor at samhandlingsreformen må inneholde en konkret og forpliktende satsing på IKT i helsetjenesten, som sikrer nasjonale standarder, mer hensiktsmessige løsninger og bedre utnyttelse av teknologiens muligheter for å sikre gode helsetjenester til pasientene.

Komiteens medlem fra Kristelig Folkeparti mener hovedproblemet i dagens helsetjenester er at disse er fragmenterte og usammenhengende. Dette rammer pasientene, særlig dem med behov for helsetjenester fra flere instanser på ulike nivåer over tid, som kronisk syke, rusmiddelavhengige og psykisk syke. En samhandlingsreform må derfor ha som mål å bedre samhandlingen. Sentralt står målet om rett helsetjeneste på rett sted til rett tid. Dette skal ikke begrunnes i ønske om å spare penger, men hva som er best for pasientene.

Så lenge spillet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten består, er dette til hinder for gode og helhetlige helsetjenester med pasienten i sentrum. I dag er det slik at verken kommunen eller spesialisthelsetjenesten ønsker å ta ansvar for kostnadskrevede oppgaver. Det vises ofte til at adskilte budsjetter hindrer denne samhandlingen. Dette medlem mener det mangler insitamenter for samhandling mellom kommuner og sykehus.

Gode samhandlingstiltak må fjerne spillmuligheten. Derfor er det først og fremst finansieringsordningene som må endres. Med nye finansieringsordninger må ansvarsforholdene være avklart. Dette må fremgå klart i lov-, regel- og avtaleverk.

Nye finansieringsordninger og overføring av nye oppgaver til kommunene må utvikles i prøveprosjekter som lar seg evaluere, særlig med hensyn til kvalitet. I evalueringen av sykehusreformen fra Norges forskningsråd (2007) kommer det frem at det ikke lot seg gjøre å evaluere reformens effekt på kvaliteten i behandlingstilbudet, verken den faglige eller pasien-

tenes vurdering, hovedsakelig på grunn av manglende datagrunnlag.

Prøveprosjektene skal ha som mål å sikre helhetlige helsetjenester, fra forebygging til behandling og rehabilitering. Dette medlem mener kommunalt bestiller- og finansieringsansvar for spesialisthelsetjenester bør inngå blant prøveprosjekter for nye finansieringsordninger. Kommunalt bestiller- og finansieringsansvar innebærer at ansvaret for helsetjenester samles på ett forvaltningsnivå, at avgjørelser tas så nær pasienten som mulig, og at avgjørelser i sterkere grad underlegges folkevalgt styring og kontroll.

Dette medlem viser til at det skjer en stadig spesialisering i helsetjenesten. Mennesker vil overleve og leve med stadig mer alvorlig skade og sykdom over lang tid. Det bør etableres særskilt finansiering av helhetlige pasientforløp eller behandlingslinjer. Behandlingslinjer defineres som kjernevirksomhet i sykehus med fokus på faglig kvalitet, prosesser og samhandling. Det går fra utredning, innleggelse, diagnostikk, behandling, utskrivelse og oppfølging. Kommunehelsetjenesten og egenomsorg befinner seg både foran og bak, men også underveis i forløpet. Dette vil medføre at det gis stadig mer avansert behandling, ikke bare ved sykehusene, men også i kommunehelsetjenesten. Ved å forankre finansiering av slike helhetlige behandlingsforløp i kommunene gjennom forsøk med kommunalt bestiller- og finansieringsansvar, vil det etableres insentiver for en best mulig innretning av tilbudet for de aktuelle pasientgruppene, som mennesker med kroniske sykdommer. Sannsynligvis vil dette bidra til utbygging av behandlingstilbud i skjæringspunktet mellom kommunehelsetjenester og spesialisthelsetjenester. Dette vil si en større fleksibilitet i behandlingstilbudet, der behov enten på vei til å bli syk, på vei til å bli frisk eller til en verdig død dekkes. Det må bli større mulighet for både fastlege og også for hjemmetjenesten og sykehjemmene å konsultere spesialister på sykehus om en pasient. Helsehjelp bør ikke nødvendigvis bety innleggelse i sykehus, men kan skje som poliklinisk behandling eller med innleggelse i sykehjem eller på en kommunal observasjonsplass, eventuelt i distriktsmedisinsk senter. Det vises i denne sammenheng til erfaringene fra Søbstad sykehjem i Trondheim. Behandling i denne avdelingen førte til en reduksjon i antall reinnleggelse, redusert behov for kommunale hjemmetjenester og reduksjon i antall døde sammenliknet med tradisjonell sluttbehandling i sykehus.

Dette medlem mener de kommunale helse- og omsorgstjenestene må styrkes. Det bør skje blant annet gjennom øremerking av midler for å målrette innsatsen bedre. Statens helsetilsyn avdekker i sine tilsyn at mange kommuner strever med å organisere

et faglig forsvarlig og helhetlig helsetilbud til eldre, psykisk syke, utviklingshemmede og rusmiddelavhengige. Den kommunale helse- og omsorgstjenesten bør blant annet i mye større grad enn i dag utgjøre et helhetlig tjenestetilbud der hjemmetjenester, sykehjem, fastleger, rehabiliteringsavdelinger, helsestasjoner og kommuneleger inngår. Det bør satses på bedre kommunikasjon og samarbeid mellom disse, samt kompetanseoverføring gjennom veiledning. Videre er satsing på lavterskeltilbud viktig for å øke tilgjengeligheten til tjenestene. Dette medlem mener det bør satses på å bygge ut flere kommunale institusjonsplasser, blant annet enheter for lindrende behandling og sykehjemsplasser for de sykeste eldre og tilrettelagte boliger for psykisk syke og rusmiddelavhengige.

Dette medlem vil vise til representantforslag fra Kristelig Folkeparti om rett til rehabilitering (Dokument nr. 8:56 (2006–2007)). Forslaget ble fremmet blant annet på bakgrunn av at mange pasienter opplever ikke å få den rehabiliteringen de trenger. En sterkere rettighetsfesting kunne derfor sikre at flere får det.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti, Senterpartiet og Kristelig Folkeparti, viser til at i rapport om innsatsstyrt finansiering (ISF) fra Helsedirektoratet (2007) kommer det frem en bekymring for at fokus på økonomi helt ned på avdelingsnivå på sykehusene er styrende for prioritering og kvalitet i helsetjenesten. Dette var ikke intensjonen med ordningen. Hva sykehuset tjener, skal ikke være styrende for den helsehjelpen som gis pasientene. Flertallet mener derfor at det er behov for å tydeliggjøre at ISF ikke er et prioriteringsverktøy, og støtter derfor at andelen ISF reduseres til 30 prosent, og at rammeandelen øker til 70 prosent. Fokus må flyttes fra marginalinntekter til kostnader forbundet med helseforetakenes samlede aktiviteter.

3.1.1 *Overordnede mål*

Komiteen viser til at samhandlingsreformen bygger på målsettingen om å redusere sosiale helseforskjeller, og at alle skal ha et likeverdig tilbud av helsetjenester uavhengig av diagnose, bosted, personlig økonomi, kjønn, etnisk bakgrunn og den enkeltes livssituasjon. Når sykdom rammer, skal folk oppleve at de får tilbud om behandling og pleie med kort ventetid og med størst mulig nærhet til brukeren. Disse målsettingene kan nås gjennom styrking av kommunehelsetjenesten, økt satsing på folkehelsearbeid, etablering av lokalmedisinske sentra og gjennom utvikling av lokalsykehusenes rolle i spesialisthelsetjenesten.

3.1.2 *Ressursfordeling og prioritering*

Komiteen mener at en moderne helsetjeneste må være kunnskapsbasert og rettferdig fordelt. Samtidig registrerer komiteen at utviklingen i medisinsk kunnskap, forskjellig status mellom fagområder og allmenne holdninger i samfunnet over tid har ført til skjevheter i ressurstildeling og prioriteringer. Etter komiteens vurdering preges utviklingen de siste tiårene av at akuttmedisin er blitt prioritert høyere enn helsetjenester til kronikergruppene og habilitering/rehabilitering. Som et element i denne utviklingen har endringer og reformer i helsetjenesten gjennom de siste årene funnet sted innen organisatoriske enheter hver for seg. Komiteen erkjenner at vi i for stor grad har planlagt og organisert våre helsetjenester basert på at pasienter vil motta sin helsehjelp hos én aktør og ut fra at pasientene går fra å være syke til å være friske. Nyvinninger i moderne medisin, endret sykdomspanorama og endret alderssammensetning i befolkningen fører til at stadig flere pasienter trenger helsehjelp fra mange aktører, og at pasienter ofte verken vil være helt friske eller helt syke etter behandling, men vil ha behov for tilrettelegging og habilitering/rehabilitering for å oppnå et best mulig funksjonsnivå.

Komiteen mener at de samlede resultater i norsk helsetjeneste kan bli mer enn summen av enkeltinnsatsene, men dette vil kreve at samarbeid og samhandling mellom aktørene organiseres tydeligere, og at god samhandling erkjennes som en integrert del av verdigrunnlaget for helsetjenesten.

Komiteen mener derfor det er en styrke når organisering og virkemidler som skal understøtte god samhandling, behandles under ett. Komiteen gir sin tilslutning til overordnede målsettinger om at forebyggingsarbeidet bør styrkes på flere nivåer, at flere helsetjenester skal tilbys innenfor rammen av en godt organisert kommunehelsetjeneste, og at riktige bruk av humane og andre ressurser er nødvendig for å sikre langsiktig bærekraft for en helsetjenestemodell hvor alle innbyggere skal ha lik tilgang på helsetjenester. Komiteen registrerer at det i høringer og i allmenn debatt er bred enighet om disse overordnede målsettinger. Komiteen mener at betydelige endringer må finne sted for å realisere målsettingene, og at slike endringer over tid vil påvirke flere samfunnsområder, eksempelvis forebyggingsarbeid over hele spekteret fra primærforebygging på nasjonalt nivå til sykdomsreducerende tiltak på individnivå, og kapasitet og fagplaner i utdanningssektoren. Komiteen mener de samlede endringer vil måtte skje over noe tid, og at det blir viktig å lære fortløpende av de erfaringer man høster.

Komiteen viser til at det særlig i spesialisthelsetjenesten har vært en betydelig utgiftsvekst de siste årene. Bakgrunnen for dette er sammensatt og skyl-

des økt pasientbehandling, nye oppgaver til spesialisthelsetjenesten og økte kostnader til ytelsesbaserte pensjoner, men også en reell utgiftsvekst. Dette sammen med kommende demografiske endringer i befolkningen vil medføre både kostnadsøkninger og behov for omfattende rekruttering av mer helsepersonell dersom dagens organisering og oppgaveavgrensning for spesialisthelsetjenesten videreføres. Komiteen er særlig bekymret for den fremtidige mulighet til å rekruttere nok personell fordi årskullene av nye arbeidstakere ikke øker i takt med behovet i sektoren. Komiteen mener derfor at tilgangen på personell vil bli den bestemmende og begrensende faktor for gode helsetjenester i framtiden. Komiteen mener det er avgjørende at organiseringen av helsetjenesten fører til riktig bruk av begrensede personalressurser.

3.2 Samhandlingsproblemer og utfordringer

Komiteen registrerer at mange og store pasientgrupper for ofte får behandling på feil nivå enten fordi samhandlingen mellom aktører ikke er god nok eller fordi tjenestetilbudene er skjevt fordelt både når det gjelder bemanning og behandlingstilbud.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, finner det godt dokumentert at det er for mange innleggelser både i somatikk og psykiatri, og at det finner sted for mange reinnleggelser i sykehusene, særlig blant eldre pasienter. Dette er menneskelig og faglig uheldig, og det er dårlig bruk av de samlede ressurser.

Etter komiteens mening medfører dette at fagfolkens kompetanse ikke i stor nok grad blir benyttet der hvor helsegevinsten vil vært størst. Komiteen viser til at pasientgrupper med kroniske sykdommer er avhengig av tjenester fra flere deler av helsetjenesten.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, mener at bedre organisering av habilitering og rehabilitering innen kommunehelsetjenesten vil øke funksjonsnivået for mange kronikere slik at de både blir mer selvhjulpne og får bedre helse.

Komiteen legger vekt på at en helhetlig forståelse av habilitering og rehabilitering i helsetjenesten vil gi samfunnsøkonomiske gevinster også utenfor helsetjenesten, blant annet knyttet til trygdeytelser og behovet for omsorgstjenester.

3.2.1 Folkehelsearbeid, forebygging og habilitering og rehabilitering

Komiteen registrerer at det er solid dokumentasjon for nytten av helseforebyggende arbeid både på overordnet nivå for å hindre sykdom og på individnivå både tidlig og sent i sykdomsforløpene. Overordnet helseforebyggende arbeid skjer på mange samfunnssektorer og det er oppnådd gode resultater når det gjelder skade- og sykdomsforebygging. Arbeid inn mot sentrale sykdomsårsaker som høyt blodtrykk, tobakksbruk og høyt alkoholkonsum har gitt resultater. Komiteen mener innsatsen på disse områder må videreutvikles og forsterkes lokalt, nasjonalt og gjennom nordisk samarbeid, helsesamarbeidet i EU og i WHO.

