

**Eidsberg kommune**  
**Kommunestyret**

## **SÆRUTSKRIFT**

---

<b>Saknr.</b>	<b>Politisk behandling</b>	<b>Møtedato</b>
82/10	Kommunestyret	16.12.10

Arkivkode:F00 &amp;13

Arkivsaknr.:10/951

L.nr.: 11496/10

Saksb.: Jan-Erik Fredriksen

### **SAK 82/10**

### **HØRING - FORSLAG TIL NY KOMMUNAL HELSE- OG OMSORGSLOV**

#### **Rådmannens forslag til vedtak:**

Saken legges frem for kommunestyret med slik

#### **innstilling:**

Eidsberg kommune vil fremholde punktene under som sentrale når lov om kommunens helse og omsorgstjenester og folkehelselov skal fremmes for behandling i Stortinget:

- Det ses som positivt at reformen vektlegger at oppgavene skal løses så nært pasient/bruker som mulig slik at tjenestetilbudet blir mer helhetlig og effektivt. Samhandling over forvaltningsnivåene er grunnleggende for å få dette til.
- Det er positivt at lovforslagene vil underbygge og forsterke kommunens myndighet og at lokal handlefrihet blir fremhevet som et viktig verdigrunnlag.
- Det er viktig å få avklart hvilken status avtalen mellom kommunene og helseforetakene skal ha vedrørende oppgavefordeling, herunder hvilken rolle et tvisteløsningsorgan skal ha. En ordning slik vi har i Østfold i dag – hvor partene selv er ansvarlige i høy grad for å finne en løsning – er til beste for pasient/bruker.
- En forsterket og godt integrert legetjeneste både når det gjelder kommunenes helse- og omsorgstjenester og folkehelsearbeidet vil være en forutsetning for at kommunene skal kunne ta flere oppgaver og et større ansvar. Det vil bety at kommunene må få en større styringsrett overfor fastlegene og at kommunelegens rolle som medisinskfaglig ansvarlig lege forsterkes.
- Utdanningskapasitet og innhold må tilpasses ut fra behovene for kompetanse i kommunene og helseforetakene. Forskningsinnsatsen og kunnskapsutviklingen må øke betraktelig. Utvikling av samhandlingskompetanse er viktig på begge forvaltningsnivåer
- Det er behov for en grundig kostnadsberegning av kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenestene

- Nye oppgaver må fullfinansieres og det må sikres at ikke en part blir den "lidende" når oppgaver forskyves.
- Reformen må bidra til bedre elektronisk samhandling i helsesektoren generelt og mellom helseforetakene og kommunene spesielt. Det må bety bedre IT- løsninger og plattformer som gjør det mulig å kommunisere bedre elektronisk mellom helseforetakene, fastlegene, den kommunale helse- og omsorgssektoren og pasient/ bruker.
- Implementering av reformen må skje skrittvis, basert på kunnskap og erfaringer. Det blir viktig å sikre at sykehusene ikke bygger ned tilbud før kommunene har bygd opp sine tjenester.
- Det er positivt at folkehelsearbeidet blir tydeliggjort og styrket gjennom lokale og regionale planstrategier i samhandling mellom kommuner, fylkeskommuner og statlige helsemyndigheter.
- Med den styrking av og krav om ny praksis som forventes av kommunene i folkehelsearbeidet, vil det utløse behov for ressurser. Det pekes særlig på ressurser til folkehelsekoordinator og ressurser til å kunne ivareta de samfunnsmedisinske oppgavene. Det vil derfor være nødvendig med "friske" midler til folkehelsearbeidet.
- For å ivareta demokratisk styring og innbyggernes rettssikkerhet, er det viktig at kommunens myndighetsutøvelse skjer i organer som er underlagt kommunal styring. Det vil bety at kommunal myndighetsutøvelse kun kan delegeres til en vertskommune etter kommunelovens §28 a-k.

**Kommunestyrets behandling:**

Ingen forslag.

**Kommunestyrets enstemmige vedtak i møte 16.12.10, sak 82/10:**

Rådmannens forslag vedtas.

Rett utskrift bekreftes.

