

Asker kommunes høringsuttalelse til regjeringens forslag til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester

Lovforslaget er i hovedsak en videreføring av gjeldende bestemmelser og kan ikke sies å oppfylle målsettingen i Samhandlingsreformen, slik lovutkastet nå foreligger.

I kommunehelsetjenesteloven § 1-2 står det: ”kommunen skal spre opplysning om og øke interessen for hva den enkelte selv og allmennheten kan gjøre for å fremme egen trivsel og sunnhet, samt folkehelsen”. Asker kommune vurderer dette punktet som veldig sentralt og viktig i Folkehelsearbeidet. Det peker på at kommunen skal tilrettelegge for at den enkelte kan ta ansvar for egen helse. Asker kommune beklager at denne setningen er tatt ut av det nye lovforslaget.

Til dels gir lovforslaget en tydeliggjøring av kommunens oppgaver, men gir bare konturene av en ramme for den bebudede nye kommunerollen. Slik lovforslaget foreligger, fører det ikke til økt innsats for folkehelse og forebygging – det er også her gjeldende regelverk som er videreført. Lovforslaget gir i seg selv ingen bedret legetjenesten i kommunene, selv om det kan komme gjennom revisjon av fastlegeforskriften.

Det er også uklart i hvilken grad lovforslaget understøtter en klarere pasientrolle og et mer helhetlig pasientforløp, men forslaget må sies å legge til rette for samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunenes helse- og omsorgstjenester og slik at spesialisthelsetjenesten kan utvikles.

Imidlertid vil det først være når finansieringen av bestemmelsene i lovforslaget er kjent at en vil kunne si om forslagene bidrar til å oppnå målsettingen i Samhandlingsreformen.

Asker kommune avgir med dette følgende høringsuttalelse:

1. Generelt

Lovforslaget gir muligheter for en styrket, likeverdig og bedre koordinert helsetjeneste. Det vil være arbeidet med den videre utformingen av virkemidler som vil være avgjørende i hvilken grad Samhandlingsreformen blir vellykket sett i forhold til de målene som er fastsatt. I det videre arbeidet må kommunene tas aktivt med.

For å kunne bygge opp nye tjenester som beskrevet i Samhandlingsreformen må kommunene ha tilstrekkelig og forutsigbart økonomisk handlingsrom flere år fram i tid. Det innebærer at det i tillegg til overføring av midler for utskrivingsklare pasienter og medfinansiering tas høyde for at innføringen av reformen innebærer tilleggskostnader (pukkelkostnader) i form av planlegging, etablering av nye tilbud, IKT utbygging, helseovervåking og kompetansebygging i en overgangsperiode som vil gå over flere år.

2. Kommunenes ansvar

Det er flere forslag i høringsnotatet som vil underbygge og forsterke kommunens myndighet, og Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) fremhever viktigheten av lokal handlefrihet som et av verdigrunnlagene bak loven. Samtidig er det flere forslag som kan bidra til å undergrave balansen mellom stat og kommune.

Kommunen er gitt et økt ansvar uten at nødvendig myndighet er definert. Forslaget viser kun konturene av rammene for en ny kommunerolle.

3. Ansvarsfordeling med hensyn til oppgaveløsning og beslutningskompetanse

Hverken i lov eller i høringsnotatet er rolle og ansvarsfordelingen mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten tydelig nok beskrevet. Det erkjennes at den medisinskfaglige utviklingen og til dels lokale forhold medfører at denne rolle- og ansvarsfordelingen ikke kan være statisk eller rigid, og vil være under kontinuerlig utvikling. Det må være en større grad av tydeliggjøring av ansvar og roller før en ny finansieringsordning iverksettes. Lovverket må avklares og defineres hva angår ansvar og myndighet, definisjoner av pasientforløp og en utskrivingsklar pasient. Det forutsettes en likeverdig avtale og det må bygges inn incentiver slik at man finner fram til gode løsninger for pasienten slik at formelle tvisteløsninger unngås.