Komiteen vil peke på at kommunene gjennom lovverket må gis et tydelig ansvar som gjenspeiler folkehelseperspektivet, forebygging og tidlig intervensjon. Det blir da kommunestyrets ansvar å bygge opp et apparat både administrativt og faglig tilpasset de lokale utfordringer. I en slik plan vil alle sektorenes helseansvar bli synliggjort sammen med samarbeid og arbeidsdeling som trengs i forhold til andre kommuner, helseforetak og frivillige organisasjoner. Komiteen vil særlig fremheve den store betydningen foreldre, barnehage og grunnskole har for å gi barna en god start som bidrar til å redusere forskjellene i levekår og helse.

På samme måte vil komiteen understreke at forebygging også må skje på arbeidsplassene.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, mener dette ansvaret nødvendiggjør årlig behandling i kommunestyrene om lokale tiltak for bedre folkehelse.

Komiteen vil samtidig understreke helsetjenestenes ansvar og mulighet for forebyggende og helsefremmende arbeid. Komiteen gir sin tilslutning til aktuelle statusbeskrivelser som fremkommer i stortingsmeldingen, og støtter at alle ledd i helsetjenesten skal ha ansvar for forebyggende arbeid og for behandling, habilitering/rehabilitering og mestring. Komiteen mener at spesialisthelsetjenesten må få et tydeligere ansvar for forebyggende arbeid og for vektlegging av mestringsevne som mål for god behandling, men understreker samtidig at hoveddelen av det forebyggende og helsefremmende arbeid best kan gjøres på de omsorgsnivåer som er nær pasientens hjem og bosted.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, mener at intensjonene i stortingsmeldingen på dette området kan gi betyde-

lig fremtidig helsegevinst for befolkningen gjennom lokal organisering og utvelgelse av innsatsområder basert på dokumentert kunnskap.

Flertallet vil understreke at habilitering og rehabilitering må få en tydelig plass, både i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, i den helsemodellen samhandlingsreformen legger opp til. I et samhandlingsperspektiv, hvor individuelle pasientløp forutsetter gode, tilpassede og samstemte opplegg, må habilitering og rehabilitering bli en naturlig del av behandlingsløpet for de pasientgruppene som trenger dette.

Komiteen vil peke på at det er bred enighet om at habilitering og rehabilitering ikke har hatt det fokus som feltet fortjener. Kunnskap om hvilke tilbud som finnes og hva slags habilitering og rehabiliteringsopplegg som gir best hjelp for ulike pasientgrupper, er fragmentert og mangelfull. Det går også fram av undersøkelser at det er tilfeldig hvilke pasienter som får relevant og tilstrekkelig habilitering og rehabilitering og hvilke som ikke får det. Det er derfor etter komiteens mening behov for mer og bedre forskning på habilitering og rehabilitering, og bedre og mer systematisk samarbeid mellom habiliterings- og rehabiliteringsfeltet og det øvrige helsevesenet.

Komiteen ser behovet for å styrke arbeidslivdimensjonen i oppfølgingen av samhandlingsreformen. Utfordringen knyttet til samhandling mellom helsetjenesten og Nav må gjennomgås. Det er behov for å legge mer vekt på å koordinere tjenester mellom arbeidsplass, spesialisert helsevesen og kommunehelsetjenesten. I denne sammenheng kan arbeidsrettet rehabilitering ivareta behovet til de større brukergruppene.

Komiteen viser til at komiteen understreket i Innst. 11 S (2009–2010) «... at gode og tilpassede rehabiliteringstilbud kan gi raskere tilbakeføring til arbeidslivet og dermed redusert sykefravær». Komiteen pekte videre på «... at rehabiliteringsfeltet skal tilby både spesialisert og generell pasientrehabilitering, og at man må ha tilbud både i spesielle rehabiliterings/habiliteringsinstitusjoner, ved sykehusene og i kommunehelsetjenesten».

Komiteen mener arbeidsrettet rehabilitering som tverrfaglig spesialisert fagområde synes å ha særlig gode forutsetninger for å understøtte helhetlige behandlingsforløp for pasienter med sammensatte tilstander.

Komiteen ber regjeringen sørge for at det utvikles kapasitet og kompetanse innen arbeidsrettet rehabilitering, og komme tilbake til Stortinget med tiltak for å sikre bedre samhandling mellom helsetjenesten og Nav og dermed helhetlig oppfølging av pasienter med sikte på tilbakeføring til arbeid.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti vil vise til sine generelle merknader, der det blir konstatert at dette ikke er noen sparerreform, men vil kreve noe mer penger i oppbyggingen av reformen for dermed å spare penger på lang sikt. Gjennom å bygge på LEON-prinsippet vil vi oppnå eksempelvis redusert sykefravær, kortere behandlingstider og mulighet for flere til å bli stående i arbeid.

3.2.2 *Pasientrolle og pasientforløp*

Komiteen er enig i at helsetjenesten mangler strukturer og systemer som tar ansvar for helheten i pasientenes behov. Tjenestene er grunnleggende vertikalt organisert for eksempel ved at helseforetakene har ansvaret for spesialiserte helsetjenester mens kommunene har ansvaret for allmennhelsetjenesten og omsorgstjenesten. Komiteen merker seg at meldingen fastslår at gjeldende lovgivning ikke pålegger noen nivåer eller strukturer under departementsnivå ansvar for helheten i tjenestene. Komiteen mener dette er medvirkende til at tjenestetilbudet samlet blir for fragmentert. Komiteen mener at behovet for en ny organisering av samhandling også følger av at fagpersonenes autoritet i vår tid i det vesentlige kommer gjennom dokumentert kunnskap og erkjennelse av at pasienter har rett til selv å delta i beslutninger og prioriteringer knyttet til egen helse. Komiteen vil understreke at fagfolk ikke kan overlate sitt faglige ansvar til pasienten, men at fagfolk har ansvar for å formidle kunnskap slik at pasienten selv kan delta. Komiteen vil understreke at pasienten er spesialisten på egne behov og målsettinger.

Komiteen mener at samhandling for pasienten og samhandling med pasienten er et pliktgrunnlag for å kunne sette pasienten i sentrum, vise respekt for det enkelte menneske og kunne tilpasse tjenester individuelt. Samhandling skal derfor være en integrert del av verdigrunnlaget for alle aktører i helsetjenestene. Komiteen registrerer at slike krav ikke er regulert i egen lov, men at det foreligger enkeltstående eksempler om plikt til samhandling i de ulike tjenestetelover. Dette regulerer blant annet bestemmelsene om individuell plan, pasientansvarlig lege og spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt over kommunehelsetjenesten. Komiteen mener disse virkemidler har betydning og skal videreføres, men at de alene ikke er tilstrekkelige. Komiteen støtter derfor at det etableres en lovpålagt plikt til å sørge for at pasienter med særlig behov for koordinerte helse- og omsorgstjenester får en pasientkoordinator som kontaktpunkt i tjenestene. Komiteen mener at dette virkemiddel i første rekke bør tilpasses for pasienter hvor samordningsbehovene er komplekse. Komiteen er enig i at utformingen av ordningen må tilpasses andre etablerte ordninger som individuell plan

og koordinerende enhet på habilitering og rehabiliteringsområdet. Komiteen støtter stortingsmeldingens påpekning av at pasientkoordinatoren kan fylles av flere faggrupper, eksempelvis fastlege, sykepleier, sosionom, fysioterapeut, ergoterapeut eller annet.

Komiteens medlemmer fra Framskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti mener at pasienten må sikres rett til å skifte pasientkoordinator og fremmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen i forbindelse med innføring av ordningen med pasientkoordinator sikre pasientens rett til å skifte koordinator.»

Disse medlemmer viser til at lovfesting av rett til brukerstyrt personlig assistanse er utsatt flere ganger, og mener at det ikke er grunn til å vente med å innføre en slik rett. Disse medlemmer mener derfor at regjeringen i løpet av 2010 skal fremme forslag til lovendring som sikrer rett til brukerstyrt personlig assistanse for mennesker med omfattende behov for praktisk og personlig bistand. Forslaget må også sikre at brukerne får rett til valg av arbeidsgivermodell. På denne bakgrunn fremmer disse medlemmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen i løpet av 2010 fremme forslag til lovendring som sikrer rett til brukerstyrt personlig assistanse for mennesker med omfattende behov for praktisk og personlig bistand.»

3.3 Ny framtidig kommunerolle

Komiteen vil påpeke at det er avgjørende viktig at kommunens nye helseansvar kommer tydelig fram i lovgivningen slik at tiltak for bedre helsetilstand får en helt annen plass på dagsorden i alle kommunale organ og sektorer. Komiteen mener folkehelseperspektivet må fremheves i dette nye helseansvaret.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, vil understreke at det gjennom lovgivningen bl.a. i ny helse- og omsorgslov for kommunene fastsettes en klarere ansvarsfordeling mellom helseforetakene og kommunene. En slik klarhet er viktig for godt samarbeid og god samhandling. I dette lovverket må, der det er mulig og hensiktsmessig, det konkretiseres hvilke nye oppgaver kommunene skal få ansvar for. Flertallet vil understreke at prinsippet om at alle kommuner har ansvar for de samme tjenestene, skal ligge fast også på helseområdet.

Komiteen viser til at en ny rolle for kommunehelsetjenesten med utvidet ansvar for forebygging, diagnostikk, behandling og habilitering/rehabilitering er bærebjelken i samhandlingsreformen. Komiteen registrerer at det foreløpig ikke er gjennomført samfunnsøkonomiske analyser av de aktuelle oppgaveendringene og at regjeringen legger som en forutsetning at tiltakene viser seg kostnadseffektive.

Komiteen gir sin tilslutning til at det legges opp til et forpliktende avtalesystem mellom kommuner/samarbeidende kommuner og helseforetak om oppgavefordeling og samarbeid. Komiteen er enig i at det i videre utredningsarbeid avklares hvordan myndighetene skal følge opp arbeidet. Komiteen mener avtalene må sikre gode prosesser knyttet til felles forståelse av kriterier for når pasienter er klare for utskrivelse fra spesialisthelsetjenesten. Komiteen mener slike avtaler på tilsvarende måte må omhandle prosesser og kriterier knyttet til innleggelse i spesialisthelsetjenesten og alternative tiltak i kommunehelsetjenesten.

3.3.1 Ressurser og forpliktelser

Komiteen slutter seg til forslaget om at kommunene får betalingsplikt for utskrivingsklare pasienter. Samtidig vil komiteen påpeke at fastleger i dag ikke kan skrive inn en pasient til helse- og omsorgstilbud i kommunen.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, mener det må vurderes å gi fastleger større innflytelse på inntaksprosedyrene til sykehjem.

Komiteens medlemmer fra Framskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti mener at i forslaget til ny kommunehelsetjenestelov må regjeringen fremme forslag som gir leger rett til å skrive pasienter inn i tilbud med hel-døgn pleie og omsorg i kommunene.

Komiteen viser til at det i de etablerte lokalmedisinske sentre tilbys tjenester både fra kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, mener det er naturlig at det fortsatt skal være slik, men at det er naturlig at det er kommune(r) som eier og har praktisk driftsansvar for slike sentre. I enkelte tilfelle der et lokalmedisinsk senter samlokaliseres med et lokalsykehus, kan eierskapet være et annet.

Komiteen mener kommunene må gis økonomiske ressurser som fullfinansierer de nye oppgavene kommunene får gjennom samhandlingsreformen.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, støtter at det skal være en forflytning av ressurser mellom forvaltningsnivåene som samsvarer med oppgaveoverføringene.

Meldingen angir at regjeringen vil legge til rette for at en større andel av forventet økonomisk vekst i sektoren skal komme i form av frie inntekter for å styrke forebyggingsarbeidet. Flertallet mener det må vurderes om deler av de økte overføringene til kommunene knyttet til reformen skal være øremerket de første årene. Flertallet viser til de gode erfaringene med dette tidligere bl.a. gjennom Opptappingsplanen for psykisk helse.

Komiteen mener det er samfunnsøkonomisk riktig å satse mer på forebyggende arbeid, tidlig intervensjon, behandling og habilitering og rehabilitering i kommunene. Komiteen mener videre at finansiering gjennom økte ressurser til kommunene vil understøtte utvikling av nye tiltak tilpasset behovene i den enkelte kommune.

Komiteens medlemmer fra Framskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti vil presisere at satsing på habilitering og rehabilitering i kommunehelsetjenesten ikke må gå på bekostning av videre satsing på habilitering og rehabilitering i spesialisthelsetjenesten. Mennesker med sammensatte og kroniske lidelser og skader vil fortsatt ha behov for spesialistkompetanse. Disse medlemmer viser til Innst. 11 S (2009–2010) om omleggingen av finansieringsordningen for fysioterapeuter. Effektene av denne omleggingen må evalueres og konsekvensutredes, og konklusjoner fra dette arbeidet må foreligge før takstforhandlingene starter i 2010. Også konsekvensene for pasientene må tas med i en slik evaluering.

Disse medlemmer mener kommunene må settes i stand til å kunne ivareta nye oppgaver. Det er særlig behov for kompetanse og kapasitet til å forebygge, diagnostisere og behandle. Den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal bygges opp gjennom en kombinasjon av økte frie midler og øremerkede midler. Øremerkede midler skal brukes til å sikre at kommuner samarbeider med hverandre og spesialisthelsetjenesten, og dette skal innføres fra 2012. Dette gjelder for eksempel oppbygging av lokalmedisinske senter. Øremerkede midler kan brukes både overfor kommunene og helseforetakene. Dette vil bygge opp under meldingens forslag om et lovfestet krav til at

kommuner/samarbeidende kommuner og helseforetak skal inngå samarbeidsavtaler.

