



FLESBERG KOMMUNE

Rådmann

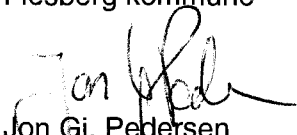
Helse- og omsorgsdepartementet
Einar Gerhardsens pl. 3, PB 8011 DEP,
0030 OSLO

Deres ref: Vår ref: Saksbeh: Arkivkode: Dato:
 2011/33- JONGP 024 24.01.2011

Høringsuttalelser: Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og lov om folkehelse

Vedlagt følger utskrift av møtebok og Flesberg kommunes uttalelser til h.h.v. lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og lov om folkehelse.

Med hilsen
Flesberg kommune



Jon Gj. Pedersen
rådmann

FLESBERG KOMMUNE

Lampeland 12.01.2011
Arkiv 024
Saksmappe 2011/33
Avd Rådmann
Saksbehandler Jon Gj. Pedersen

Høringsuttalelser: Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, lov om folkehelse, og innspill til grunnlag for nasjonal helse- og omsorgsplan 2011 - 2014

MØTEBEHANDLING:		
Utvalg	Møtedato	Utvalgssak
komiteen for livsløp og kultur	17.01.2011	1/11

Behandling i komiteen for livsløp og kultur 17.01.2011:

Komiteen vedtok enstemmig rådmannens anbefaling.

Vedtak i komiteen for livsløp og kultur 17.01.2011:

Flesberg kommune oversender høringsuttalelser til ny lov om kommunal helse- og omsorgstjeneste og ny lov om folkehelse, samt innspill til grunnlag for nasjonal helse og omsorgsplan som foreslått i vedlagte høringsuttalelser.

Rådmannens anbefaling:

Flesberg kommune oversender høringsuttalelser til ny lov om kommunal helse- og omsorgstjeneste og ny lov om folkehelse, samt innspill til grunnlag for nasjonal helse og omsorgsplan som foreslått i vedlagte høringsuttalelser.

Vedlegg:

1. Forslag til høringsinnspill ny Folkehelselov – Flesberg kommune.
2. Forslag til Flesberg kommunes høringsuttalelse til regjeringens forslag til ny "Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester".

Øvrige dokumenter til saken:

Utkast til nye helse- og omsorgslov

Utkast til folkehelselov

Høringsnotat, ny helse- og omsorgslov

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/hoeringer/hoeringsdok/2010/horing1/horingsnotat.html?id=621030>

Høringsnotat, folkehelselov

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/hoeringer/hoeringsdok/2010/horing1/horingsnotat.html?id=621030>

Oppsummering Nasjonal helseplan https://fremtidenshelsetjeneste.regjeringen.no/wp-content/uploads/2010/11/fremtidens_helsetjeneste_sammendrag.pdf

Saksopplysninger:

Daværende helseminister Bjarne Håkon Hansen lanserte Samhandlingsreformen i St. meld. nr. 47 (2008-2009) sommeren 2009. Stortingsmeldingen er en beskrivelse av framtidens utfordringer i helsetjenesten med forslag til hvordan disse skal møtes. Stortingsmeldingen ble behandlet og vedtatt av Stortinget i april 2010. Framtidens utfordringer i forhold til helsetjenester er i meldingen oppsummert til:

- For lite samhandling mellom tjenester og nivåer
- For lite satsing på forebygging tidlig intervensjon og rehabilitering
- Forventet økning i kroniske lidelser
- Økt andel eldre
- Ikke økonomisk bæringsevne til fortsatt utvikling av helsetjeneste i samme retning

Mål for Samhandlingsreformen er å øke livskvaliteten ved å redusere sykkelighet og øke egenmestring i befolkningen gjennom mer proaktivt og forebyggende arbeid. Å gjøre helsetjenestene mer helhetlige og koordinerte for brukerne, og å dempe veksten i forbruk av sykehustjenester ved at en større del av tjenestene blir levert kostnadseffektivt fra kommunene

Samhandlingsreformens hovedgrep for å løse framtidens utfordringer i helsetjenesten er:

- Å angi rammene for en ny kommunerolle – kommunenes oppgaver skal tydeliggjøres
- Økt innsats på folkehelse og forebygging
- Bedre legetjeneste i kommunene
- Understøtte en klarere pasientrolle/helhetlig pasientforløp
- Legge til rette for samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunenes helse- og omsorgstjeneste
- Legge til rette for at spesialisthelsetjenesten kan utvikles slik at den i større grad kan bruke sin spesialiserte kompetanse

Virkemidler for å nå målene i samhandlingsreformen er:

- Lover og forskrifter
- Avtaler mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten
- Eierstyring av spesialisthelsetjenesten
- Faglige styringsverktøy
- Planarbeid; Nasjonal helse- og omsorgsplan og krav om lokale felles planprosesser
- Ny finansieringsmodell

Ny lovgivning og ny nasjonal helse og omsorgsplan er således noen av virkemidlene som skal understøtte samhandlingsreformen.