Sendes til:

1. Helse- og omsorgsdepartementet
2. KS Østfold
3. Sykehuset Østfold

POLITISK SEKRETARIAT, 20.12.10



Tone A. Reime

**SAKSOPPLYSNINGER:**

**Vedlegg:** Ingen.

**1. Innledning**

Ny folkehelselov og ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (tidligere lov om sosiale tjenester, lov om kommunehelsetjenester og lov om fylkeskommuners

oppgaver i folkehelsearbeidet), ble lagt frem for høring 18. oktober med høringsfrist 18. januar 2011. Forslaget innebærer også justeringer i spesialisthelsetjenesteloven.

Lovforslagene er en oppfølging av st.mld. nr. 47 (2008 – 2009) Samhandlingsreformen som ble behandlet i Stortinget 27. april 2010.

Høringsuttalelsen har konsentrert seg om ny kommunerolle (oppgaver), avtalesystemet, legetjenesten, kompetanse, finansiering, IKT og implementering. I tillegg er kommuner, fylkeskommuner og statlige myndigheters rolle i ny folkehelselov beskrevet og kommentert.

Målene med samhandlingsreformen er blant annet:

- Økt livskvalitet og redusert press på helsevesenet gjennom satsing på helsefremmede og forebyggende arbeid
- Dempet vekst i bruk av sykehustjenester ved at en større del av helsetjenestene ytes av kommunehelsetjenesten – forutsatt like god eller bedre kvalitet, samt kostnadseffektivitet
- Mer helhetlige og koordinerte tjenester til pasienter og brukere gjennom forpliktende samarbeidsavtaler og avtalte behandlingsforløp

Mens helse- og omsorgsloven gir bestemmelser om de forebyggende og kurative oppgavene til helse- og omsorgstjenesten i kommunene, retter folkehelseloven seg mot folkehelseoppgavene kommunen har.

Denne høringsuttalelsen er også basert på tilbakemeldinger og uttalelser fra fylkesmøtet i KS Østfold og Samhandlingsforum i Østfold hvor alle kommunene og Sykehuset Østfold er bredt representert. Saken er drøftet i Overordnet samarbeidsutvalg i Østfold og i rådmannsutvalget KS Østfold.

## **2. En ny fremtidig kommunerolle**

Det fremgår av høringsnotatet at forslag til nye lover i det alt vesentlige kun er en videreføring av gjeldende rett med visse presiseringer. Det er ikke fastsatt i lov at nye konkrete helseoppgaver pålegges kommunene og heller ikke at konkrete eller avgrensede oppgaver skal overføres fra spesialisthelsetjenesten til kommunene.

Regjeringens intensjon er at forslagene til ny lov skal medføre økt aktivitet i kommunene. Lovforslagene fastsetter direkte eller mer indirekte blant annet gjennom formålsbestemmelser, enkelt bestemmelser og avtalesystemet med foretaket visse nye plikter for kommunen. Dette gjelder blant annet;

- Kommunen skal ha økt fokus på forebygging, tidlig intervensjon og tiltak mot unødvendig innleggelse av pasienter i sykehus, herunder også systemarbeid i forhold til oppfølging av disse plikter.
- Kommunen skal ha økt fokus på samarbeid og samordning med andre kommuner, fylkeskommuner og helseforetak, herunder plikt til å inngå avtaler med helseforetak.
- Kommunen skal sikre at det er etablert et system med koordinator og koordinerende enhet i de tilfeller hvor enkelte har behov for langvarige og sammensatte tjenester.

- Kommunens ansvar for å følge opp allmennlegetjenesten, herunder i forhold til kvalitet, presiseres.
- Kommunen skal vurdere samarbeidsløsninger med helseforetak og andre kommuner, slik som lokal medisinske sentra.
- Alle tjenester og organisering skal vurderes i forhold til en foreslått forsvarlighetsstand.