3.3.2 *Kompetanse og organisering*

De nye fremtidige oppgaver for kommunehelsetjenesten vil være administrasjons- og funksjonsoppgaver og kompetansekrevene faglige funksjoner. Komiteen er enig i at helseovervåking, folkehelsearbeid og arbeid med avtaler vil være sentralt blant administrasjons- og funksjonsoppgavene. Komiteen mener det blir viktig at kommunene får nasjonale verktøy for helseovervåking, slik at likeverdige helsetjenester kan sikres og at det etableres standarder for avtaler med helseforetakene og hvordan disse skal følges opp.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, mener at gjennomføringen av reformen gir en unik mulighet til å organisere samhandling mellom kommunehelsetjenestens gamle og nye oppgaver blant annet gjennom organisatoriske og lokaliseringmessige grep.

Komiteen mener at gode organisatoriske løsninger vil måtte tilpasses størrelsen på kommunen/samarbeidende kommuner, og at det skal være anledning til gode lokale tilpasninger. Komiteen vil peke på at lokalmedisinske sentra vil være gode organisatoriske grep i gjennomføring av reformen.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, vil understreke at definisjon på et lokalmedisinsk senter bør være vid, slik at tiltaket passer for kommuner med forskjelling befolkningsstørrelse.

Komiteen mener at samling av faggrupper, tverrfaglige team og lærings- og mestringstilbud skal falle innenfor begrepet lokalmedisinsk senter. Kommuner/samarbeidende kommuner med større befolkningsunderlag skal etter komiteens mening kunne ha sengeplasser som del av et lokalmedisinsk senter. Disse kan dekke behov knyttet til observasjon, etterbehandling, lindrende behandling, habilitering og rehabilitering, psykiatri og rus.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, viser til at regjeringen foreslår generelle insentivtiltak som skal legge til rette for etablering av hensiktsmessige tiltak tilpasset den enkelte kommune, herunder lokalmedisinske sentre. Regjeringen foreslår ikke enkeltstående tilskuddsordninger inn mot enkeltstående kommunale

tiltak. Flertallet har merket seg dette og viser til den styrkingen i kommunenes økonomi som vil følge av reformen og gjennom insentivordninger.

Komiteen viser til at samhandlingsreformen har som siktemål å sikre rett behandling på rett sted og til rett tid. Det betyr at større ansvar for et tidlig og riktig helsetilbud legges på kommunehelsetjenesten. Samtidig skal samhandlingen med spesialisthelsetjenesten, først og fremst sykehusene, forbedres slik at utskrivingsklare pasienter skal få komme tidligere hjem enn de gjør i dag.

Begge disse scenarioene vil skape betydelige utfordringer for kommunene på områder som fysiske fasiliteter, bemanning/rekruttering og ikke minst kompetanse.

Når kommunene skal håndtere innbyggere med mer krevende medisinske diagnoser enn hva som er tilfellet i dag, stiller det store krav til både kunnskaper og ferdigheter i hele kommunehelsetjenesten. Da bør det etter komiteens syn legges særlig stor vekt på å heve nivået på de praktiske ferdighetene til kommunehelsetjenesten for at samhandlingsreformen skal ha den ønskede effekt. Kompetanseheving må skje på en slik måte at både institusjoner og enkeltmennesker settes i stand til praktisk og konkret å mestre håndteringen av medisinske situasjoner som ellers ville ha resultert i en innleggelse på sykehus eller henvisning til spesialisthelsetjenesten for øvrig.

Komiteens medlemmer fra Framskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti vil påpeke at i arbeidet med å forene teori og praksis, samt mer generelt å forbedre pasientsikkerheten ved alle former for helseinstitusjoner, ser man nå verden over en trend i retning av å anvende pasientsimulering som et verktøy for å nå sine mål på disse områdene. Disse medlemmer mener derfor at det bør igangsettes flere pilotprosjekter der en prøver ut ulike former for kompetanseheving ved hjelp av pasientsimulering. Disse prosjektene må involvere kommuner, utdannelseinstitusjoner og spesialisthelsetjenesten med kompetanse på de situasjonene som kan oppstå.

Disse medlemmer mener innfasingen av de generelle ordningene skal starte i statsbudsjettet for 2012. Disse medlemmer mener imidlertid at det allerede i statsbudsjettet for 2011 skal settes av betydelige midler til videreføring av eksisterende samhandlingsprosjekter og til etablering av nye tilbud og forsøksordninger. Gjennom en egen forsøkslovgivning sikres det mulighet til å etablere ulike pilotordninger mellom samarbeidende kommuner og helseforetak i geografisk avgrensede områder. Det skal blant annet prioriteres pilotprosjekter som sikrer hel-

hetlige pasientforløp, modeller der pengene følger pasient/bruker mellom samarbeidende kommuner, og modeller der en skiller mellom bestiller- og utførerrollene. Det er viktig at ulike pilotprosjekter får virke over tid før ordningene utvides til å bli generelle. Reformtiltak må ikke iverksettes før det er utviklet kvalitetsparametre for å måle effekten av tiltakene. Reformen skal gjennomføres nedenfra, ikke ovenfra og ned. På denne bakgrunn foreslår disse medlemmer:

«Stortinget ber regjeringen fremme en egen forsøkslov for helsetjenesten der det gis mulighet til å etablere ulike pilotordninger mellom samarbeidende kommuner og helseforetak for å prøve ut ulike samhandlingsordninger, oppgaveoverføring og ansvarsdeling.»

Disse medlemmer mener det må etableres en ordning med eldreombud som sørger for ivaretagelse av Eldres rettigheter og behov for tjenester på ulike områder. På denne bakgrunn fremmer disse medlemmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen fremme forslag om å etablere en ordning med eldreombud.»

Disse medlemmer mener det bør innføres en ordning med gratis tilbud om et årlig hjemmebesøk fra den kommunale helsetjenesten for personer over 75 år. Hensikten med dette er tilrettelegging og oppfølging som kan bidra til færre ulykker, skader og sykdom, noe som vil føre til at folk kan bo hjemme lengre. Dette vil avlaste presset på sykehjem og hjemmebasert omsorg.

Komiteen forutsetter og vil understreke viktigheten av at de statlige tilskuddordningene til bygningsmessige investeringer i den kommunale omsorgssektoren videreføres og tilpasses til organisatoriske løsninger hvor lokalmedisinsk senter samlokaliseres med andre kommunale tilbud. Komiteen viser til at kommunenes nye, framtidige rolle i helse- og omsorgspolitikken vil påvirke omfanget av og innholdet i det kommunale tjenestetilbudet på flere måter, også når det gjelder framtidige investeringsbehov.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, mener at samarbeidsavtaler mellom helseforetak og kommuner kan innebære at et lokalsykehus står for lokalbaserte tjenester som andre steder ville være naturlig å samle i et lokalmedisinsk senter.

3.3.3 Tilpassede bo- og behandlingstilbud

Komiteen vil understreke viktigheten av at tilbudet av sykehjemsplasser, heldøgns bemannede omsorgsboliger og døgnplasser må være tilstrekkelig dimensjonert for å møte den demografiske utviklingen i åra fremover og nå målene i samhandlingsreformen, blant annet om å redusere omfanget av sykehusopphold. Begge hensyn må ivaretas gjennom de årlige tilsagnsrammer i Husbanken, og komiteen mener regjeringen på dette grunnlag bør utarbeide nye anslag over antatt utbyggingsbehov. Komiteen mener at ny omsorgsteknologi vil kunne få en viktig plass i fremtiden, at bruk av slik teknologi, og om det bør gis økonomiske stimulanser til utviklingen, bør utredes.

Komiteen mener utbygging av lokalmedisinske sentre ikke må gå på bekostning av en videre utbygging og faglig styrking av sykehjemmene. Det må som hovedregel sikres at det er knyttet en fast lege til sykehjemmet som er en del av det medisinske teamet ved sykehjemmet.

Komiteens medlemmer fra Framskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti mener det må innføres bemanningsnormer for legedekningen ved sykehjem fra 2012. På denne bakgrunn fremmer disse medlemmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen fremme forslag om innføring av bemanningsnormer for legedekningen ved sykehjem fra 2012.»

Komiteen mener regjeringen bør se nærmere på om og hvordan Husbankens tilskuddsordninger kan innrettes slik at de også understøtter etablering av lokalmedisinske sentra, i tillegg til insitamentsordningene som vil følge av reformen.

Komiteen viser til at en stadig større del av kommunens omsorgstjenester ytes overfor mennesker under 67 år. Her vil kommunene i framtida, i tråd med samhandlingsreformens intensjoner, få enda større oppgaver. Komiteen mener dette nødvendiggjør at statlige overføringer til drift og investeringer må være av en størrelse som både sikrer tilbudet til yngre brukere og en velutbygd, kvalitativ og verdig eldreomsorg.

Komiteen vil påpeke at behovet for rask utbygging av sykehjemsplasser, heldøgns bemannede omsorgsboliger og døgnplasser er avgjørende for at kommunene skal kunne ta en større del av ansvaret for helsetjenestene.

Komiteens medlemmer fra Framskrittspartiet mener at dette må skje gjennom

overslagsbevilgning, ikke gjennom rammebevilgning.

3.3.4 Nye diagnosegrupper

Den nye kommunehelsetjenesten vil få viktige oppgaver for de store diagnosegruppene, eksempelvis diabetes type 2, kols, revmatisme og skjelett/muskellidelser. Komiteen mener kommunenes arbeid med disse diagnosegruppene bør omtales i kommunenes generelle planverk, og at det bør utarbeides nasjonale veiledninger for organisering og innhold. Komiteen mener kommunene bør organisere tverrfaglig arbeid med eksempelvis diabetes og kols i team. Slike team har vist gode resultater når det gjelder forebygging, behandling, læring og mestring og reduksjon av senskader.

Komiteen er enig i at tidlig avdekking av funksjonssvikt og umiddelbar igangsetting av habiliterings- og rehabiliteringstiltak i kommunen kan bedre den enkeltes funksjon og mestring, redusere eller utsette sykmelding, redusere behovet for pleie- og omsorgstjenester, institusjonsplasser eller spesialisthelsetjeneste. Dagens oppgave- og ansvarsfordeling for habilitering og rehabilitering og ansvarsdelingen mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten følger av forskrift for habilitering og rehabilitering. Etter komiteens vurdering er habiliterings- og rehabiliteringsbehovene i kommunehelsetjenesten økende, særlig fordi liggetidene i spesialisthelsetjenesten blir kortere, og det utføres mer dagkirurgi og dagbehandling.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, støtter forslaget om å vurdere at kommunene skal få et større ansvar for pasientgrupper som i dag får tilbud i spesialisthelsetjenesten. Habiliterings- og rehabiliteringstilbudet i en del kommuner er vesentlig begrenset til hjemme-sykepleie eller plass i institusjon uten samtidig fysioterapi og ergoterapi. Flertallet vil derfor understreke at habiliterings- og rehabiliteringsfeltet i den nye kommunehelsetjenesten må bygges planmessig. I første fase bør det etableres oversikt over behovene for habilitering og rehabilitering i den enkelte kommune. Små kommuner bør samarbeide for å etablere tverrfaglig og stabil kompetanse på området. Flertallet mener oppbygging av kommunal habilitering og rehabilitering blir en viktig oppgave i samhandlingsreformen, og det blir viktig at kommunenes tilbud innen fysioterapi og ergoterapi tilpasses behovene. Flertallet mener at en større andel av de samlede overføringer til de regionale helseforetakene må brukes til rehabilitering.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti mener det må etableres en nasjonal opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering etter modell fra opptrappingsplanen for psykisk helse. Planen legges frem for Stortinget våren 2011. Planen skal inneholde forslag til utbygging av tilbudet både i primærhelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten, samt beskrivelse av tiltak for bedre organisering av tilbudet. Planen må sikre at kvaliteten og kompetansen i habiliterings- og rehabiliteringstilbudet styrkes. Planen skal legge til grunn et fortsatt sterkt innslag av ideelle og andre private tilbud. Nasjonale spesialiserte kompetansemiljøer skal styrkes. Disse medlemmer mener at frem til planen er iverksatt, skal regjeringen sikre at eksisterende tilbud har langsiktige avtaler og forutsigbare rammer som sikrer videre drift. Planen skal blant annet bygge på de forslag som fremgår av helse- og omsorgskomiteens tilrådning i Innst. S. nr. 325 (2008–2009), samt inneholde følgende elementer:

- Diabetesplanen følges opp i statsbudsjettet for 2011 med en egen oversikt over hvordan planen skal følges opp årlig økonomisk.
- Ordningen med behandlingsreiser til utlandet utvides, herunder ordning for følgetjeneste.
- Det etableres et eget forskningsprosjekt knyttet til effekten av behandlingsreiser, der man tar sikte på å kartlegge samfunnsøkonomiske og helsemessige gevinster ved slike behandlingsreiser.

På denne bakgrunn foreslår disse medlemmer:

«Stortinget ber regjeringen fremme en nasjonal opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering etter modell fra opptrappingsplanen for psykisk helse. Planen legges frem for Stortinget våren 2011. Planen skal inneholde forslag til utbygging av tilbudet både i primærhelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten, samt beskrivelse av tiltak for bedre organisering av tilbudet.»

Disse medlemmer mener det må etableres en egen tilskuddsordning for varmtvannsbasseng. Muskel- og skjellettlidelser står for en svært stor andel av sykefraværet. En slik tilskuddsordning vil kunne ha store samfunnsøkonomiske gevinster knyttet til lavere sykefravær og mindre forbruk av spesialisthelsetjenester og legemidler.