Ansvarsfordelingen må angis nærmere og det må konkretiseres hvilket ansvar kommunen får i forhold til hvilke konkrete oppgaver som følger av dette. Dette gjelder spesielt spesialisthelsetjenestens rolle og ansvar ift kommunen. Dette må gjøres av statlige og kommunale myndigheter i felleskap. HOD kan ikke ensidig fastsette ansvarsfordelingen.

Det forutsettes at dersom det lovfestes at kommunen skal sørge for tilbud på døgnbasis til pasienter med behov for umiddelbar helsehjelp, vil en slik lovfesting bli supplert med en bestemmelse om at kommunen vil kunne oppfylle plikten ved å inngå avtale med andre kommuner, private aktører eller helseforetak.

Det er vanskelig å måle effekten av helsefremmende og forebyggende arbeid. Derfor vil det være nødvendig, i dialog med kommunene å komme frem til kriterier for å måle effekten av helsefremmende og forebyggende arbeid.

4. Samhandling mellom kommuner og regionale helseforetak – hvordan skal avtalene brukes?

I høringsnotatet vektlegger departementet ikke ubetydelige stordriftsfordeler ved at kommuner samarbeider om å løse oppgaver innenfor helse- og omsorgstjenesten. Denne vurderingen deles i hovedsak, men stordriftsulempene er for lite vektlagt.

Samarbeid kommuner i mellom må baseres på frivillighet. Høringsnotatet beskriver den foreslåtte bestemmelsen om at departementet skal kunne påby samarbeid mellom kommuner når det finnes påkrevet, som en svært snever unntaksregel. Når den anses som snever, og at det skal svært mye til før departementet eventuelt pålegger samarbeid, strider en slik bestemmelse mot det kommunale selvstyret. Den enkelte kommune vil best være i stand til å vurdere hvordan den skal levere gode helse- og omsorgstjenester til sine innbyggere.

Høringsnotatet beskriver allerede kjente samarbeidsmodeller. Imidlertid er Kommunehelse-samarbeidet Vestre Viken, et samarbeid mellom 26 kommuner i sykehusområdet til Vestre Viken HF, et godt eksempel på hvordan kommuner kan anse et samarbeid som hensiktsmessig.

Asker kommunes vurdering er at det enkelte helseforetak bør ha ansvaret for at det etableres samarbeidsavtaler med kommunen, ikke de regionale helseforetakene. Dette er vesentlig for å sikre mest mulig likeverdighet mellom avtalepartene.

I de tilfelle der kommunene avtaler at de deler gjennomføringen av oppgavene seg i mellom, bør det være bestemmelsene i kommunelovens kapittel 5, eller lov om interkommunale selskaper som bør legges til grunn for samarbeidet.

Det kan også være behov for at kommunene eller et kommunesamarbeid etablerer egne juridiske enheter, for eksempel for å dekke grensesnittet mellom spesialisthelsetjenestens akuttmedisinske arbeid og kommunenes legevaksarbeid. I og med at den eneste selskapsform som er aktuell når kommuner og helseforetak sammen skal eie virksomhet som yter kommunal helse- og omsorgstjeneste, er aksjeselskaper, bør lov om interkommunale selskaper endres til også omfatte helseforetak.

Til departementets forslag om at partene skal ha mulighet til å si opp samarbeidsavtaler med ett års frist, vil Asker kommune foreslå at avtalene blir tidsbegrenset, slik at partene ikke må bruke tid på å reforhandle avtaler. Det kan heller være en klausul om reforhandling, dersom en av partene ønsker endringer.

Avtalenes juridiske forpliktelser må utredes nærmere.

Det er vesentlig at den enkelte kommune vurderer valg av samarbeidsløsninger innenfor lovens rammer. Avtalene skal avklare forventinger mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.

I lovforslagets fremgår kravene til avtalenes innhold. Etter Asker kommunes vurdering er det behov for å tydeliggjøre at dette er et avtalesett som til sammen minimum skal inneholde 1-10 elementer, og ikke en avtale.