Med unntak av selve plikten til å inngå avtaler med foretak, og plikten til å ha etablert et system med koordinatører/koordinerende enhet er de nye pliktene forholdsvis lite konkrete. Gjennomføringen beror derfor i stor grad på kommunens egne valg/ressurser/kompetanse, herunder i forhold til omfang av arbeid og investeringer som skal knytte seg til de ulike plikter. Foretakenes og sykehusenes medvirkning vil videre har stor betydning for gjennomføringen av kommunens oppgaver. Statlige organers tolkning av regelverket både ved tilsyn, klage og bruk av ikke rettslige bindende styringsvirkemidler, vil kunne få betydning for innholdet i de plikter som kommunen pålegges, slik at spørsmålet om hvilke eventuelle regelendringer som foreligger i forhold til dagens rettstilstand, trolig først kan klarlegges etter at loven har virket over tid.

I tillegg til de økonomiske, juridiske og teknologiske rammebetingelser, er det viktig at kommuner og helseforetak fokuserer på følgende i arbeidet med samhandlingsreformen:

- Behovet for høy kompetanse på samhandling i kommuner og helseforetak
- Behovet for at bruker- og innbyggerperspektivet blir ivaretatt
- Behovet for en god folkehelse

*Det ses som positivt at reformen vektlegger at oppgavene skal løses så nært pasient/ bruker som mulig slik at tjenestetilbudet blir mer helhetlig og effektivt. Samhandling over forvaltningsnivåene er grunnleggende for å få dette til.*

### **3. Hvilken myndighet er foreslått gitt til kommunene?**

Det er flere forslag i høringsnotatet som underbygger og forsterker kommunens myndighet. Det vises blant annet til;

- *Verdigrunnlaget*; Det er i høringsnotatet, som et av flere verdigrunnlag, fremhevet viktigheten av lokal handlefrihet, blant annet i forhold til å organisere tjenestene, men også i forhold til spørsmålet om rettighetsfesting av ytelser til innbyggerne. Høringsnotatet er således mer positivt enn det som fremkom i Berntutvalget i sin tid.

- *Organisere tjenestene*; Høringsbrevet med forslag til ny lovtekst er også klarere på at "sørge for" ansvaret også innebærer rett til å organisere, tilrettelegge, og slik utøve myndighet. Det fremheves for eksempel at kommunen kan opprette tildelingskontor som for eksempel tildeler fysioterapeut tjenester, slik at pasienter som skrives ut fra sykehus etter beslutninger fra kommunen kan gi et helhetlig tilbud om tjenester i kommunen.

- *Pliktlov og ikke rettighetslov*; Lovene skal være pliktlover, og ikke rettighetslover. Det gir større fleksibilitet ved at kommunene kan bruke større grad av skjønn ved

organisering av tjenestene. BPA og omsorgslønn er for eksempel ikke foreslått som en rettighet. Mens Berntutvalget fremhevet at det skulle legges "stor vekt" på bruker, fremgår det av høringsnotatet at det skal legges vekt på brukers ønsker ved tildeling av tjenester. Det er presisert at den foreslåtte verdighetsgarantien ikke innebærer mer enn at de kommunale tjenester skal være forsvarlige.

- *Avtalesystemet*; Kommunen og helseforetaket er pålagt å inngå avtaler og lovforslaget stiller visse minimumskrav til innholdet i avtalen. Dersom kommunene og foretaket ikke oppnår enighet, er det foreslått at direktoratet kun skal ha en meklingsfunksjon, men verken direktoratet eller departementet er gitt en påleggfunksjon og det er ikke en statlig godkjenningfunksjon for avtalene. Den enkelte kommune og helseforetak har slik veto rett for det nærmere innholdet i avtalen.

- *Klage*; Lov om kommunale helse og omsorgstjenester er en sammenslåing av to tidligere lover henholdsvis kommunehelsetjenesteloven og lov om sosial omsorg, hvor fylkesmannen var gitt ulike kompetanse som klageorgan. Det foreslås nå felles klageregler, hvoretter fylkesmannen/helsetilsynet i utgangspunktet har full overprøvsrett, men hvor "Helsetilsynet i fylket/fylkesmannen skal ved prøving av vedtak fra kommunen legge stor vekt på hensynt til det kommunale selvstyre ved prøving av det frie skjønn, herunder ved kommunens skjønnsmessige vurdering av innretning og nivå på tjenestene utover lovens krav". Det foreslås også at helsetilsynet/fylkesmannen ikke skal kunne treffe nytt vedtak, men kun kan oppheve vedtaket og sende det tilbake til kommunen for å treffe nytt vedtak. Dette er nytt i forhold til i dag. Regelen innebærer at statlig klageorgan nok gis en noe videre kompetanse til å prøve kommunens vedtak enn etter dagens lov om sosiale tjenester, men samtidig begrenses klageorganets kompetanse ved vedtak om helsetjenester. Det forholdet at klageinstansen ikke kan treffe nytt vedtak, er en praktisk viktig endring, og det antas at forslaget vil møte kraftig motbør blant annet fra brukerorganisasjoner. Forslaget til ny rettslige standarder vil imidlertid kunne intensivere prøvingen av kommunens rettsanvendelse både i forhold til tilsyn og klage.