Disse medlemmer vil understreke behovet for å endre dagens praksis for fysioterapeuter, slik at man får fri etableringsrett og refusjonsrett for godkjente fysioterapeuter. Disse medlemmer viser

videre til Innst. 11 S (2009–2010) til statsbudsjettet for 2010.

Komiteen viser til at regjeringen gjennom et offentlig utvalg ser på organisering og finansiering av hjelpemiddelområdet. Dagens løsninger legger til rette for dårlig samhandling eksempelvis når kommunen har ansvar for hjelpemidler når behovet er midlertidig, og staten når behovet er permanent, og videre når kommunen har ansvar for hjelpemidler i sykehjem, mens staten har ansvaret for omsorgsboliger og hjemmeboende.

Meldingen slår fast et det finnes god dokumentasjon på at det er mulig å høste helsemessige og økonomiske gevinster gjennom bedre habilitering og rehabilitering. Komiteen merker seg at for eksempel fysioterapi har god effekt ved slitasje (artrose) i store ledd og bør prøves før eventuell operasjon.

Komiteen registrerer at ved utgangen av Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999–2008 er forebygging, tidlig intervensjon og lavterskeltilbud fortsatt viktige forbedringsområder. Samtidig angir meldingen at Norge har en relativ døgntung struktur innen psykisk helsevern sammenlignet med andre land. Som en konsekvens av dette er det psykiske helse tilbudet i kommunene ujevnt og til dels utilstrekkelig bygget ut mange steder. Komiteen mener en utbygging av kommunal behandling vil gi bedre samspill med arbeidsliv og lokalmiljø for mange pasienter. Komiteen registrerer med bekymring at det er en stor økning i unge mennesker som uføretrygdes grunnet psykisk lidelse. Komiteen mener at kommunale oppgaver innen psykisk helsearbeid blant annet bør prioritere forebygging, tidlige diagnose og intervensjon, ambulante team i samarbeid med spesialisthelsetjenesten og forsterkede botilbud. SINTEF har vist at nærmere én av tre innlagt i psykisk helsevern vil være bedre tjent med et kommunalt tilbud. Komiteen legger vekt på at alle utskrivninger fra spesialisthelsetjenesten er godt forberedt slik at nødvendige kommunale tjenester er tilgjengelige ved utskrivning.

Komiteen mener samhandlingsutfordringene er særlig aktuelle for pasienter som har behov for behandling og omsorgstjenester over lengre perioder, blant annet pasienter som er rusmiddelavhengige og/eller har psykiske lidelser, og pasienter med kroniske lidelser. Dette er også områder der kommunene spiller en viktig rolle for tidlig intervensjon. Kommunen møter ofte disse personene allerede på helsestasjonene, barnehager, skole og i fritidstilbud. Komiteen mener at i det videre arbeidet med reformen må disse pasientene prioriteres på linje med pasienter som har livsstilssykdommer.

Komiteen viser til at opptrappingsplanen for psykisk helse har ført til en oppbygging av tjenesten

og et desentralisert spesialisttilbud i de distriktspsykiatriske sentrene og ambulante team. Komiteen mener imidlertid det er behov for å bygge opp tilbud i primærhelsetjenesten som samarbeider direkte med fastlegene, og som er tilgjengelig for pasienter med lettere psykiske lidelser. Det skal utvikles lavterskeltilbud, særlig for ungdom, blant annet innen psykisk helse og rus.

Komiteen mener at ved arbeidet med ny kommunehelsetjenestelov må det etableres ordninger for hvordan spesialisthelsetjenester etter spesialisthelsetjenesteloven kan tilbys innenfor kommunehelsetjenestens virksomheter, for eksempel i forbindelse med veiledning fra ambulante team. Målet må være å flytte mindre på pasientene og mer på personell.

Komiteen vil også framheve at behovet for bedre utbygde kommunale tjenester også i stor grad gjelder for personer som er rusmiddelavhengige. Rusmiddelavhengige er den gruppen som har høyest sykkelighet og dødelighet, og som opplever å være stigmatisert og ekskludert fra fellesskapet. Skader av rusmiddelbruk og avhengighet berører mange. Altfor mange med rusproblemer opplever å ikke komme inn til behandling når de er motivert. De må vente for lenge på behandlingsplass, og ettervernet er for dårlig. Komiteen understreker at det innenfor rusfeltet systematisk må bygges opp kapasitet og kompetanse innen forebygging, holdningsarbeid, behandling, habilitering og rehabilitering og ettervern de neste årene.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, viser til at rusfeltet gjennom opptrappingsplanen er styrket med 835 mill. kroner sammenlignet med 2005. Flertallet er opptatt av at rusfeltet blir ytterligere styrket i årene som kommer etter at opptrappingsplanen utløper i 2010, eventuelt gjennom en ny opptrappingsplan.

Komiteen peker på at to av de største problemene med dagens rusbehandling er de store glippsonene mellom behandlingsnivå og manglende samhandling mellom ulike etater. Evalueringen av rusreformen viser at rusbehandling i betydelig grad er preget av brudd i behandlingsforløpet. Som stortingsmeldingen påpeker, vil komiteen understreke at verdien av den behandlingen som gis i spesialisthelsetjenesten ofte vil være sterkt avhengig av at kommunen følger opp med tjenester og tilpassede tilbud. Eksempel på dette kan være en rusmiddelmissbruker som etter langvarig rusbehandling i spesialisthelsetjenesten er avhengig av et parat og helhetlig tilbud i kommunen med både praktisk bistand, bolig, dagaktiviteter og nødvendige helsetjenester for å kunne forbli rusfri.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti mener det må systematisk bygges opp kapasitet og kompetanse innen forebygging, behandling, rehabilitering og ettervern innenfor rusfeltet, både i kommunene og spesialisthelsetjenesten. Dette skal skje gjennom en egen opptrappingsplan. I den forbindelse skal det også innføres en plikt som pålegger rusinstitusjoner og den enkeltes hjemkommune å utarbeide en avtale om ettervernstilbud fra dag én.

På denne bakgrunn fremmer disse medlemmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen fremme forslag om en egen opptrappingsplan for rusfeltet innen våren 2012. Planen skal legge til rette for en systematisk oppbygging av kapasitet og kompetanse innen forebygging, behandling, rehabilitering og ettervern, både i kommunene og spesialisthelsetjenesten.»

Komiteen viser også til at evalueringen av rusreformen avdekket at rusmiddelavhengige har særlig stort udekket behov når det gjelder behov for dobbeltdiagnoseteam, støttekontakt eller dagtilbud i psykisk helsevern. 68–77 prosent av de rusmiddelavhengige hadde et udekket behov her. Komiteen viser til den økte satsingen på såkalte ACT-team i kommunene. ACT-team bidrar til at mennesker med en alvorlig psykisk lidelse, ofte også med store rusproblemer, kan få hjelp i kommunen. Tiltaket er et samarbeid mellom DPS og kommunene. Teamene driver oppsøkende virksomhet der hvor pasienten er og skal yte langvarig støtte.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti vil vise til det enorme behovet for nye behandlingsplasser i rusomsorgen. Denne utfordringen kan lettere løses om man umiddelbart tar i bruk all ledig kapasitet i frivillig og privat sektor.

Disse medlemmer konstaterer at Regjeringen Stoltenberg II sin ruspolitikk har medført at flere institusjoner og behandlingsplasser er nedlagt. Dette har medført stor mangel på kontinuitet og forutsigbarhet, samt økte ventelister for behandling innen rusomsorgen.

3.3.5 *Kommunesamarbeid*

Komiteen støtter at det tas utgangspunkt i at kommunenes fremtidige oppgaver skal reguleres ved å tydeliggjøre ansvarsbeskrivelsen i kommunehelsetjenesteloven, og at kommuner i nødvendig grad inngår samarbeid for å kunne oppnå de ønskede helsemessige og samfunnsmessige gevinster ved reformen. Komiteen vil eksempelvis understreke at gode lokalmedisinske sentre vil kreve en viss stør-

relse på befolkningsunderlaget. Komiteen har merket seg at regjeringen som en del av samhandlingsreformen ikke vil lovregulere hvordan samarbeid mellom kommuner skal skje. Regjeringen anfører to mulige modeller for samarbeid når det gjelder lovpålagte oppgaver: vertskommunemodeller etter kommuneloven og modellen om samkommune. Komiteen vil også peke på at frivillig kommunesammenslåing kan være et alternativ som bør vurderes i de lokaldemokratiske prosessene rundt valg av modell. Komiteen vil understreke at det uavhengig av hvordan et samarbeid mellom kommuner organiseres, må rettigheter for pasientene være like mellom kommuner og samarbeidende kommuner med klare ansvarslinjer. Gjennom kommunesamarbeid om utvikling av nye helsetjenester kan mindre kommuner forene hensynet til at visse oppgaver krever et større befolkningsunderlag for å tilfredsstille krav til kvalitet og kostnadseffektivitet med hensynet til at andre oppgaver løses best innenfor mindre enheter.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti mener dagens kommunestruktur setter begrensninger for hvilke oppgaver som kan overføres til kommunene, og for hvilke økonomiske insitamenter som kan brukes. Ved en endret kommunestruktur kan oppgaver og ordninger som er beskrevet i meldingen, men ikke anbefalt, vurderes på ny.

Disse medlemmer mener at det skal utarbeides en plan for utvikling av tiltak i samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene og for tiltak som skal etableres av kommuner eller i samarbeid mellom kommuner. Planen skal angi hvilke helse- og omsorgstilbud som bør finnes i en gitt befolkningsgruppe for å ivareta samhandlingsreformens intensjon. Det bør som hovedregel være 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. Det skal være statlig finansiering av spesialisthelsetjenestene i intermediære avdelinger, distriktsmedisinske sentra og tilsvarende tilbud.

Disse medlemmer mener det må innføres en ordning som sikrer rett til fritt valg av sykehjemsplass på tvers av kommunegrenser for personer som er innvilget en slik tjeneste. Den enkelte kommune skal være pliktig til å betale for sine innbyggere. På denne bakgrunn fremmer disse medlemmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen fremme forslag om en ordning som sikrer rett til fritt valg av sykehjemsplass på tvers av kommunegrenser for personer som er innvilget en slik tjeneste. Den enkelte kom-

mune skal være pliktig til å betale for sine innbyggere.»

Disse medlemmer mener det må foretas en utredning knyttet til hvorvidt kommuner med mange fritidsboliger og høyere utdanningsinstitusjoner har høye kostnader knyttet til tjenester til personer som oppholder seg lenge i kommunen, men som ikke inngår i inntektssystemets beregninger i dag. Dersom det avdekkes slike forskjeller, må regjeringen komme tilbake til Stortinget med forslag til endringer som sørger for at disse kommunene får dekket sine merutgifter.

3.4 Styrke forebyggingsarbeidet

Komiteen konstaterer at Norge har blant de ti høyeste levealder i verden med en forbedring på sju år for menn og åtte for kvinner fra tiden etter den andre verdenskrig til i dag. Endringer i blant annet levevaner og levestandard, et bedret kosthold og redusert røyking har bidratt til dette. Samtidig registrerer komiteen at framtidens nordmenn vil ha økende livsstilsproblemer blant annet knyttet til overvekt, type 2-diabetes og kols. Med økende gjennomsnittlig levealder blir det også en økning i antall personer som får kreft og demens. Komiteen er kjent med at tallene for gjennomsnittlig levealder skjuler store sosiale helseforskjeller i befolkningen eksempelvis ved at menn i Oslo øst har sju år kortere forventet levetid enn menn i Oslo vest. Komiteen vil understreke at en vesentlig del av det forebyggende helsearbeidet som må skje, kan være av primærforebyggende karakter, som ofte faller utenfor begrepet «forebyggende helsetjenester». Tiltak som bidrar til økt fysisk aktivitet, gode kultur- og fritidsaktiviteter, et godt bo- og oppvekstmiljø, ren luft, fravær av støy, bygging av sykkel- og gangstier, bedre kosthold, mindre røyking og mindre alkoholmisbruk er avgjørende viktig for å redusere tallet på dem som får sykdom eller helseplager. Komiteen legger til grunn at det trengs en økt innsats på bred front for bedre folkehelse, og at de ulike ledd i helsetjenestene bidrar til dette på best mulig måte. En stor del av folkehelsearbeidet må skje lokalt og der de kommunale helsetjenestene blir involvert på ulike måter.

Komiteen vil peke på viktigheten av at man har en bred tilnærming i arbeidet for å begrense og forebygge sykdom. Foreldre, barnehager og skoler er viktige for å utvikle holdninger som kan bidra til at barn og unge får en sunn fysisk og psykisk utvikling. Forebygging må skje før barn og unge havner i risikozonen for å utvikle fysiske og psykiske lidelser. Komiteen mener det er behov for en bedre samordning av kommunale og statlige tjenester for barn og unge. Både den kommunale helsetjenesten, skolehelsetjenesten, barnevernet og den pedagogisk-psy-

kologiske tjenesten (PPT) er viktige støttespillere i arbeidet med å hjelpe barn og elever med psykiske og fysiske problemer. Skillet mellom opplæring og helsetjenester vil i mange tilfeller være uklare og overlappende. Det er derfor viktig å få til et godt tverrsektorielt samarbeid om forebyggende helsetiltak for barn og unge og en godt utbygd skolehelsetjeneste.