Det må tilstrebes at uenigheter om tolkning av avtaler, tvister om utskrivingsklare pasienter osv kan løses på lokalt nivå. Det bør vurderes å opprette et nasjonalt uavhengig tvisteorgan som kan vurdere ansvar og rollefordeling ved prinsipiell uenighet mellom kommunale og statlige myndigheter. Organet bør ha en kommunal leder samt myndighet til å fatte beslutninger.

I forhold til folkehelse vil kommunene selv være i stand til å etablere fornuftige løsninger, i samarbeid med fylkeskommunene. Det er ikke behov for å gi hjemmel til å pålegge slik samarbeid. Dette samarbeidet kan skje gjennom inngåelse av avtaler, basert på kommunens behov for oversikt over egen befolkning.

5. Nye oppgaver og plikter som er foreslått overført til kommunen

Legetjeneste i kommunene

Det er viktig og riktig at kommunelegens rolle som medisinsk faglig rådgiver i kommunen er fastslått i lovs form. Denne funksjonen må styrkes i framtiden. Loven bør inneholde en åpning for at kommuner kan samarbeide om funksjonen som kommunelege.

Et av virkemidlene i Samhandlingsreformen har vært en sterkere styring av fastlegene. Lovforslagets bestemmelse om legefördeling til kommunens helse- og omsorgstjenester er en videreföring av gjeldene lov. Det er ikke foreslått endringer fastlegeordningen, men det er foreslått endringer i rammeforutsetningene for ordningen. Det er et spørsmål om den foreslåtte endringen av forholdet mellom per capita finansiering og "stykkepris" vil gi den ønskede effekt når det gjelder økt innsats for kronisk syke og eldre.

Styrking av legetjenesten i kommunen kan skje både ved økning i antall fastleger og ved fastlønte hel-/deltidsstillinger for å utføre allmennlegetjenester. Det er videre et spørsmål om takstsystemet kunne brukes aktivt for å oppnå ønskede helsetjenester i tillegg til økt antall fastlegehjemler. Det kunne utvikles et incitament for å sikre samarbeid mellom fastlegene og

kommunehelsetjenesten, ved at kommunalt ansatte leger, psykologer og helsesøstre kan benytte offentlige takster på lik linje med fastlege og psykologer med offentlig avtale.

Departementet varsler en revidert forskrift om fastlegeordningen med blant annet innføring av nasjonale kvalitets- og funksjonskrav med tilhørende rapportering. Det er behov for en revidert forskrift om fastlegeordningen. Blant annet er det behov for å vurdere kommunenes styring av offentlig allmenntilleggsarbeid og hvilke nye oppgaver fastlegene forventes å ivareta som følge av reformen. I forskriftene bør det vurderes om kommunen skal få adgang til å reagere ovenfor fastleger som ikke følger avtale eller vedtatte overordnede føringer. Kommunene og representanter for fastlegene må aktivt involveres og delta i utarbeidelsen av nye forskrifter.

Før – i stedet for og etter

For å sikre en god oppgavefordeling bør de største pasientforløpene mellom kommunen og helseforetaket gjennomgås, for å kartlegge hvilke forutsetninger som må på plass for en vellykket overføring av pasientforløp fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten (før – i stedet for og etter prinsippet). Dette gjelder særlig psykiatri, rus og rehabilitering. Det vil her være nødvendig å definere hvilket forvaltningsnivå som har fagansvar og hva slags konsekvenser dette får for oppbygging av kompetanse.

Samhandlingen rundt kronisk syke og eldre pasienter er det området det er mulig å skape bedre pasientforløp. Her er det store gevinster å hente.

Ø – hjelp eller akutt hjelp

Kommunehelsetjenesten skal organisere et hastetilbud i form av akutt hjelp til pasienter som midlertidig trenger økt behandling, pleie og omsorg i hjemmet eller i sykehjem. Kommunene må selv bestemme hvordan dette tilbudet skal organiseres.

Forsvarlighet, pasientsikkerhet og kvalitet

Det er positivt at ansvar for kvalitet og pasientsikkerhet er tydelig i lovteksten. Når det gjelder kvalitetsdefinisjoner er det viktig å ha definerte målbare indikatorer.