Hovedelementer i høringsdokumentene:

Helse og omsorgslov

Lovforslaget innebærer i hovedsak en videreføring av gjeldende regelverk, men en tydeliggjøring av kommunens overordnede ansvar for helse- og omsorgstjenestene.

Det foreslås presisert at kommunen må planlegge, organisere, gjennomføre, overvåke, evaluere og korrigere virksomheten, slik at tjenestene er i samsvar med lov og forskrift.

Skillet mellom helsetjenester og omsorgstjenester oppheves og helsepersonelloven skal gjelde for alt personell som yter tjenester etter denne loven. Flere av bestemmelsene i dagens kommunehelseslov overføres til ny lov om folkehelse og pasientrettighetsloven.

Lovforslaget er både diagnose- og profesjonsnøytralt.

Departementet ber høringsinstansene kommentere behovet for å lovfeste at kommunene skal sørge for tilbud og dagopphold til pasienter med øyeblikkelig helsehjelp.

Pasient- og brukerrettigheter videreføres, men samles i pasientrettighetsloven. Lovforslaget legger økt fokus på kommunens ansvar for helsefremmende og forebyggende arbeid.

Departementet foreslår å innføre lovbestemte krav om at det skal drives systematisk arbeid for å styrke pasientsikkerheten.

Det foreslås å videreføre oppholdsprinsippet skal ligge til grunn for helse- og omsorgstjenester, men at adgangen til å kunne kreve refusjon fra den kommune tjenestemottaker bodde i forut for institusjonsopphold ikke videreføres, men at det kan gis nærmere regler for dette gjennom forskrift.

Det foreslås en forskriftsadgang om kommuners medfinansieringsansvar for pasientbehandling i spesialisthelsetjenesten.

Lovforslaget innebærer lovfesting om at kommunene har ansvar for utskrivningsklare pasienter fra dag én og et lovpålagt avtalesystem mellom kommuner og helseforetak.

Hva medfinansieringsansvaret og ansvaret for utskrivningsklare pasienter innebærer vil først avklares når helse- og omsorgsplanen sendes ut på høring i vinter.

Det gjennomgående i høringsnotatet er at i følge departementet har de fleste endringene ingen vesentlige administrative eller økonomiske konsekvenser.

Folkehelselov

Forslag til ny folkehelselov samler og søker å sikre en bedre helhet i forebyggende innsats mellom kommunen og fylkeskommunen, og mellom tjenesteområdene i kommunen. Den både kommunens, fylkeskommunens og statlige helsemyndigheters oppgaver i folkehelsearbeidet.

Lovens hensikt er å bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse og bidrar til å motvirke sosiale helseforskjeller.

Kommunen skal fremme folkehelse innen alle oppgaver kommunen er tillagt, også utvikling og planlegging, forvaltning og tjenesteyting.

Det kreves at kommunen skal til enhver tid ha oversikt over helsetilstanden i befolkningen og de positive og negative faktorer som kan virke inn på denne. Tilsvarende gjelder for fylkeskommunen.

Kommunen får plikt til å iverksette nødvendige tiltak for å møte kommunens helseutfordringer.

Kommunen skal spre opplysning gjennom informasjon, råd og veiledning om hva den enkelte selv og befolkningen kan gjøre for å forebygge sykdom og skade og fremme helse.

Gjennom miljørettet helsevern skal kommunen føre tilsyn med de faktorer og forhold i miljøet som til enhver tid direkte eller indirekte kan ha innvirkning på helsen. Det skal utarbeides beredskapsplan for området. Departementet kan gi nærmere forskrift om dette.