Komiteen ber derfor om at man i implementeringen av samhandlingsreformen legger vekt på klargjøring av arbeidsdelingen og samarbeidet mellom kommunehelsetjenesten, herunder skolehelsetjenesten, samt barnevernet og PPT på kommunalt og fylkeskommunalt nivå. Komiteen viser til NOU 2009:18, Rett til læring, som anbefaler å se nærmere på ansvars- og arbeidsfordelingen mellom de statlige pedagogiske støttetjenestene (Statped), psykisk helsevern for barn og unge (BUP) og habiliteringstjenesten (Habu). Komiteen viser også til NOU 2009:22 Det du gjør, gjør det helt, som har flere forslag for å sikre bedre koordinering av kommunale og statlige tjenester for utsatte barn og unge.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti viser til at alle elever i henhold til opplæringsloven § 9a-1 har rett til et godt psykososialt miljø som fremmer helse, trivsel og læring. Mange elever sliter med mobbing, atferdsproblemer, eller plages av bråk og uro. Barn som opplever hjem i oppløsning, seksuelle overgrep, vold i hjemmet eller som selv er fysisk eller psykisk syke, har i dag små muligheter til å få hjelp gjennom skolen i dagens situasjon grunnet dårlig utbygget skolehelsetjeneste. Disse medlemmer mener derfor at skolehelsetjenesten må styrkes, og det må legges opp til en langt bedre samhandling med ulike andre fagprofesjoner for å forbedre tilbudet til barn og unge.

Komiteen deler fullt ut regjeringens ønske om å styrke det forebyggende helsearbeidet. Dette er en viktig del av begrunnelsen for en samhandlingsreform som gir kommunene et større ansvar. Investering i forebyggende helsearbeid og tidlig intervensjon vil over tid gi sparte helsekostnader, men det er likevel ikke slik at effekten kan hentes ut gjennom årlige budsjetter. Dette må det tas høyde for i finansieringen av helsesektoren.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti, Senterpartiet og Kristelig Folkeparti, viser til at fylkeskommunene er gitt et lovfestet ansvar for å koordinere folkehelsearbeidet. Gjennom tilrettelegging av partnerskapsarbeid har mange fylker vært pionerer på utvikling av sam-

beidstiltak mellom kommuner, frivillige organisasjoner og institusjoner innen helsetjenesten. Om lag 60 prosent av kommunene deltar i dag i et folkehelsenettverk. Dette arbeidet må det bygges videre på i systematiseringen av et forebyggende helsearbeid. Fylkeskommunen er gjennom sitt ansvar for samferdsel, regional planlegging og tilskudd til kultur- og idrettsanlegg også en viktig aktør i styrkingen av primærforebyggende tiltak som gang- og sykkelveier, tilrettelegging for idrett og kultur og sikring av fri-luftsområder.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet og Høyre viser til partienes holdning i forbindelse med behandling av regionsreformen.

Disse medlemmer vil påpeke behovet for å legge ned fylkeskommunen og overføre oppgavene fylkeskommunen i dag har, til stat og kommuner.

Videre påpekes det at samhandlingsreformen vil gi ytterligere behov for færre forvaltningsnivå. Færre forvaltningsnivå vil bidra til å redusere risikoen for kommunikasjonsvikt og ikke minst være med på å bidra til at ansvaret er samlet på færrest mulig steder, til det beste for pasienten.

Komiteen mener mange utviklingstrekk knyttet til livsstil og helse er svært bekymringsfulle, samtidig som informasjon fra Verdens helseorganisasjon (WHO) viser at enkle grep kan ha stor effekt. WHO anslår at 80 prosent av forekomsten av hjerteinfarkt, 90 prosent av diabetes type 2 og over 30 prosent av forekomsten av kreft kan forebygges eller utsettes med endringer i kosthold, fysisk aktivitet og røykevaner. Komiteen mener dette gir grunnlag for både optimisme og handling, og at Norge har høstet mange gode resultater både på nasjonalt og lokalt nivå allerede.

Komiteen merker seg at forebyggende helsearbeid ikke er tilstrekkelig forpliktende i sentrale deler av lovverket. Regjeringen angir at lov om spesialisthelsetjeneste og lov om helseforetak er så lite konkret om forebyggende helsearbeid at det i praksis ikke er stilt krav til denne type oppgaver. Etter komiteens vurdering vil spesialisthelsetjenesten derfor ikke være tilstrekkelig forpliktet til samhandling omkring forebyggende helsearbeid med kommunehelsetjenesten. Komiteen mener dette forhold må avklares ved en lovgjennomgang. Regjeringen angir videre at selv om kommunehelsetjenesteloven i utgangspunktet er en god lov for helsefremmende og helseforebyggende arbeid, så viser erfaring bl.a. fra tilsynssaker at det er vanskelig å stille krav til forebygging. Komiteen er enig i at det er behov for en gjennomgang av kommunenes folkehelseansvar.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti, Senterpartiet og Kristelig Folkeparti, vil i denne sammenheng understreke viktigheten av at fylkeskommunenes og kommunenes roller i folkehelsearbeidet koordineres, og at det etableres tydelige oppgavedelinger og samarbeidsområder.

Komiteen vil vise til at det er solide tradisjoner for at frivillige organisasjoner yter stor innsats både som samarbeidspartnere og som selvstendige utførere når det gjelder både folkehelsearbeid og helsetjenester. Noen av dem bidrar med møteplasser, andre tilbyr aktiviteter, andre har lang erfaring med mestring, trening og læring. Noen har landets beste kompetanse på habilitering og rehabilitering eller særlige helsetjenester. Komiteen mener det er viktig at det blir stimulert til økt aktivitet rettet mot helse relaterte aktiviteter i denne sektoren, og at det gis mulighet til å videreutvikle den kompetansen som finnes. Økonomiske stimulanser bør i stor grad gis via kommunene og slik at frivillig sektor inngår i kommunenes tiltaksplaner for bedre helse.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti, Senterpartiet og Kristelig Folkeparti, viser til at fylkeskommunene har fått et lov hjemlet ansvar for folkehelsearbeidet. Den koordinatørrolle fylkeskommunen er gitt i folkehelsearbeidet, forutsetter etter flertallets mening et nært, forpliktende og organisert samarbeid med andre aktører, både innen offentlig, privat og frivillig sektor. Samhandlingsreformen gir en mulighet til å utforme rammer for dette samarbeidet, både ved å gi konkret innhold til de roller ulike aktører kan spille innen dette feltet, og dessuten ved å tydeliggjøre hvilke samarbeidsarenaer som bør etableres.

Flertallet mener dette må forankres i et partnerskap om folkehelsearbeidet mellom fylkeskommunene, kommunene og helseforetakene.

Komiteen mener det forebyggende arbeid i kommune skal tilpasses lokale forhold, men bygge på nasjonale veiledninger og målsettinger som blant annet skal vektlegge innsats for å redusere sosiale helseforskjeller.

Komiteen mener at i oppfølgingen av meldingen må det skilles klarere mellom primær- og sekundærforebygging og tidlig intervensjon i folkehelsearbeidet. Ansvarsforhold og finansieringsordninger må avklares. Kommunene og de frivillige organisasjonene spiller en viktig rolle for det generelle folkehelsearbeidet. Helsetjenesten og pasient/pårørendeorganisasjonene har en sentral rolle når det gjelder

forebyggende arbeid, tidlig intervensjon, opplæring og mestring knyttet til å leve med kronisk sykdom.

Komiteens medlemmer fra Framskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti mener at det må etableres øremerkede tilskuddsordninger for å bygge opp det forebyggende arbeidet i kommunene. Det skal blant annet settes i gang arbeid med å gi ordningen med grønn resept et forsterket innhold gjennom blant annet organisert friluftslivstilbud i lokalmiljøet. Ordningen bør legges frem i forslag til statsbudsjett for 2011.

3.5 Bedre legetjeneste i kommunene

Komiteen viser til at legetjenesten i kommunene i det vesentlige er organisert gjennom fastlegeordningen som ble innført i 2001 etter at det var gjennomført forsøk i fire kommuner i årene 1993–1996. Formålet med ordningen var å bedre kvaliteten i allmennlegetjenesten gjennom bedre tilgjengelighet til tjenesten og mulighet for kontinuitet i lege/pasientforholdet. Fastlegene har ansvar for allmennlegetjenester for dem som står på listen, kan tilpliktes 7,5 timer per uke med allmennmedisinske offentlige oppgaver fra kommunen ved fulltids virksomhet og kan tilpliktes deltakelse i organisert legevakt.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Sosialistisk Venstreparti, Senterpartiet og Kristelig Folkeparti, viser til at Norges forskningsråd i en forskningsbasert evaluering av fastlegeordningen har konkludert med at ordningen i hovedsak har vært vellykket. Det angis i meldingen at det derfor er god grunn til å ta vare på de grunnleggende strukturer i dagens fastlegeordning.

Et annet flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, gir sin tilslutning til denne vurdering, men vektlegger samtidig at ordningen på en del områder bør utvikles, og at disse områder er viktige i samhandlingsreformen.

Finansieringen av fastlegene er i dag tredelt; et basistilskudd som utbetales fra kommunene basert på antall innbyggere på listen, refusjoner fra Helseøkonomiforvaltningen (HELFO) og egenbetaling fra pasientene. Om lag 93 prosent av fastlegene er selvstendig næringsdrivende, og de fleste er etablert i gruppepraksiser.

Dette flertallet viser til at meldingen legger opp til at fastlegene fremdeles i hovedsak kan være selvstendige næringsdrivende. Dette flertallet er enig i at ordningen fungerer godt for kurative tjenester til de pasientene som står på liste, men er samtidig tilfreds med at regjeringen vil legge til rette for

at allmennleger i større grad kan ha fast lønn med mulighet for å konvertere til næringsdrift der kommune og lege er enige om dette.

Fastlegene har nøkkelroller i det kommunale helsearbeidet, i bruken av spesialisthelsetjenesten, i bruken av refusjonsberettigede medikamenter og i bruken av trygdeytelser. Avtaleforholdet mellom den enkelte fastlege og myndighetene er regulert gjennom avtale mellom fastlegen og kommunen. Meldingen legger opp til en sterkere styring av fastlegene fra kommunenes side, og dette flertallet legger til grunn at regelverket gjennomgås for å legge et tydeligere nasjonalt rammeverk med sikte på at denne viktige gruppen kan bidra til å løfte samhandlingsreformens mål for det kommunale helsearbeidet. Dette inkluderer tydeligere kommunal styring av de allmennt medisinske offentlige oppgavene legen kan pålegges. Herunder er det behov for både å styrke fastlegens/legevaktlegens vurderingskompetanse og den kliniske kompetansen i fastlegepraksisen. Dette flertallet mener slik styring tidligere har vært mangelfull i mange kommuner, og mener at en sterkere styring vil være riktig. Dette flertallet støtter at det blir bedre ledelse og styring av allmenne legetjenesten, både av de allmennt medisinske offentlige legeoppgavene, av at kurativ praksis er i tråd med helsepolitiske prioriteringer og oppfølging av legers praksis ut fra nasjonale kvalitets- og funksjonskrav i tråd med god medisinsk praksis.

Komiteen mener det må innledes et samarbeid mellom berørte myndigheter, KS, Den norske legeforening og andre relevante fagmiljøer for å få etablert ordninger med faglig støtte for kommunehelsetjenesten, herunder fastlegenes arbeid. Det bør innføres systemer med regelmessige tilbakemeldinger til fastlegen om egen og andres praksis på prioriterte samfunnsmedisinske områder, slik som sykmeldingspraksis, legemiddelpraksis og henvisningspraksis. Systemet skal også kunne brukes til obligatorisk opplæring og deltakelse i samhandling med andre aktører i primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Ordningen bør bygge på bl.a. Legeforeningens erfaringer med smågrupper for spesialister i allmennt medisin og bør samordnes med oppfølgingen av den nye IA-avtalen.

Komiteens medlemmer fra Framskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti mener dette skal skje istedenfor å innføre nye bestemmelser slik det foreslås i stortingsmeldingen. Ordningen med praksiskonsulentordningen skal bygges ut for å bedre samhandlingen mellom primærhelsetjenesten og helseforetak.

Disse medlemmer mener at oppbyggingen av det offentlige allmennt medisinske arbeidet ikke

skal gjøres gjennom å øke den kommunale påleggshjemmelen, men gjennom å gjøre disse stillingene mer attraktive faglig og økonomisk. Det skal heller ikke foretas endringer i bestemmelsen om listelengde. I stedet bør det legges til rette for flere legestillinger i primærhelsetjenesten. Disse medlemmer mener det må vurderes om det kan innføres økonomiske insitamenter knyttet til kvalitet, service og tilgjengelighet.

Komiteen mener utvidelsen av antallet leger i primærhelsetjenesten må suppleres med flere helsefaggrupper i tjenesten, for eksempel spesialsykepleiere, fysioterapeuter, ergoterapeuter, psykologer, og ernæringsfysiologer. Helsestasjonene skal styrkes. Det bør stimuleres til at disse tilbudene samles i de lokalmedisinske sentrene.

Komiteen viser til at meldingen angir at det ikke finnes gode nasjonale data som stat og kommuner kan bruke som styringsdata. Komiteen er enig at det må gjennomføres et arbeid for å etablere nasjonale funksjons- og kvalitetskrav til fastlegevirksomheten.