Individuell plan, koordinator og koordinerende enhet

Det bør ikke åpnes for at spesialisthelsetjenesten i visse tilfeller bør ha et selvstendig ansvar for å utarbeide individuell plan, da det er en risiko for at det kan bli uklare ansvarsforhold. Imidlertid er det vesentlig at spesialisthelsetjenesten må ha en plikt til å medvirke i arbeidet med individuell plan, bortsett fra i enkelte særskilte tilfeller der bare spesialisthelsetjenesten er involvert. I disse tilfelle bør det som i dag, være spesialisthelsetjenesten som har ansvar for utarbeide den individuelle plan.

Det bør ikke lovfestes en plikt til å ha en koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet. I og med at kommunen står fritt til å organisere sitt arbeid må det være tilstrekkelig at det er en plikt for kommunen til å oppnevne en koordinator, og at kommunen har systemansvar for arbeidet med individuell plan og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator. Hvordan dette gjøres, må overlates til kommunen å beslutte.

6. Undervisning, praktisk opplæring og utdanning

Den bebudede utvidelsen av kommunale oppgaver vil kreve økt rekruttering av kvalifisert personell og styrking av kompetanse hos eget personell i kommunene. Utdanningskapasiteten på høyskoler og universitet må styrkes vesentlig og må innrettes mer mot kommunale oppgaver. Samtidig vil det økte kommunale engasjementet i utdanningene kreve ressurser i kommunene. Dette gjelder spesielt innenfor veiledet praksis. Det er lite sannsynlig at det vil skje en stor migrasjon av høyt utdannede erfarne arbeidstakere fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten. Det er heller ikke noe mål. De store målgruppene av pasienter med sammensatte kroniske lidelser, psykiske lidelser og rusproblematikk vil kreve høy kompetanse.

Kommunene må derfor sikre at nyutdannede får nødvendig veiledning og opplæring for å mestre disse oppgavene. Dette vil kreve innsats og ressurser fra kommunene som det må tas høyde for.

Spesialisthelsetjenesten har en veiledningsplikt ovenfor kommunehelsetjenesten. For at samhandlingsreformen skal lykkes må spesialisthelsetjenesten ta et større ansvar for veiledning og direkte kompetansebygging i kommunene enn det hittil har vært gjort. Dette må konkretiseres og tydeliggjøres i det videre arbeidet med samhandlingsreformen.

Forskning på pleie, omsorg og helsetjeneste i kommunene er for svak. Framtidens helsetjeneste i kommunene må styrkes ved vesentlig mer forskningsbasert kunnskap om virkningen av tjenestene. Kommunene får overført nye oppgaver fra spesialisthelsetjenesten, både pasientbehandling og pasientopplæring. Kommunene driver også veiledning og utdanning av helsepersonell. For å sikre symmetri mellom kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste bør kommunen få ansvar for at det foregår forskning og undervisning på tilsvarende måte som i spesialisthelsetjenesten. Det må arbeides for å etablere et formalisert samarbeid mellom forskningsinstitusjoner og kommuner /regioner. Kommunenes ansvar for forskning må derfor få en tydeligere plass i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester i kommunene, og kommunene må få rammebetingelser for å styrke arbeidet med forskning og fagutvikling på kommunalt nivå. Det foreslås en ny § 8-3 Forskning, som regulerer kommunenes plikt til å medvirke i forskningsarbeid, og plikt til å vurdere forskningssamarbeid gjennom avtaler med andre kommuner, helseforetak og forskningsinstitusjoner.

7. Finansiering av reformen - Økonomiske rammebetingelser

Asker kommune er av den oppfatning at departementet i alt for stor grad i forbindelse med ulike lovforslag konstaterer at forslagene ikke antas å ha økonomiske og administrative konsekvenser. Imidlertid er forholdene slik at når dette synspunkt gjentas ved et hvert nytt/endret forslag, vil selv mindre endringer over tid ha betydelige administrative med påfølgende økonomiske konsekvenser for kommunen. Dette må departementet i sitt videre arbeid ta hensyn til.