- *Veiledere, uttalelser*, mv fra Helsedirektoratet, mv; Det er i høringsnotatet (s. 254) uttalt at nasjonale faglige retningslinjer og veiledere juridisk sett kun er veiledende, og slik ikke binder kommunen. Det uttales at dersom kommunen velger en annen praksis enn den som er foreslått i veileder eller retningslinjer, bør den være basert på en konkret og begrunnet vurdering. Staten har slik ikke instruksrett over kommunene.

*Det er positivt at lovforslagene vil underbygge og forsterke kommunens myndighet og at lokal handlingsfrihet blir fremhevet som et viktig verdigrunnlag.*

#### **4. Samarbeidsavtaler og rettslige forhold**

Regjeringen vil lovfeste et krav til at kommuner/samarbeidende kommuner og helseforetak skal inngå samarbeidsavtaler. Et formål med avtalene er at partene skal avtale klare rammer som kan hindre uklarhet om ansvars- og oppgavemessige forhold. Dette praktiseres allerede i dag som et frivillig avtalesystem. Det er kravet om et avtalebaseret samarbeid som lovhjemles, men innretningen på dette samarbeidet forutsettes avklart mellom partene. Forpliktende samarbeidsavtaler

mellom partene vil være et sentralt verktøy for å sikre et helhetlig og sammenhengende tjenestetilbud.

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester underbygger og forsterker i all hovedsak kommunenes myndighet. Lovforslaget innebærer ingen lovreform, men er en videreføring av gjeldende rett med visse presiseringer. Det legges i stor grad opp til at samhandlingsreformens intensjon skal nås gjennom lokale løsninger/avtaler, og slik er mye av ansvaret for reformens gjennomføring lagt på kommunene.

I lovteksten eller i kommentarene til høringsnotatet er det ikke forsøkt å angi hvor grensene går mellom kommunehelsetjenesteloven og spesialisthelsetjenestelovens ansvarsområder. Det er også uklart hvem av henholdsvis foretak eller kommunene som får ansvar for tjenester hvor det opprettes samarbeidsløsninger som intermedieære avdelinger, distriktsmedisinske senter, mv.

Forslaget til ny lover vil på mange måter styrke HOD (Helse og omsorgsdepartementet) sin posisjon i forhold til kommunesektoren også utover gjeldende rett. HOD vil rettslig kunne treffe avgjørelser uavhengig av hva kommunene og foretakene har avtalt, og også uavhengig av hva et eventuelt avtalt tvisteløsningsorgan måtte ha fastsatt.

Det er uklart hvor langt partene kan inngå bindende avtaler, og det blir da tilsvarende uklart hvilket mandat og rolle et tvisteløsningsorgan etter avtalen kan gis.

*Det er viktig å få avklart hvilken status avtalen mellom kommunene og helseforetakene skal ha vedrørende oppgavefordeling, og slik også hvilken rolle et tvisteløsningsorgan skal ha.*

## **5. Legetjenesten**

Bedre og mer integrerte legetjenester i kommunene er et sentralt område i samhandlingsreformen og en forutsetning for økt kommunalt ansvar og større oppgaver. For å sikre at legeressursene anvendes til de prioriterte områdene er det nødvendig å knytte fastlegene tettere styringsmessig til kommunen. Det er også nødvendig at det blir stilt funksjons- og kvalitetskrav til fastlegen knyttet til innbyggerne på deres liste.