Meldingen angir at det vil være behov for en vekst i legetjenestene i kommunene. Komiteen er enig i at det vil være behov for vekst slik at offentlige legeoppgaver i kommunene kan dekkes bedre, at omsorg for kronikergrupper kan gis bedre tid, og at det blir ressurser for utvikling av praksiskonsulentordningen og forskning i allmennpraksis. Komiteen vil imidlertid legge vekt på at den nye kommunerollen vil være avhengig av en styrking av flere grupper helsepersonell, og at det må legges til rette for tverrfaglig arbeid.

Komiteen vil be om at det utredes tiltak for å bedre rekrutteringen av leger og annet nøkkelpersonell til kommunehelsetjenesten. Komiteen mener det må vurderes særskilt å godkjenne praksis fra sykehjem og i allmenne legetjeneste som ledd i spesialistutdanning. Det er viktig at det utdannes flere med spesialisering innen allmennt medisin, eldre/sykehjemsmedisin og samfunnsmedisin. Komiteen støtter regjeringens forslag, slik som varslet i Nasjonal helseplan (2007–2010), om å foreta en bred gjennomgang av spesialistutdanningen for leger, både når det gjelder organisering og innhold. Komiteen viser til at det i større tettsteder/byer er naturlig med egne sykehjemsleger i stedet for tilsynsleger i form av fastleger i små stillinger.

Komiteen viser til at Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (Nklm) på oppdrag fra Helsedirektoratet har utarbeidet et forslag til handlingsplan for legevakt. I sin situasjonsanalyse konkluderer senteret med at det er et stort potensial for bedre samhandling mellom legevakten og andre kommunale tjenester. Nklm mener også at legevakt-

tjenestene ikke har utviklet seg i takt med den medisinske og organisatoriske utviklingen en har hatt i resten av helsetjenesten de siste 10 årene. Over 2 millioner av landets befolkning er i kontakt med legevakten årlig. Komiteen ber regjeringen om å styrke faglige og organisatoriske krav til kommunal legevakt samt samhandlingen med spesialisthelsetjenesten i forbindelse med arbeidet med Nasjonal helseplan, fortrinnsvis gjennom en utvidelse av akuttmedisinforordningen, eventuelt gjennom en egen forskrift for kommunal legevakt. Komiteen mener det gir grunn til bekymring at bare halvparten av fastlegene deltar i legevakt. De må utgjøre ryggraden i legevaktstjenesten.

3.6 Økonomiske insentiver

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, er enig i at kommunene bør ha insentiv til å holde oversikt over og dempe presset på innbyggernes bruk av spesialisthelsetjenester, slik meldingen beskriver.

At kommunene satser på forebygging og tidlig intervensjon vil understøtte målet om mer sammenhengende pasientforløp og kostnadseffektive løsninger. En nødvendig forutsetning for dette er at det raskt etableres gode informasjons- og styringssystemer som legger til rette for kommunal planlegging og prioritering.

Høringsinstansene er kritiske til en ordning med generell kommunal medfinansiering slik dette er beskrevet i stortingsmeldingen. Flertallet merker seg at meldingen legger opp til videre utredning og høring med berørte instanser, og at regjeringen vil komme tilbake til Stortinget med konkret forslag til løsning.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti mener at med dagens kommunestruktur er det ikke realistisk å innføre ordninger med generell kommunal medfinansiering eller medfinansiering basert på alder eller diagnose. I gjennomføringen av reformen prioriteres det derfor ikke å bruke ressurser på en videre utredning av en generell, nasjonal ordning med kommunal medfinansiering, men dette hindrer ikke lokalt initierte forsøksprosjekt med medfinansiering.

Komiteen mener det er viktig at regjeringen i det videre arbeidet med gjennomføringen av samhandlingsreformen kvalitetssikrer grundig mulige modeller.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstre-

parti og Senterpartiet, mener at én av flere mulige måter å kvalitetssikre slike modeller på er forsøksordninger i hver av helseregionene.

Komiteen mener at gode informasjons- og styringssystemer for kommunenes bruk av spesialisthelsetjenester uansett bør innføres før valg av endelig løsning.

Komiteen mener det i det videre arbeidet med finansieringsmodell må legges vekt på det enstemmige vedtaket i hovedstyret i KS, datert 6. februar 2010. Komiteen mener det er viktig at økonomiske insentiver innrettes slik at de reduserer og tar hensyn til den enkelte kommunes økonomiske risiko.

Komiteen viser til at meldingen legger opp til at det skal fremmes et lovforslag for Stortinget som ivaretar det nødvendige behov for lovhjemler i det videre arbeidet med samhandlingsreformen, herunder arbeidet med økonomiske insentiver.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, mener reformen bør påbegynnes fra 2012. Etter en helhetlig vurdering basert på tilgjengelig kunnskap synes en gradvis innfasing, for eksempel gjennom både økonomiske overføringer og kommunale insentiver, å være både virksom og fleksibel.

Komiteen vil særlig understreke at det videre utredningsarbeid må innbefatte langsiktige planer for utdanningskapasitet i helse- og omsorgssektoren, herunder fordeling mellom faggrupper og innretning på utdanningsløpene.

Komiteen er enig i at det økonomiske ansvaret for utskrivingsklare pasienter overføres til kommunene.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, mener at endringen skal finansieres ved at regionale helseforetak får trekk i sine rammer, og kommunene får en økning i sine rammer, basert på historiske tall for kostnader knyttet til utskrivingsklare pasienter.

Komiteen registrerer at insentivet for behandling på riktig omsorgsnivå gjennom den betalingsforordningen som gjelder i dag, ikke er tilstrekkelig. Komiteen vil understreke at ordningen må bygge på gode prosesser knyttet til samarbeid mellom kommuner og helseforetak som likeverdige parter. Slike avtaler skal bygge på veiledninger med klare kriterier for når en pasient er utskrivingsklar, kriterier for reinnleggelse og bygge på en lovfestet ansvarsde-

ling mellom spesialisthelsetjeneste og kommunehelsetjeneste ved behov for innleggelse.

Komiteen støtter at ordningen med kommunalt finansieringsansvar for utskrivningsklare pasienter innføres fra 2012. Komiteen mener dette forutsetter at det foreligger konkrete avtaler som regulerer forholdet mellom helseforetakene og kommunene. Staten må ta initiativ til at det fremforhandles en nasjonal avtale som angir rammer for de lokale avtalene.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti mener det må utredes grundig hvordan denne ordningen skal finansieres. Disse medlemmer mener at et generelt uttrekk fra helseforetakene basert på historiske tall og overføring til kommunene etter det ordinære inntektssystemet ikke er tilstrekkelig utredet. Regjeringen må derfor komme tilbake til Stortinget med et opplegg som avklarer fordelingseffekten mellom kommunene og konsekvenser for kapasitet og økonomi i helseforetakene. Det skal ikke foretas kutt i helseforetakenes rammer som følge av denne omleggingen.

Komiteen mener at det ut fra erfaringer med andre reformer på sentrale velferdsområder er viktig for en samtidig gjennomføring i hele landet at lovgivningen er tydelig for å unngå uklare ansvarsforhold, at det finnes gode faglige retningslinjer, samt at det etableres et system for kvalitetskriterier og rapportering. Komiteen mener det er en viktig drivkraft at helsepersonell, politikere, medier og innbyggere kan se og sammenligne de tjenester som gis i egen kommune, i egen fastlegepraksis, i eget sykehjem og helseforetak.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, er enig i at aktivitetsbasert finansiering er en viktig del av finansieringen av spesialisthelsetjenesten i dag, og mener det kan være riktig å redusere ISF-andelen fra 40 til 30 prosent for å stimulere til mer forebyggende arbeid og tidlig intervensjon. Flertallet viser til Soria Moria 2-erklæringen som uttrykker at regjeringen i det videre arbeid med samhandlingsreformen og i lys av internasjonale og nasjonale erfaringer skal gjennomgå finansieringen av spesialisthelsetjenesten.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet og Høyre mener at ISF-andelen bør økes til 50 prosent for å stimulere produktiviteten i helseforetakene og dermed bidra til å redusere ventetider og helsekøer.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti mener at det må nedsettes en evalueringsgruppe med sikte på å gjennomgå og forbedre pasientklassifiseringssystemets diagnoserelaterte gruppeordninger (DRG) for å forhindre uheldige vridningseffekter og skjevheter i implementeringen av systemet.

Disse medlemmer mener at investeringstilskuddet for bygging av sykehjems plasser må økes, samt at private utbyggere kan benyttes i langt større grad.

Komiteens medlem fra Kristelig Folkeparti mener satsen for innsatsstyrt finansiering i sykehusene bør reduseres til 30 prosent for å motvirke tendenser til at ISF benyttes som et prioriteringsverktøy, noe som kan fjerne fokus på pasientbehandling. Økt rammefinansiering kan resultere i lavere aktivitetsvekst om dette ikke følges opp med supplerende styringssignaler til helseforetakene. Arbeidet med utvikling av måleindikatorer både for kvalitet og ulike former for effektivitet må intensivere.

Riktig registrering, og herav koding, av pasientbehandlingen er viktig. Dette først og fremst fordi det sikrer et riktig datagrunnlag for hvilke sykdommer pasientene rammes av, og hvilken behandling sykehusene gir. Det bør ikke være kodeaktivitet som styrer tidsbruken og ressursdisponeringen på sykehusene, og ressursbruken på kodingen i seg selv bør begrenses i størst mulig grad.

3.7 Spesialisthelsetjenestens oppgaver og organisering

Komiteen viser til at det i meldingen angis at en større satsing på kommunehelsetjenesten ikke betyr at spesialisthelsetjenesten svekkes, men at rollene og oppgavene endres. Komiteen er enig i at spesialisthelsetjenesten skal utvikles i en enda tydeligere spesialisert retning samt legge vekt på standardiserte pasientforløp og pasientens behov for koordinerte tjenester. Som del av samhandlingsreformen er det etter komiteens vurdering naturlig å tydeliggjøre lokalsykehusopp gavene både organisatorisk og faglig. Det blir en sentral del av reformens utviklingsarbeid å finne god oppgave- og ansvarsdeling mellom helseforetakenes lokalsykehus og lokalmedisinske sentre. Komiteen vil understreke at samhandlingsreformen gir viktige utviklingsmuligheter for lokalsykehusene – ikke minst er dette viktig for de helsetjenester som antas å øke framover, bl.a. helsetjenester til den økende eldre befolkningen og pasienter med kroniske sykdommer eller langvarige sykdomsforløp. Komiteen vil vise til den nærmere

konkretisering av reformens målsettinger og innhold som skal skje i Nasjonal helseplan.

Komiteen mener at samhandlingsutfordringene er betydelige mellom helseforetak og kommuner, og her vil det komme nye virkemidler i form av pliktige avtaler. Komiteen vil imidlertid påpeke at helseforetakene internt og seg imellom også har samhandlingsutfordringer, og mener det bør utvikles virkemidler som sikrer god intern samhandling, og som kan følge opp resultatene.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, registrerer at spesialisthelsetjenesten de siste tiårene har hatt en sterk kostnadsvekst på bakgrunn av økt pasientbehandling og nye oppgaver. De økonomiske resultatene for regionale helseforetak samlet er blitt bedre i takt med sterkere nasjonal styring og arbeid med god ledelse. Meldingen angir at en sentral premiss for reformen er at en større del av ressursveksten fremover skal komme i form av økte inntekter til kommunene. Flertallet mener dette skjerper behovet for god ledelse i og eierstyring av spesialisthelsetjenesten fordi kutt i vanlig pasientbehandling vil kunne øke ventetidene. Det foreslås å redusere den aktivitetsbaserte finansieringen som brukes i deler av spesialisthelsetjenesten.

Komiteen har merket seg innspill fra bl.a. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten om at vi trenger økt satsing på kvalitetsmåling og indikatorer for kvalitet for de ulike ledd i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Komiteen er enig i at dette er viktig for at helsetilbud kan bedres, og at helsekronene kan utnyttes bedre. Komiteen mener økt fokus på fakta om kvalitet er særlig viktig ved gjennomføring av en stor helsereform, og at det også for dette formål trengs mer forskning og bedre lovgivning slik at vi kan dra nytte av de helsedata som finnes.

Komiteen mener det er naturlig og nødvendig at Stortinget ved behandling av Nasjonal helseplan våren 2011 tar stilling til de viktigste prioriteringer innenfor sykehussektoren den kommende perioden.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, vil vise til at den nærmere konkretisering av reformens målsettinger og innhold som skal skje i Nasjonal helseplan.

Flertallet vil vise til at det i politisk plattform for flertallsregjeringen står at Nasjonal helseplan skal videreutvikles til å bli et mer operativt redskap for prioriteringer innenfor de samlede helse- og omsorgstjenestene. Den skal sikre god politisk sty-

ring gjennom å være et strategisk styringsdokument for helsetjenesten. For å sikre en reell prioriteringsdebatt skal fylkeskommunene involveres i en høringsrunde.

Komiteens medlemmer fra Framskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti mener at det i forbindelse med behandlingen av nasjonal helseplan våren 2011 skal foretas en klargjøring av ansvarsdelingen mellom lokalsykehus, distriktsmedisinske sentra og lokalmedisinske sentra. En slik gjennomgang og ansvarsdeling må imidlertid ikke svekke gode etablerte samarbeidsordninger, som for eksempel i Helse-Nord, der spesialisthelsetjenesteoppgaver finansiert av helseforetakene er samlokalisert og integrert med kommunale helsetilbud.