Departementet kan i forskrift eller enkeltvedtak pålegge samarbeid mellom kommuner når det anses påkrevet

Kommunen skal ha nødvendig samfunnsmedisinsk kompetanse for å ivareta oppgaver etter loven her. Det skal ansettes en kommunelege som medisinsk-faglig rådgiver for å ivareta blant annet samfunnsmedisinsk rådgivning i kommunens folkehelsearbeid.

Kommunene kan etablere samarbeid for å sikre nødvendig kompetanse til gjennomføring av oppgavene.

Grunnlag for innspill til Nasjonal helse- og omsorgsplan

Planen varsler styrking av folkehelsearbeidet på lokalt og nasjonalt nivå. Et av målene er å redusere sosiale helseforskjeller.

Det skal iverksettes tiltak for å redusere andelen som er sykmeldt eller som faller utenfor arbeidslivet.

Forebyggende arbeid i kommunene skal styrkes og fastlegene skal få større ansvar for forebygging av sykdom.

Det ønskes innført nasjonale kvalitets- og funksjonskrav med tilhørende rapporteringskrav til fastlegene. Spesialistutdanningen for allmennleger skal tilpasses nye oppgaver og kompetansebehov og endringer i finansieringsordningen skal utredes.

Det er et mål å sikre full sykehjemsdekning innen 2015. Verdighetsgarantien foreslås lovfestet. Og det vurderes lovplikt å tilby dagtilbud til demente.

Kommunene skal få et større ansvar for rehabilitering og habilitering. Det vurderes å avklare grenseoppgangen mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjeneste innenfor rehabilitering. Det skal arbeides med å fremskaffe data, utvikle gode kvalitetsmål og innenfor forskning på rehabilitering.

Regjeringen vil videreføre arbeide med en oppgavefordeling mellom sykehus. Dagens desentraliserte sykehusstruktur skal opprettholdes, men det vil bli endringer i tjenestetilbudet på enkelte sykehus. Spesialisthelsetjenesten skal bidra med kompetanseutveksling og kompetanseoppbygging i kommunene. Desentraliserte spesialisthelsetjenester skal videreutvikles.

Akuttmedisin skal styrkes ved tydeligere krav til kvalitet og kompetanse for ambulansebiler. Det skal utvikles kvalitets- og resultatmål for akuttmedisinske tjenester utenfor sykehusene, og iverksettes tiltak for å styrke legevaktjenesten.

Det er foreslått å forlenge opptrappingsplanen for rusfeltet med to år.

Brukermedvirkningen skal styrkes ved å lovfeste brukermedvirkning i kommunene, plassere ansvar for individuell plan i kommunene og tydeliggjøre funksjonen som personlig koordinator.

Arbeid med kvalitet og pasientsikkerhet skal styrkes ved at det skal etableres flere nasjonale faglige retningslinjer, styrke kravene til spesialisthelsetjenesten og styrke arbeidet med kvalitet i primærhelsetjenesten. Det skal etableres flere kvalitetsmål i pleie- og omsorgssektoren. Det vil bli lovfestet krav til å drive systematisk pasientsikkerhetsarbeid. Og det vil etableres et nasjonalt lærings- og rapporteringssystem.

Helse- og omsorgsforskning og innovasjon skal være prioriterte områder innenfor forskning.

Det vil være en videreutvikling av sikkert helsenett; eResept, elektroniske meldinger og automatisk frikort tas i bruk. Det vil bli utviklet kjernejournal og nasjonal helseportal.

Vurdering:

Rådmannen har gått gjennom og vurdert forslagene til nye lover og grunnlag for innspill til Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011 – 2015.

Samhandlingsreformen vil ha stor betydning for virksomheten i kommunene og utvikling av gode og trygge helsetjenester for befolkningen. Dette er enn utvikling som vil gå over mange år, med varslet

oppstart fra 2012. Lovforslagene og helse- og omsorgsplanen skal bidra til kommunen blir i stand til å overta et større ansvar for helsetjenesten til befolkningen, og at den utvikler seg i tråd med nasjonale føringer og befolkningens behov.

Ikke alle brikker er på plass med lovgivingen. Spesielt er det knyttet stor usikkerhet til de økonomiske konsekvensene.

I høringsuttalelsene er følgende vektlagt:

- om virkemidlene er tilstrekkelig til å nå fastsatte mål,
- økonomisk handlingsrom og forutsigbarhet
- kommunenes handlingsrom vs statlig styring
- risiki
- kommunal involvering i oppfølgende prosesser

Kommunenes hovedutfordringer for å nå målene er knyttet til tilstrekkelig og forutsigbare økonomiske virkemidler, kompetansebygging og rekruttering, interkommunalt samarbeide og samarbeide med helseforetak.