Regjeringen forutsetter at veksten i legetjenester i hovedsak skal skje i kommunene. Dette skal gi rom for økt innsats til prioriterte grupper på fastlegens liste i tillegg til en styrking av allmennt medisinske offentlige oppgaver. Regjeringen vil legge til rette for sterkere kommunal styring av fastlegene. Det foreslås å forskriftsfeste nasjonale kvalitets- og funksjonskrav med tilhørende rapportering. Fastlegens listansvar presiseres og utvides, blant annet til proaktiv oppfølging av pasienter som ikke selv oppsøker legen. Regjeringen beskriver også fordeler og ulemper ved å gi kommunene større finansieringsansvar.

*En forsterket og godt integrert legetjeneste i kommunenes helse- og omsorgstjeneste vil være en forutsetning for at kommunene skal kunne ta flere oppgaver og et større ansvar i helsetjenesten. Det vil bli viktig i det videre arbeid å*

*vurdere hvilke virkemidler som må være på plass for at kommunene skal kunne ivareta sitt økte ansvar.*

## **6. Kompetanse**

Kommunene er gitt et betydelig ansvar for å realisere reformens målsettinger. Den nye kommunerollen med økt ansvar og nye oppgaver får store konsekvenser med behov for styrket kompetanse og godt lederskap. Dette gjelder helse- og omsorgsfaglig kompetanse, kompetanse innen folkehelse og samfunnsmedisin, analysekompetanse og ledelseskompentanse. Dette kompetansebehovet må i tillegg til endring i utdanningenes innhold og styrking av kapasitet, understøttes av etter- og videreutdanning.

Dette stiller kommunene overfor nye kompetanseutfordringer: Hvordan skal antallet kommunalt fagpersonell økes og hvordan skal kommunene styrke kompetansen blant de som allerede jobber i sektoren?

Det er viktig at de myndighetsmessige rammebetingelsene understøtter at det utdannede helse- og sosialpersonell i større grad enn til nå blir kanalisert til den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Med unntak av det allerede iverksatte tiltaket "Omsorgsplan 2015" ser det ikke ut som om regjeringen tar tak i kapasitetsutfordringene som kommesektoren står ovenfor på dette feltet. Utdanningsinstitusjonene er i for stor grad rettet inn mot arbeid i spesialisthelsetjenesten. Det må legges vekt på å utdanne helse- og sosialpersonell som er tilpasset de fremtidige kommunale oppgavene.

En stortingsmelding om utdanningene for velferdstjenestene (Helse, NAV, barnevern) skal legges fram høsten 2011. Innen helse vil meldingen legge premisser for tilpasning av helsefagutdanningenes innhold og organisering i lys av Samhandlingsreformen og endringer i arbeidslivets behov. Meldingen skal ta for seg utdanningene på fag- og yrkesopplæring, fagskole og universitets- og høgskolenivå.

Sentrale områder hvor kommunene nå vil ha behov for styrket kompetanse er innen både folkehelseområdet og innen samfunnsmedisin. Det er viktig at også disse områdene får nødvendig oppmerksomhet fra utdanningsinstitusjonene og at dette støttes opp fra de sentrale myndigheter.

Etter- og videreutdanning som er nødvendig for å legge grunnlag for samhandlingsreformen må finansieres av staten og gis prioritet.

*Utdanningskapasiteten og utdanningsinnhold må tilpasses ut fra behovene for kompetanse i kommunene og helseforetak. Forskningsinnsatsen og kunnskapsutviklingen må øke betraktelig. Utvikling av samhandlingskompetanse er viktig på begge forvaltningsnivåene.*

## **7. Finansiering**

Det er forutsatt at det skal gis kompensasjon for økte kommunale kostnader knyttet til henholdsvis kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunal betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter fra første dag. For begge disse endringene er det forutsatt videre utredning av økonomiske virkninger og hvordan kompensasjon skal tilføres kommunene.

Det er to alternative modeller for medfinansiering som er aktuelle for det somatiske området: All behandling av personer over 80 år eller all medisinsk behandling (uavhengig av alder). For begge modellene er det lagt til grunn 20 pst kommunal medfinansiering. Omfanget av kommunal medfinansiering er anslått til å utgjøre henholdsvis 1,5 mrd. kroner ved den aldersbestemte modellen og 3,6 mrd. kroner ved en modell avgrenset til det medisinske området. Dette innebærer at den aldersbaserte modellen gir lavest finansiell risiko for kommunene.