Disse medlemmer mener at avtalespesialistene representerer et effektivt og tilgjengelig tilbud om spesialisthelsetjenester. Det må utvikles en nasjonal strategi for hvordan ordningen med avtalespesialister kan bygges ut og bidra til å nå målsettingene i samhandlingsreformen.

Komiteen mener at spesialisthelsetjenestens lovfestede veiledningsplikt for kommunehelsetjenesten bedre må bidra til å sikre bedre kompetanseoverføring, blant annet med hospiteringsordninger og desentraliserte sykehustjenester nær pasientene, i nær dialog med kommunehelsetjenesten.

Komiteens medlemmer fra Framskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti mener at det må innføres en modell med samfunnskontrakt som sørger for at ideelle og andre private aktører får langsiktige og forutsigbare rammer for sin virksomhet innenfor helse- og omsorgstjenesten. Den svenske modellen kan være et godt utgangspunkt for å utforme en slik kontrakt. Dette vil være et godt rammeverktøy som sikrer denne sektorens muligheter for å optimalisere sine bidrag i helse- og omsorgstjenesten. Disse medlemmer viser i den sammenheng til behandlingen av Dokument nr. 8:68 S (2009–2010).

3.8 Særskilte utfordringer for minoriteter

3.8.1 Særskilte utfordringer for den samiske befolkning

Komiteen viser til at et sentralt element i samhandlingsreformen er at det i samspill mellom myndigheter, tjenester og brukere skal identifiseres hva som er gode pasientforløp, og hvordan man iverksetter systemtiltak som understøtter disse. Komiteen legger vekt på at manglende kulturforståelse og språk kan føre til feil i kommunikasjon omkring sykdom og behandling som kan få alvorlige konsekvenser. Bl.a.

merker komiteen seg at mye tyder på en underreportering av sykdom hos den samiske befolkning. Komiteen mener en styrking av helsetjenesten utenfor sykehusene slik reformen legger opp til med mulighet for større stabilitet i samiskspråklig helse-tilbud, vil være positivt. Komiteen noterer seg at regjeringen vil i dialog med Sametinget for å vurdere hvordan tolketjenesten i spesialisthelsetjenesten kan forbedres.

3.8.2 Særskilte utfordringer knyttet til innvandrerbefolkningen

Komiteen merker seg at det er betydelige helseforskjeller både mellom majoritetsbefolkningen og innvandrere fra lavinntektsland og mellom ulike nasjonalgrupper. Videre frembyr innvandrerbefolkningen et sykdomsmønster som på mange måter skiller seg fra majoritetsbefolkningens. Det angis at stortingsmeldingen ikke foretar noen fullstendig gjennomgang av alle aktuelle tiltak for innvandrerbefolkningen på samhandlingsområdet. Komiteen er enig i at det skal arbeides med gode dialogprosesser, og at slike dialoger skal fange opp om innvandrerbefolkningen har særlige behov som skal medtas når pasientforløp lages. Komiteen er enig i at det i størst mulig grad skal unngås å etablere særomsorgsordninger.

3.9 Et kompetent helsepersonell i alle deler av helsetjenesten

Komiteen erkjenner at det vil være stort behov for helsepersonell med god kompetanse i fremtiden, bl.a. på grunn av demografisk, teknisk og medisinsk utvikling og økonomiske forhold. Meldingen angir på grunnlag av fremskrivninger fra SSB/Helsemod at det vil være behov for mellom 95 000 og 135 000 nye årsverk i sektoren fram mot 2030, samtidig som tilgangen av helsepersonell vil øke med om lag 100 000 årsverk. Behovet for økt personellkapasitet inntreier i perioden 2020–2030 samtidig som økningen i antall pleietrengende kommer. Komiteen viser til at fremskrivninger fra SSB/Helsemod viser at det vil bli behov for flere nye årsverk fra 2020 enn nåværende utdanningskapasitet kan fylle. Komiteen vil understreke at det må tas hensyn til at det tar flere år å utdanne helsepersonell. Komiteen mener at opptrappingen av utdanningskapasiteten må iverksettes slik at kvalifisert kompetanse er tilgjengelig når volumendringene på behovssiden inntreier. Etter komiteens mening vil ikke samhandlingsreformen lykkes om vi ikke lykkes med utdanningsbølgen. Komiteen mener helsesektoren og utdanningssektoren gjennom de kommende årene må arbeide forpliktende sammen både når det gjelder innretningen av forskjellige fagutdanninger og kapasitet. Komiteen er vel kjent med Kompetanseløftet

2015, og mener at det inneholder viktige tiltak og virkemidler når det gjelder rekruttering og etter-/videreutdanning av helsepersonell. Komiteen mener at de tiltak og ressurser som i dag inngår i Kompetanseløftet, ikke er utformet i samsvar med samhandlingsreformens målsettinger. De desentraliserte studietilbudene må utvikles og utbygges, slik at en kan oppnå gode geografiske fordelinger av helsepersonell. Komiteen vil understreke viktigheten av at kommunene har godt samarbeid med utdanningsinstitusjonene regionalt om utforming og omfang av den helse- og omsorgsfaglige utdanningen, slik at det blir godt samsvar mellom utdanningstilbud og behov i en stor og voksende sektor. Kompetanseløftet 2015 må derfor bygges videre ut med nye tiltak og økte ressurser som følge av samhandlingsreformen.

Samhandlingsreformen vil også forutsette en kompetansereform innenfor helsevesenet. Dagens forskning og utdanning er sterkt fokusert på spesialisthelsetjenestens behov, og dette må endres. Primærhelsetjenesten, kronikergruppene og det forebyggende helsearbeid må prioriteres langt sterkere innen forskningen. Tilsvarende må helseutdanningene på en helt annen måte enn i dagens utdanning bygge opp under behovet for flere leger, sykepleiere, psykologer m.fl. til kommunehelsetjenesten. Komiteen ber derfor regjeringen medvirke til at bl.a. legestudentenes praksisutdanning i fastlegepraksis, legevakt og sykehjem styrkes. Komiteen mener at studie- og rammeplaner og offentlig finansiering i fagskoler, høyskoler og universiteter må støtte opp om grepene i samhandlingsreformen, slik at alle helseutdanningene gjenspeiler strategier og prioriteringer i den sektoren som utdanningene kvalifiserer for. Utdanningene må få en form og innretning som stimulerer til bedre og mer brukerorientert, tverrprofesjonell samhandling.

Komiteen er enig i at et godt arbeidsmiljø fremmer utvikling av kompetanse og virker rekrutterende, og at heltid, redusert bruk av deltid, god ledelse og mulighet for kompetanseutvikling er noen av de tiltak som bidrar til dette. Det vil også bidra til bedre kontinuitet i helsetjenesten, som gir trygge og fornøyde brukere.

Komiteen mener at tverrfaglighet og god samhandling mellom yrkesgrupper må utvikles videre, og at der det avdekkes hindringer for samhandling – må disse løses snarest. Tverrfaglige team vil bidra til mer helhetlig behandling og kontinuitet i pasienthåndteringen.

Det er, slik komiteen ser det, viktig å understøtte samspillet mellom familie og de frivillige organisasjonene, for å utnytte alle ressurser til pasientens beste.

Komiteen mener det er viktig å få bedre kompetanse og kvalitet på praksisplassene som høysko-

lene bruker, og viser til samarbeidet som Høyskolen i Vestfold skal sette i gang sammen med Larvik kommune om utdanning av profesjonsveiledere. Disse skal ivareta studentene i kommunehelsetjenesten og sørge for veiledning og oppfølging, noe som komiteen har fått vite mangler mange steder. Slike tiltak bør videreutvikles for å bedre interessen og øke rekrutteringen til primærhelsetjenesten. Komiteen mener at nye og endrede roller for helsepersonellet og endringer i oppgavefordelingen på sikt kan føre til etablering av helt nye utdanninger med vekt på tverrfaglighet og forebygging.

Komiteen vil understreke at trening i tverrprofesjonelle samarbeidssituasjoner må skje gjennom god praksisopplæring. God praksisopplæring fordrer tett og formalisert kontakt på alle nivå mellom dem som skal utdanne helsepersonell, og dem som utfører praksisopplæringen i helsesektoren. Komiteen viser til at det fra universiteter og høyskoler meldes om store utfordringer med å skaffe nok praksisplasser.

Komiteen mener at for å få gode samhandlere må praksisopplæringen i større grad skje for eksempel i lokalmedisinske sentra, fastlegepraksis, legevakt, sykehjem og omsorgsboliger. Komiteen viser til at i spesialisthelsetjenesteloven er ivaretagelse av utdanningsoppgaver én av fire lovfestede hovedoppgaver. Dette gjelder ikke for kommune- og tannhelsetjenesten. I lovene som regulerer henholdsvis kommune- og tannhelsetjenestene, er det kun formulert en medvirkningsplikt. For å skaffe praksisplasser som igjen fører til at det utdannes gode samhandlere, er det, etter komiteens mening, behov for at kommunene gjennom lovverket får et tydelig ansvar for praksisopplæring. I dag er det svært få formaliserte avtaler mellom utdanningsinstitusjonene og kommune- og tannhelsetjenesten. Komiteen understreker at elever og studenter i helsefag gjennom teori og praksis må erfare at kommunehelsetjenesten er en interessant arbeidsplass, hvor det drives kunnskapsbasert behandling og rehabilitering, hvor brukerens behov er i fokus, og hvor det er utviklingsmuligheter for helsepersonell.

Komiteen mener at det, i tillegg til utvikling av kvalitetsmåling og indikatorer for kvalitet i kommune- og spesialisthelsetjenestene, bør utvikles og tas i bruk kvalitetsindikatorer for praksisopplæringen.

Både på kommunalt og statlig forvaltningsnivå er det etablert omfattende medvirkningsordninger for ansatte og deres organisasjoner. Disse ordninger omfatter de ulike delleveranser i helsetjenesten og er ikke rettet inn mot helhetlige pasientforløp. Komiteen understreker viktigheten av at ansattes organisasjoner trekkes inn i arbeidet med samhandlingsreformen, og at medarbeidernes ansvar for helheten i

tjenestene og ansvarsvekslingene mellom aktørene gjøres til et tema.

Komiteen mener at sykepleierdekningen samt dekningsgraden av helsefagarbeidere og andre faggrupper gradvis må økes. Karriereordninger vil kunne gjøre det faglig utfordrende for spesialsykepleiere og andre å jobbe videre i helse- og omsorgstjenesten i kommunene.

Komiteens medlemmer fra Framskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti mener andelen ufaglærte må reduseres, og at det må etableres et kunnskapsløft for de ufaglærte som i dag jobber i kommunehelsetjenesten. Kompetanseløftet 2015 må derfor endres og styrkes for å ta høyde for utfordringene som samhandlingsreformen innebærer.

3.10 Tannhelse

Komiteen registrerer at tannhelse er lite nevnt i meldingen. En god tannhelse er, slik komiteen ser det, et viktig forebyggende tiltak som kan hindre innleggelser og plager for den enkelte. Sykdommer i munnhulen påvirker den allmenne helsetilstanden på samme måte som annen sykdom, og dårlig tannhelse er en risiko for utvikling av andre sykdommer ved at bakterier spres gjennom blodløpet. Ved kroniske somatiske sykdommer kan grunnlidelsen eller medisinbruk på grunn av sykdommen føre til økt risiko for tannskader og sykdom i munnhulen. Både når det gjelder ernæring, velvære og psykisk helse, er en god tannhelse viktig. Komiteen viser for øvrig til behandlingen av St.meld. nr. 35 (2006–2007), Framtidens tannhelse, og Innst. S. nr. 155 (2007–2008), der det blant annet ble påpekt av komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Framskrittspartiet, Sosialistisk Venstreparti, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Venstre «at tannhelsefeltet har problemer med hensyn til organisering og samhandling». Det burde vært en bedre kommunikasjonslinje mellom forvaltningsnivåene, slik at pasienter som i dag faller mellom to stoler, hadde fått bedre behandling.

Komiteen er av den oppfatningen at tannpleiere bør brukes mer aktivt i kommunehelsetjenesten, både som aktive utøvere av tjenesten, men også til opplæring av personell. Det bør også fokuseres mer på tannhelse i utdanningsløpet til helsearbeidere.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, viser til formuleringen i regjeringsplattformen hvor det understrekes at regjeringen har som mål at det offentlige gradvis skal ta et større ansvar på tannhelsefeltet, og at regjeringen vil utrede ulike modeller med sikte på at det etableres et tak for hvor mye den enkelte selv skal dekke

av utgifter til nødvendig tannbehandling. Flertallet imøteser denne utredningen.

Komiteens medlemmer fra Framskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti mener at det må fremmes en egen sak om tannhelse i lys av samhandlingsreformen med tanke på organisering og oppgavedeling. Disse medlemmer ber videre om at det igangsettes et arbeid for å styrke det offentlige tannhelsetilbudet til pasienter med svak økonomi og store utgifter til tannhelsetjenester.

3.11 IKT i helse- og omsorgssektoren

Komiteen mener informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT) er avgjørende og nødvendig for sikker pasientbehandling, for god samhandling, for kvalitetsarbeid og for å styre helsetjenesten på beste måte. Komiteen er enig i utfordringsbildet som beskrives i meldingen, og mener hovedutfordringen er lokal autonomi og behov for en tydeligere nasjonal styring av regionale helseforetak. Komiteen er enig i at en økende digitalisering av sektoren gir utfordringer for personvernet. Komiteen vil samtidig peke på at uautorisert innsyn i papirjournaler har vært et stort problem. I de elektroniske pasientjournalene er det mulig å kontrollere hvem som har sett i journalen. Dette forebygger misbruk og gjør det mulig å identifisere personer som bryter regelverket for innsyn.