Det konstateres at det gjennom denne høringen ikke blir en avklaring om modell for kommunal medfinansiering. Reformens finansieringssystem skal være basert på objektive kriterier og være fullfinansiert for kommunen. I tillegg bør det tilrettelegges for å dekke utrednings- og oppstartskostnader, og en egen ny tilskuddsordning for finansiering av nye investeringer i helsebygg som kommer som en følge av reformen.

Framtidig modell må ivareta en akseptabel risiko for kommunene og må være et reelt insitament for kommunene til å iverksette tiltak ovenfor pasientgrupper som de i realiteten kan påvirke bruk av spesialisthelsetjenester på. Det forutsettes at kommunene får tilgang på relevant styringsinformasjon, slik at det er grunnlag for å kunne vurdere alternative tilbud og drive virksomhetsstyring.

Endret ansvar og finansiering for utskrivningsklare pasienter fra psykisk helsevern og rusbehandling bør ikke innføres fra 1.1.2012, da data for utskrivningsklare pasienter fra disse er dårlige, bl.a. er "utskrivningsklar-definisjonen" vanskelig. Overføring av midler til kommunene for utskrivningsklare pasienter må baseres på objektive demografiske data, og ikke på historiske data for hvor mange utskrivningsklare pasienter hver kommune har hatt. Det siste vil "straffe" kommuner økonomisk som allerede har tatt et ansvar for utskrivningsklare pasienter. Asker kommune vil avvente til det tidspunkt en eventuell forskrift om finansiering av utskrivningsklare pasienter sendes ut på høring, til å gi sin endelige uttalelse om dette. Imidlertid er det viktig å

understreke at en slik forskrift må sendes ut på høring i så god tid at kommunene både kan ha tid til høring, og ikke minst god tid mellom fastsettelse og iverksettelse.

Risikoen ved innføring av nye økonomiske rammebetingelser for kommuner og helseforetak bør vurderes nøye. For å redusere risikoen for uønskede hendelser og styrke kommunenes forutsigbarhet bør departementet vurdere om forslaget om iverksettelsen de nye finansielle virkemidlene fra 1.1.2012 utsettes et år.

Asker kommune deler ikke departementets syn på ikke å videreføre reglene i dagens sosialtjenestelov § 10 andre ledd om at oppholdskommunen forut for inntaket i institusjoner skal være ansvarlig for å yte tjenester under oppholdet, og adgang til å kreve refusjon fra oppholdskommunen forut for inntaket i institusjonen. Asker kommune vil peke på de betydelige utfordringer som oppholdsprinsippet gir for de store turistkommunene, med den boliggyøringen som er i ferd med å skje med hyttebebyggelsen. Og at kommuner som er vertskommune for store institusjoner blir ekstra belastet med oppgaver og kostnader, ved at pasienter som ledd i utskrivningen blir bosatt i den kommunen hvor institusjonen ligger. Det er derfor ikke tilstrekkelig at dagens lovfestede refusjonsadgang blir erstattet med adgang for departementet til å gi forskrifter om utgiftfordeling mellom kommuner når en pasient eller bruker får tjenester fra en annen kommune enn den kommunen der vedkommende er fast bosatt i eller har fast oppholdssted. I tillegg pekes på det inkonsekvente i at denne refusjonsadgangen er videreført til "Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen" § 3.

I og med at egenandelene er en viktig finansieringskilde for kommunene bør departementet starte arbeidet med å erstatte dagens egenbetalingsforskrifter med en helhetlig forskrift for egenbetaling for kommunale helse- og omsorgstjenester.

8. Gjennomføring av reformen

Reformen må implementeres gradvis, i faser og etter en plan. Det må fastsettes "milepæler" hvor resultatene av samhandlingsreformen på gitte tidspunkter etter nærmere kriterier skal vurderes. Det bør etableres pilotprosjekt/forsøkskommuner på enkelte områder.

Kommunen må tilføres tilstrekkelige økonomiske virkemidler og reformen må være gjenstand for evaluering.