Utbygging av et kommunalt døgnbehandlingstilbud ved øyeblikkelig hjelp er forutsatt finansiert ved at kommunen sparer medfinansieringskostnader og ved eventuelle bidrag fra helseforetakene.

De to kommunale medfinansieringsordningene bør drøftes for å avklare hvilken modell som bør velges, og hvordan kommunene skal kompenseres. Medfinansieringsmidler vil ikke være tilstrekkelig til å finansiere alternative rehabiliteringstilbud i kommunene. Dersom spesialisthelsetjenesten skal gjøre mindre og kommunene mer på rehabiliteringsfeltet må innsparinger på spesialisthelsetjenesten og merkostnader for kommunene beregnes med sikte på å flytte ressurser fra spesialisthelsetjenesten til kommunene.

De økonomiske virkningene ved et øyeblikkelig hjelp døgntilbud må beregnes med sikte på fullfinansiering. Ansvarsdelingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene bør samtidig klargjøres. Innenfor psykiatri og rus ligger ikke forholdene til rette for at det kan innføres en betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter fra 2012.

*Det er behov for en grundig kostnadsberegning av kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenestene.*

*Ny oppgaver må fullfinansieres.*

## **8. IKT**

I ny lov foreslås det å gi departementet myndighet til å stille krav om at dokumentasjon og kommunikasjon av helseopplysninger skal skje elektronisk. Eksisterende hjemler vil tas i bruk for å stille nasjonale krav til standardiserte og sertifiserte løsninger. Helseforetak og kommunehelsetjenesten skal videre legge til rette for effektiv elektronisk samhandling.

*Det å få på plass og tatt i bruk IKT-løsninger er en forutsetning for en mer effektiv samhandling. Reformen må bidra til bedre elektronisk samhandling i helsesektoren generelt og mellom helseforetakene og kommunene spesielt. Det må bety bedre IT-løsninger og plattformer som gjør det mulig å kommunisere bedre elektronisk mellom helseforetakene, fastlegene, den kommunale helse- og omsorgssektoren og pasient/bruker.*

## **9. Implementering**

Regjeringens intensjon er at reformen skal gjennomføres over tid, hvor de ulike tiltakene innføres gradvis. Det arbeides med en egen kronologisk fremdriftsplan for iverksetting av de ulike virkemidler i gjennomføringen av samhandlingsreformen.



*Implementering må skje skrittvis, basert på kunnskap og erfaringer. Det blir viktig å sikre at kommunene kan bygge opp sine tjenester før tilbud ved sykehusene bygges ned.*

## **10. Kommuner, fylkeskommuner og statlige myndigheters rolle i ny folkehelselov**

Med forslaget til ny folkehelselov etableres et nytt fundament for å styrke folkehelsearbeidet i politikk- og samfunnsutvikling og i planarbeid ut fra regionale og lokale utfordringer og behov. Det foreslås blant annet krav til å ha god oversikt over helseutfordringene i den enkelte kommune og at disse utfordringene skal danne grunnlag for strategier, mål og tiltak forankret i plansystemet etter plan- og bygningsloven. Videre legges det gjennom lovforslaget et grunnlag for bedre samordning mellom kommuner, fylkeskommuner og statlige myndigheter.

Hovedtrekk i lovforslaget er at:

- Ansvar for folkehelsearbeid legges til kommunen som sådan. I dag ligger ansvaret i kommunen ved sin helsetjeneste. Forslaget innebærer at kommunen skal bruke alle sine sektorer for å fremme folkehelse, ikke bare helsesektoren
- Kommunen skal fastsette mål og strategier for folkehelsearbeidet egnet for å møte kommunens egne helseutfordringer. Mål og strategier skal forankres i planprosessene etter plan- og bygningsloven
- Kommunens ansvar for å ha oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer blir konkretisert slik at de får et tydelig bilde av hva som er de lokale helseutfordringer i den enkelte kommune. Statlige helsemyndigheter og fylkeskommunene skal gjøre opplysninger tilgjengelig og understøtte kommunene
- En drøfting av kommunens helseutfordringer skal blant annet danne grunnlag for lokal planstrategi. På samme måte skal en drøfting av fylkets helseutfordringer inngå i regional planstrategi
- Kommunene skal iverksette nødvendige tiltak for å møte lokale utfordringer
- Kommunens myndighetsutøvelse innenfor miljørettet helsevern kan ikke delegeres til et interkommunalt selskap (IKS) eller interkommunalt samarbeid etter kommunelovens §27, Kommunens myndighetsutøvelse kan delegeres til en vertskommune , jf kommunelovens §28 a-k.

*Det er positivt at folkehelsearbeidet blir tydeliggjort og dermed styrket gjennom lokale og regionale planstrategier i samhandling mellom kommuner, fylkeskommuner og statlige helsemyndigheter. Med den styrking av folkehelsearbeidet som det nå legges opp til, vil utløse behov for "friske" midler til kommunene.*

*Kommunene vil ha behov for å styrke kapasiteten innen samfunnsmedisin og koordinatorkompetanse for å sikre at folkehelsearbeidet får en større plass i kommunen.*

### **RÅDMANNENS MERKNADER:**

Rådmannen har gått gjennom forslag til nye lover innenfor helse-, omsorgs- og folkehelseområdet og er positiv til at forslagene skal medføre økt aktivitet og ansvar i kommunene. Kommune- og spesialisthelsetjenesten skal utvikle et tettere samarbeid

for å gi pasienter/ brukere mer helhetlig og effektiv behandling og omsorg. Dette arbeidet er godt i gang i Østfold gjennom de samarbeidsavtaler vi allerede har mellom Sykehuset Østfold HF og kommunen og det samhandlingsprosjektet som er etablert i Indre Østfold

Det er imidlertid svært viktig at de tjenesteområdene som reguleres og de nye pliktene som tillegges kommunene ikke påfører kommunene oppgaver som fører til store økonomiske utgifter og problemer med å skaffe kompetent arbeidskraft. Rådmannen vil også understreke viktigheten av at endringene som de nye lovene medfører, må ha en gradvis innføring, slik at kommunen kan tilpasse sin organisasjon og drift til disse.

Det er svært viktig at avtalene mellom kommunen og helseforetaket tar høyde for denne gradvise innføringen, fordi dette handler om de oppgavene kommunen skal ta et meransvar for og spesialisthelsetjenesten dermed får et mindre ansvar for.

Når det gjelder ny folkehelselov, settes det større fokus på den samfunnsmessige utvikling som påvirker helsebildet i kommunen. Kommunen får et ansvar for å ta hensyn til folkehelseperspektivet i all planlegging, ha oppmerksomhet mot de tjenester som har direkte innvirkning på den enkeltes livskvalitet, sosiale tilhørighet og evne til å mestre hverdagen. Det innebærer at vi må få på plass mer kompetanse og kapasitet innen samfunnsmedisin. Det er tatt hensyn til det i budsjettforslaget for 2011. For øvrig viser jeg til egen sak om fokusområder i folkehelsearbeidet, jf k-sak 73/10.

Forslaget til folkehelselov har også konsekvenser for miljørettet helsevern. Lovforslaget innebærer at myndighetsutøvelsen innefor miljørettet helsevern ikke kan delegeres til et interkommunalt selskap slik tilfelle er i dag. Det er derfor tvingende nødvendig med den gjennomgangen av oppgavefordeling mellom Miljørettet Helsevern for Indre Østfold IKS og kommunen som det er lagt opp til i forslaget til budsjett for 2011.

Rådmannen forutsetter at merkostnader som følge av nye oppgaver blir fullfinansiert fra statens side, samt at endringer i forhold til pasientforløp ikke iverksettes før kommunen er sikret økonomiske rammer for å imøtekomme endringene.

De enkelte punkt under forslag til høringsuttalelser handler om de områder i lovforslagene som rådmannen mener er viktig for at kommunene skal være i stand til å gi innbyggerne en kvalitativ god tjeneste.