Komiteen støtter at det basert på en videreutvikling av Norsk helsenett etableres en ny nasjonal enhet for utvikling og drift av IKT-infrastruktur i helse- og omsorgssektoren, jf. omtale i St.prp. nr. 67 (2008–2009). Komiteen er fornøyd med at nær alle helseforetak og alle fastleger per utgangen av 2008 hadde innført elektronisk pasientjournal (EPJ), og at i overkant av 80 prosent av sykehjemmene og 60 prosent av helsestasjonene hadde startet innføringen av EPJ.

Komiteen støtter at det foretas en utredning av såkalt Nasjonal kjernejournal som skal inneholde livsbergende kritisk informasjon, medisinerings og kontaktoversikt/epikriser.

Komiteen vil understreke viktigheten av en videre utvikling av gode og relevante telemedisinske tjenester.

Komiteen ber om at det lages en egen nasjonal plan for bruk av IKT, herunder telemedisin, i helse- og omsorgstjenesten for å understøtte målene i samhandlingsreformen. Denne planen må utvides til også å gjelde omsorgsteknologi, i tråd med intensjonene i Teknologirådets rapport fra 2009. Komiteen mener at denne planen også må inneholde nasjonale standarder som sikrer felles, effektive IKT-løsninger.

3.12 Krav til ledelse og organisering

Komiteen mener at god gjennomføring av samhandlingsreformen vil kreve plass og interesse for samhandling i lederskap i både spesialist- og kommunehelsetjenesten. Komiteen er enig i at lederskap i spesialisthelsetjenesten må ta inn over seg både ansvaret for mer «spissing» av de spesialiserte oppgavene og ansvaret for mer veiledning overfor kommunehelsetjenesten. Komiteen understreker det forsterkede behovet for samfunnsmedisinsk kompetanse og lederskap i kommunene og behovet for systematisk organisering av brukermedvirkning.

Komiteens medlemmer fra Framskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti mener at St.meld. nr. 47 (2008–2009) og merknadene i innstillingen fra flertallet ikke representerer noen reform av helsetjenesten. En forutsetning for å gjennomføre en reform på området er at det er en sammenheng mellom mål og konkrete virkemidler. Disse medlemmer viser videre til sine generelle merknader innledningsvis.

3.13 Frivillige organisasjoner

Komiteen er enig i 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. Komiteen mener mange frivillige organisasjoner har spesiell kompetanse på likemannsarbeid, på sosial inkludering, på de «ikke-sette» behovene, og at de har mulighet til fleksibilitet og rask omstilling til nye oppgaver. Komiteen mener at gjennomføringen av samhandlingsreformen vil bli raskere og riktigere dersom kommunene samarbeider aktivt med frivillige organisasjoner, og det bør vurderes å utvikle samarbeidsavtaler mellom kommuner/samarbeidende kommuner og de frivillige organisasjonene i første rekke lokalt.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, mener at frivillige organisasjoner og ideelt organiserte virksomheter har vært viktige aktører i utviklingen av helsetjenesten her i landet. I politisk plattform for flertallsregjeringen heter det at sykehus eid og drevet av frivillige organisasjoner skal sikres gode vilkår gjennom avtaler med det offentlige.

Komiteen mener dette også må bli en premiss for gjennomføring av samhandlingsreformen ved at de frivillige organisasjonene trekkes aktivt inn i planlegging og gjennomføring av de utviklings- og omstillingstiltak helsetjenesten står foran.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti viser til forslaget om samfunnskontrakt, noe som utvilsomt vil gi en garanti for at de frivillige organisasjonene blir en viktig del av denne reformen.

3.14 Merknader til Representantforslag 63 S (2009–2010)

Komiteen viser til at representantforslaget tar utgangspunkt i at Norge i dag har en av verdens beste helsetjenester, men at det samtidig er betydelige framtidige utfordringer særlig knyttet til endret demografi med flere eldre og færre i yrkesaktiv alder. Forslagsstillerne anfører at dette vil måtte løses gjennom prioriteringer, organisering og en ny balanse mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. På denne bakgrunn er forslagsstillerne positive til at St.meld. nr. 47 (2008–2009) Samhandlingsreformen tar opp slike utfordringer, og det anføres som særlig positivt at stortingsmeldingen legger opp til en bærekraftig helse- og omsorgspolitikkk hvor kommunene skal få en ny rolle.

Komiteen viser til at forslagsstillerne mener at kommunal medfinansiering ikke er et hensiktsmessig virkemiddel for å dempe vekst i spesialisthelsetjenesten blant annet fordi mange kommuner er små, og fordi det kan føre til mer byråkrati.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, deler ikke denne oppfatningen. Flertallet mener at gode økonomiske insentiver vil bistå kommunene med å holde oversikt over og dempe presset på innbyggernes bruk av spesialisthelsetjenester slik meldingen beskriver, og viser til egen omtale av dette forhold i innstillingen.

Forslagsstillerne ønsker at flere velferdsoppgaver skal komme nærmere borgerne, og at dette vil kreve overføring av helse- og omsorgsoppgaver fra stat til kommuner. Forslagsstillerne mener dette vil kreve færre og større kommuner og foreslår at det gjennomføres en kommunereform hvor Stortinget fastsetter et måltall for antall kommuner reformen skal resultere i. Flertallet viser til at St.meld. nr. 47 (2008–2009) Samhandlingsreformen bygger på at reformen kan vellykket gjennomføres innenfor dagens kommunestruktur, samtidig som lokale og frivillige samarbeidsløsninger mange steder vil være et gode for å fremme mer forebyggende arbeid og en bedre primærhelsetjeneste. Flertallet mener at kommunestruktur uløselig er knyttet til lokaldemokrati, og at signifikante politiske prosesser knyttet til dette vil måtte behandles som egne saker og ikke som del av en helsepolitisk problemstilling.

Komiteen viser til at forslagsstillerne viser til kvalitetene i forsterkede sykehjem, fastlegenes mulighet til å skrive pasienter inn på kommunale pleie- og omsorgsinstitusjoner og behovene for ambulerende team. Komiteen mener dette er gode eksempler på områder som bør prioriteres i en ny kommunehelsetjeneste, og viser til egen omtale av disse forhold i innstillingen.

Forslagsstillerne viser til behovet for økt satsing på rekruttering i helse- og omsorgssektoren. Komiteen er enig i dette og viser til bred omtale i innstillingen av rekrutteringsutfordringen og konsekvenser for utdanningssektoren.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, viser til at forslagsstillerne foreslår ettergivelse av studiegjeld som et virkemiddel for å rekruttere sykepleiere og hjelpepleiere i primærhelsetjenesten. Flertallet vil ikke støtte dette blant annet fordi forslaget vil kunne stimulere til rekruttering i kommunehelsetjeneste i sentrale strøk på bekostning av små kommuner.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti er enig i at flere bør prøve organisering med såkalt «Nordsjøturnus» som Bergen kommune har høstet gode erfaringer med.

Komiteen er enig i at det skal satses på utvikling av omsorgsteknologi, og viser til omtale av dette i innstillingen.

Forslagsstillerne anfører at rehabilitering bør være et særlig satsingsområde i helse- og omsorgssektoren i årene som kommer, og at dette krever oppfølging og styrking av nasjonal plan for habilitering og rehabilitering. Forslagsstillerne understreker at rehabilitering, og særlig opptrening, i større grad må skje i kommunene. Komiteen viser til egen omtale av habilitering og rehabilitering i innstillingen.

Komiteen foreslår at representantforslaget vedlegges protokollen.

4. Uttalelse fra kommunal- og forvaltningskomiteen

I samsvar med Presidentskapets beslutning 7. januar 2010 og vedtak i Stortinget 18. februar 2010 er kommunal- og forvaltningskomiteen i brev av 25. mars 2010 bedt om å avgi uttalelse før endelig innstilling avgis. I brev av 14. april 2010 uttaler kommunal- og forvaltningskomiteen:

«Komiteen slutter seg til merknadene fra sine respektive fraksjoner i helse- og omsorgskomiteen.

Komiteen understreker at kommunene er en sentral aktør i samhandlingsreformen. Det er derfor avgjørende for reformens suksess at kommunene settes i stand til å oppfylle sin rolle. Særlig vil komiteen peke på betydningen av at kommunene får klar beskjed om hvilke oppgaver de skal overta, med tilstrekkelig tid til å forberede nødvendige endringer. Dette er en forutsetning for at kommunene skal kunne gjøre sin del av jobben på helseområdet i tråd med reformen, både når det gjelder primærforebygging og håndtering av personer med helseproblemer.

Komiteen påpeker at alle nye statlige pålegg eller reformer må fullfinansieres, for å unngå at nye kommunale oppgaver fortrenger gamle.

Komiteen viser til at kommunenes organisasjon, KS, har vært, og fortsatt skal være en sentral høringsinstans i arbeidet med gjennomføringen av samhandlingsreformen.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittpartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti viser til felles merknader i innstillingen om kommunesamarbeid.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittpartiet og Kristelig Folkeparti mener lokalsykehusenes rolle og funksjoner bør ligge fast så lenge innholdet i samhandlingsreformen ikke er klart definert. Blant annet må det sikres en klargjøring av ansvarsfordeling mellom lokalsykehus, distriktsmedisinske sentra og lokalmedisinske sentra. Først når et bedre helsetilbud er etablert ut fra en helhetlig vurdering, kan eksisterende tilbud legges om.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittpartiet vil understreke at det er helt avgjørende for at reformen skal lykkes at kommunene har kompetanse og grunnlag for å ta på seg nye oppgaver. Disse medlemmer viser til at det i dag er 430 kommuner i Norge og at mer enn halvparten av disse har mindre enn 5000 innbyggere. Disse medlemmer mener at en reduksjon av antall kommuner er helt avgjørende for at samhandlingsreformen skal kunne lykkes og mener derfor at en kommunestrukturreform burde vært gjennomført før samhandlingsreformen. Disse medlemmer mener også at det må være en klar definisjon på hvilke pasientgrupper kommunene skal overta behandlingsansvaret for, at standardiserte pasientforløp legges til grunn og at avtaler gjort mellom kommune og spesialisthelsetjeneste skal ha et langsiktig perspektiv. Nytt behandlingstilbud skal primært bygges opp lokalt i den enkelte kommune. I tillegg mener disse medlemmer at en forutsetning for å lykkes er at pengene følger brukeren slik at kommunene får et klart økonomisk incitament for å tilrettelegge et godt tilbud.

Komiteens medlemmer fra Høyre fremhever kommunestrukturen som uhensiktsmessig for å oppnå reformens mål. Disse medlemmer vil understreke at heller ikke kommunal medfinansiering vil løse de grunnleggende strukturproblemene for spesialisthelsetjenesten.»

5. Forslag fra mindretall

Forslag fra Fremskrittpartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti:

Forslag 1

Stortinget ber regjeringen i forbindelse med innføring av ordningen med pasientkoordinator sikre pasientens rett til å skifte koordinator.

Forslag 2

Stortinget ber regjeringen i løpet av 2010 fremme forslag til lovendring som sikrer rett til brukerstyrt personlig assistanse for mennesker med omfattende behov for praktisk og personlig bistand.

Forslag 3

Stortinget ber regjeringen fremme en egen forsøkslov for helsetjenesten der det gis mulighet til å etablere ulike pilotordninger mellom samarbeidende kommuner og helseforetak for å prøve ut ulike samhandlingsordninger, oppgaveoverføring og ansvarsdeling.

Forslag 4

Stortinget ber regjeringen fremme forslag om å etablere en ordning med eldreombud.

Forslag 5

Stortinget ber regjeringen fremme forslag om innføring av bemanningsnormer for legedekningen ved sykehjem fra 2012.

Forslag 6

Stortinget ber regjeringen fremme en nasjonal opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering etter modell fra opptrappingsplanen for psykisk helse. Planen legges frem for Stortinget våren 2011. Planen skal inneholde forslag til utbygging av tilbudet både i primærhelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten, samt beskrivelse av tiltak for bedre organisering av tilbudet.

Forslag 7

Stortinget ber regjeringen fremme forslag om en egen opptrappingsplan for rusfeltet innen våren 2012. Planen skal legge til rette for en systematisk oppbygging av kapasitet og kompetanse innen forebygging, behandling, rehabilitering og ettervern, både i kommunene og spesialisthelsetjenesten.

Forslag 8

Stortinget ber regjeringen fremme forslag om en ordning som sikrer rett til fritt valg av sykehjemsplass på tvers av kommunegrensene for personer som er innvilget en slik tjeneste. Den enkelte kommune skal være pliktig til å betale for sine innbyggere.

6. Komiteens tilråding

Komiteens tilråding fremmes av en samlet komité.

Komiteen viser til meldingen, representantforslaget og merknadene og rår Stortinget til å gjøre følgende

vedtak:

I

St.meld. nr. 47 (2008–2009) – Samhandlingsreformen – vedlegges protokollen.

II

Dokument 8:63 S (2009–2010) – representantforslag fra stortingsrepresentantene Trine Skei Grande og Borghild Tenden om en ny velferdsreform – vedlegges protokollen.

Oslo, i helse- og omsorgskomiteen, den 20. april 2010

Bent Høie
leder

Are Helseth
ordfører