Oppsummering av innspillene til nye lover og grunnlag for Nasjonal helse- og omsorgsplan

Høringsprosess:

Utkast til nye lover og ny nasjonal helse og omsorgsplan ble lagt ut av helse- og omsorgsdepartementet 18. oktober 2010. Høringsfristen er satt til 18. januar 2011. Høringsuttalelser til lovforslagene oversendes helse- og omsorgsdepartementet på ordinær måte, mens innspill til nasjonal helse- og omsorgsplan legges elektronisk inn på <https://fremtidenshelsetjeneste.regjeringen.no/> etter fastlagte tema.

Vedlagt følger rådmannens forslag til ** kommunes hørings svar til ny helse- og omsorgslov og folkehelselov samt innspill til nasjonal helse og omsorgsplan 2011 – 2015.

Rull utskrift: K. Bannetshaug

Vedl sak 11/33

Forslag til Flesberg kommunes høringsuttalelse til regjeringens forslag til ny "Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester".

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

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 fastlege forskriften.

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.

Flesberg kommune avgir med dette, følgende høringsuttalelse:

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.

Kommunenes ansvar

Verken 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. Allikevel må det være en større grad av tydeliggjøring av ansvar og roller før en ny finansieringsordning iverksettes. Dette må gjøres av statlige og kommunale myndigheter i fellesekap. 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 beslutningsmyndighet.

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.

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 eller helseforetak.

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 definisjoner som kan måles, enten objektivt eller subjektivt.

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. I loven er det ikke foreslått endringer i ordningen. Styrking av fastlegeordningen i kommunene må skje ved økning i antall fastleger, og ved styrket og systematiske krav til kvalitet. Det er behov for en revidert forskrift om fastlegeordningen. Blant annet er det behov for å vurdere kommunenes styring av offentlig allmennmedisinsk arbeid og hvilke nye oppgaver fastlegene forventes å ivareta som følge av reformen. I forskriftene bør kommunens adgang til sanksjoner ovenfor fastleger som ikke følger avtale eller vedtatte overordnede føringer vurderes. Kommunene og representanter for fastlegene må aktivt involveres og delta i utarbeidelsen av nye forskrifter.

Samarbeid mellom kommuner og regionale helseforetak

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 Kommunehelsesamarbeidet 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.

Flesberg 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 forslaget om at partene skal ha mulighet til å si opp samarbeidsavtaler med ett års frist, vil Flesberg kommune foreslå at avtalene blir tidsbegrenset. Avtalenes juridiske forpliktelser må utredes nærmere.

Det bør være anledning til at det lokalt opprettes uavhengig tvisteorgan for å løse tvister mellom kommuner og helseforetak.

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

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.

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 resurser 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. 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.

Rettsikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemning

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.

Økonomiske rammebetingelser

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 utskrivningsklare 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.

Flesberg 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. 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 01.01.2012, 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. Flesberg 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 01.01.2012 utsettes et år.

Flesberg 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. Flesberg kommune vil peke på de betydelige utfordringer som oppholdsprinsippet gir for de store turistkommunene, med den boligbyggingen 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 utgiftsfordeling 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.

Andre innspill

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.

Flesberg 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.

Vedl sak 11/33

Utkast til Flesberg 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 kommunens, fylkeskommunens og statlige helsemyndigheters oppgaver i folkehelsearbeidet. Kommunene 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

Lovforslaget må imidlertid følges med økonomiske insentiver til kommunene for å kunne satse videre innen dette arbeidet.

Øvrige kommentarer og innspill:

Det anbefales at midler for folkehelsearbeid og i forhold til helse og omsorg overføres via rammeoverføringene til kommunesektoren. En eventuell øremerking av midler er kun aktuelt i en innføringsperiode.

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.

For å styrke folkehelsefeltet er det helt avgjørende at styrkingen følges opp med økonomiske midler.

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 osv,- og gjennom lovverk. Det foreslås at Statens videreføres å ha 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. Ansvaret 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 tilsynsrollene 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 ofte er utilstrekkelig og ikke overholder faglige krav til i på kommunenivå fordi tallene er så små.