9. Andre innspill

- Bestemmelsene om bruk av tvang og makt i lovforslagets kapittel 9, bør samordnes med kapittel 4 A om helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen mv, i Pasientrettighetsloven
- Det er en stor fordel for kommunen og brukere at det blir en felles klage- og tilsynsinstans. Ved å legge klage- og tilsynsordningen med helsetjenester under Fylkesmannen vil det gi en mer samordnet og oversiktlig ordning.
- Asker kommune vil understreke betydningen av forslaget om å presisere pasientrettighetsloven slik at klageinstansen ved prøving av vedtak, skal legge stor vekt på hensynet til det kommunale selvstyret ved prøving av det frie skjønn. Klageinstansen bør kun overprøve kommunale vedtak i forhold til loven og ha en svært begrenset adgang til å overprøve kommunens skjønn. Det er å anse som en stor fordel at klageinstansen ikke skal treffe nye vedtak i saken, men ved oppheving av kommunale vedtak sende saken tilbake til ny behandling i kommunen.

- Før krav til elektronisk dokumentasjon og kommunikasjon vil kunne innføres er det nødvendig at det utarbeides en overordnet beskrivelse av de ulike elementer som må på plass for å kunne kommunisere elektronisk. Den nasjonale infrastrukturen for elektronisk samhandling bør være statlig fullfinansiert for å sikre tilstrekkelig framdrift i etableringen.
- Det er forslag om at meldeordningen etter spesialisthelsetjenestens flyttes fra Helsetilsynet til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten – Nasjonal enhet for pasientsikkerhet. Det er viktig å ha fokus på at meldeplikt også har en funksjon som en lærende prosess. I det videre arbeidet må det sikres gode systemer for tilbakemeldinger som bidrar til lærende prosesser.

S10/5805
L161006/10

Asker kommunes høringsuttalelse til regjeringens forslag til ny lov om folkehelse

Dagens mange forskjellige lover om folkehelsearbeid er fragmentert og legger dårlig til rette for et systematisk og helhetlig folkehelsearbeid. Det er viktig at ny folkehelselov sikrer bedre helhet i forebyggende innsats mellom kommunen og fylkeskommunen, og mellom tjenesteområdene i kommunen. Det er positivt at ny folkehelselov regulerer både kommunen, fylkeskommunens og statlige helsemyndigheters oppgaver i folkehelsearbeidet. Kommunen slutter seg til forslaget til ny folkehelselov som retter seg mot alle forvaltningsnivåer og sektorer/faktorer som påvirker innbyggernes helse.

Forslag til Folkehelselov er en positiv og viktig samling av lovverket for å fremme den nasjonale satsingen på folkehelsearbeid.

For å styrke folkehelsefeltet er det helt avgjørende at styrkingen følges opp med økonomiske midler. Forebyggende helsearbeid må legges opp slik at det blir økonomisk lønnsomt for kommunen. Det bør avklares om forebyggende helsearbeid skal rammefinansieres eller om det kunne tenkes en form for innsatsfinansiering for spesifikke forebyggende tiltak.

Øvrige kommentarer og innspill:

En økt satsing på folkehelsearbeid bør være en del av en ny handlingsplan (opptrappingsplan) slik at både fylkeskommuner og kommuner har mulighet for å planlegge, implementere og iverksette aktuelle tiltak gradvis.

Dersom regjeringen ønsker å ha så stort fokus på forebyggende folkehelse, må man starte på nasjonalt nivå. Hovedtiltakene for å fremme folkehelse ligger utenfor helsetjenestene. Dette er knyttet til nasjonal og lokal politikk og kan reguleres gjennom for eksempel priser på mat, alkohol, tobakk, økt fysisk aktivitet innen oppvekstsektoren osv,- og gjennom lovverk. Det foreslås at det videreføres at Staten har ansvar for overordnet tilsyn med folkehelsearbeidet i landet – det er viktig og riktig.

Lovforslaget legger ansvaret for folkehelsearbeidet til kommunen/kommunestyret og ikke lenger helsetjenesten i kommunen. Dette er en nødvendig og fornuftig endring fordi brorparten av folkehelsearbeidet gjennomføres i andre etater enn helsetjenesten, også av frivillige organisasjoner og private tiltak.

Konsekvensene ved å avdekke helsefare i kommunens befolkning skal føre til at kommunen retter inn sitt kurative og forebyggende arbeid mot disse farene. Kommunen får en handlingsplikt. Forslaget er positivt og fornuftig og bør føre til utarbeidelse av en Folkehelseplan i kommunene.

Kommunene ser at krav om samordning på tvers av ulike sektorer og fagområder ikke gjenspeiles på statlig forvaltningsnivå. Ansvar for det tverrsektorielle folkehelsearbeidet bør

derfor vurderes flyttet ut fra Helse- og omsorgsdepartementet over til eksempelvis Kommunal og regionaldepartementet, fordi folkehelsearbeid har store samfunnsmessige konsekvenser.

I § 24 står det følgende: ” Nasjonalt folkehelseinstitutt skal bistå kommuner, fylkesmenn og andre statlige institusjoner, helsepersonell og befolkningen...”. Her er fylkeskommunen uteglemt i selve lovteksten. Dette må tas inn.

Lovteksten beskriver at fylkeskommunen skal være en pådriver for og samordne folkehelsearbeidet, blant annet gjennom alliansebygging og partnerskap. Det er viktig at lovteksten også tydeliggjør ”partnerskapsbegrepet” og at bruken av dette begrepet er i overensstemmelse med fylkeskommunens ansvar som regional utviklingsaktør.

Folkehelsekompetansen i kommunen må vektlegges. Folkehelsekoordinatoren i kommunen har en svært sentral rolle for å samordne kommunenes innsats, men det bør ikke være en lovpålagt funksjon.

Samarbeid mellom kommuner innenfor folkehelseområdet må være basert på frivillighet.

Fastlegens ansvar og rolle i folkehelsearbeidet bør presiseres tydeligere enn realiteten er i dag. Denne klargjøringen kan med fordel tas inn i den nye forskriften til loven.

Det ville vært en fordel for tannhelsetjenesten som tjenesteyter, om det hadde vært dratt en grenseoppgang mellom ny folkehelselov, ny helse- og omsorgslov og gjeldende Lov om tannhelsetjeneste.

Tilsynsinstansen for folkehelseloven må sees i sammenheng med tilsynsinstansen for lov om helse- og omsorgstjenester (helsetilsynet i fylket). I så måte må man forvente at Fylkesmannen etablerer system som sikrer en tett koordinering av alle de tilsynsområdene kommunen er ansvarlig for. For at der skal komme en reell endring i kommunene, bør Fylkesmannens tilsynsrolle ovenfor kommunene tydeliggjøres.

Basert på en risiko og sårbarhetsanalyse er det foreslått å avgrense tilsynet til §§ 4,5 og 6 for kommunene og §§ 20 og 21 for fylkeskommunene. Det er viktig å understreke at årsakssammenhenger mellom tiltak og effekt er svært sammensatt. En forutsetning må være at det er definert konkrete overordnede nasjonale indikatorer som hver kommune må bruke i sin analyse, samt verktøy og metoder som kommunene kan bruke i sitt arbeid.

Det bør komme tydeligere frem at flere kommuner kan samarbeide om kommunelegefunksjonen.

Vi støtter departementets vurdering av at tilgang til samfunnsmedisinsk kompetanse er nødvendig av hensyn til å ivareta liv, helse og rettsikkerhet. Betydningen av medisinsk faglig ledelse i kommunen vil være stor internt i kommunen i samhandling med andre aktører. Vi mener det må bygges videre på de gode erfaringer som finnes fra kommuner hvor det har fungert godt, og det må legges til rette for at tilstrekkelig samfunnsmedisinsk kompetanse utvikles for å dekke kommunenes behov.

Kommunenes oppfatning er at oversikt over befolkningens folkehelse bør utarbeides og være tilgjengelig på fylkes/regionnivå. På den måten har man mulighet for å gjøre sammenligninger

kommuner imellom. Det er positivt at det blir fokusert på at staten skal hjelpe kommunene med å fremskaffe statistisk materiale som grunnlag for planer og tiltak. Det bør imidlertid pekes på at statistikken kan bli utilstrekkelig og ikke overholder faglige krav, bla på grunn av kommunestørrelse.