

HØRINGSUTTALELSE FRA GAMVIK og LEBESBY KOMMUNE

Gamvik slutter seg til Lebesby kommunes høringsuttalelse. Høringsuttalelsen er ikke behandlet politisk ennå. Det vil i Lebesby skje ved formannskapsbehandlingen 030211.

RÅDMANNEN HAR SLIK INNSTILLING:

1. Lebesby kommunes høringsuttalelse følger i vurderingsdelen i denne saken.
2. Lebesby kommune gir også sin tilslutning til høringsuttalelsen fra Porsanger kommune sin administrasjon som følger etter Lebesby kommunes uttalelse

Vurdering:

Høringsuttalelse fra Lebesby (og Gamvik) kommune – lover og føringer i forbindelse med Samhandlingsreformen

1. 0 Høringssvaret fra Lebesby kommune omfatter følgende punkter som formannskapet ser som svært viktige for kommunen:

- Avtalesystemet
- Ny kommunerolle
- Økonomiske virkemidler
- Legetjenesten
- Ledelse, personell og kompetanse
- Styringsdata og kvalitetsindikatorer
- IKT-verktøy
- Utdanning og forskning
- Implementering

1,1 Avtalesystem

Lovforslaget underbygger og forsterker i all hovedsak kommunenes myndighet, og mye av ansvaret for reformens gjennomføring er lagt på kommunene. Det vil være en lovpålagt forpliktelse å inngå samarbeidsavtaler med kommuner og eller helseforetak, og det vil bli et minimumskrav til innhold i avtalene.

Det er vurdert hvorvidt det skal opprettes sentrale tvisteløsningsordninger, men det blir opp til partene å avtale dette nærmere

Lebesby kommune vurderer det slik at det er uklart hvilken status avtalen mellom kommunene og helseforetakene skal ha vedrørende oppgavefordeling, og også hvilken rolle et tvisteløsningsorgan skal.

Lebesby kommune mener at man ved avtale må tilstrebe likeverdighet mellom kommune og helseforetak, og at man bør avtale seg til mer og bedre samhandling. Partene må ha nok kompetanse til å forvalte avtalene, og fylkesmannen bør ha plikt til å bistå kommunene juridisk. Standarder, veiledere, kontroll, frister og lignende må ikke gå ut over lokal tilpasning og fleksibilitet.

1.2 Ny kommunerolle

Ny kommunerolle kan defineres gjennom det ansvar og den myndighet som kommunene gis gjennom ny lovgivning, valgte finansieringsløsninger og oppgaver som legges til kommunen. Den nye loven medfører ikke vesentlige endringer i hva som er kommunens oppgaver etter tidligere lover. Og det kan være vanskelig å se hva som er den nye kommunerollen. Det forutsettes imidlertid økt aktivitet fra kommunen på mange områder

Lebesby kommune mener at dette medfører en tydeliggjøring og forsterkning av kommunens ansvar og plikter spesielt for forebygging, samordning og oppfølging av allmennlegetjenesten. Det vil være viktig i det videre arbeidet å vurdere hvilke forutsetninger som må være på plass for at kommunene kan ivareta sitt økte ansvar. Lebesby kommune legger til grunn at nye oppgaver fullfinansieres.

1.3 Økonomiske virkemidler

Lebesby kommune mener:

Det er for lite treffsikkert at kommunene skal ha et medansvar for å finansiere alle sykehusinnleggelser med 20 prosent. Medfinansiering bør avgrenses til områder hvor den enkelte kommune faktisk kan påvirke innleggelse på sykehus, gjennom forebygging og egne tilbud. Det må tilføres økonomi til kommunene i forhold til oppgaver som tildeles

Lebesby kommune hevder at kommunal medfinansiering i det hele tatt ikke bør innføres i de nye lovforslagene i forbindelse med Samhandlingsreformen, Begrunnelse for kommunal medfinansiering er at dette skal hindre sykehusinnleggelser. Det finnes vel ingen dokumentasjon på at det er en sammenheng mellom medfinansiering og såkalte unødvendige sykehusinnleggelser.

Begrepet unødvendig sykehusinnleggelse bør fjernes fra debatten og dokumentene. Dette fordi det kun er i ettertid av innleggelsen man kan si om innleggelsen var nødvendig eller ikke. Leger som er alene på vakt i distriktskommuner, vil nødvendigvis, av sikkerhetshensyn, måtte innlegge pasienter oftere enn leger i sentrale strøk. Det er medisinske vurderinger som bør legges til grunn for hvor og når en pasient skal ha behandling.

Vurderingene om nivå på behandling, bør gjøres på kostnadsnøytral grunn. Dessuten vil snaue finansieringsordninger slå bena under verdighetskravet i samhandlingsreformen

1.3.1 Utskrivningsklare pasienter

Kommunal får betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter fra første dag. Dette gav et samlet Storting sin tilslutning til ved behandling av Samhandlingsmeldingen. Pr dato er det frist før kommunen må betale en fastsatt døgnpris

Lebesby kommune peker på at det må forutsigbarhet knyttet til praktiseringen av ordningen. Videre bør det være en uavhengig tvisteløsningsordning for tvister mellom kommuner og helseforetak om praktiseringen av betalingsplikten. Før betalingsplikt inntreffer, må det faktisk være konkret reservekapasitet tilgjengelig for den enkelte kommune på et lavere nivå enn sykehus.

1.4 Legetjenesten

Regjeringen forutsetter vekst i – og at denne 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 allmennmedisinske offentlige oppgaver. Regjeringen vil legge til rette for en sterkere kommunal styring av fastlegene. Regjeringen vurderer også å gi kommunene større finansieringsansvar.

Etter Lebesby kommunes sin vurdering vil en forsterket og godt integrert legetjeneste i kommunenes helse- og omsorgstjeneste være en forutsetning for at kommunene skal kunne ta flere oppgaver og et større ansvar i helsetjenesten. Finansieringsansvaret må tas høyde for i inntektssystemet til kommunene. Myndighetene må legge til rette slik at leger virkelig kommer til kommunene i nord.

1.5 Ledelse, personell og kompetanse

Kommunene er gitt et betydelig ansvar for å realisere reformens målsettinger. • Dette stiller kommunene overfor nye kompetanseutfordringer: Utdanningsinstitusjonene pr i dag er i for stor grad rettet inn mot arbeid i spesialisthelsetjenesten.

Lebesby kommune mener at staten må tilpasse utdanningskapasiteten og utdanningsinnhold ut fra behovene for kompetanse i kommunene. Forskningsinnsatsen og kunnskapsutviklingen må øke betraktelig. Utvikling av samhandlingskompetanse er viktig på begge forvaltningsnivåene. Lebesby kommune forutsetter at utdanning og kompetanse må være et udelt statlig ansvar (men med kommunal medvirkning), og at staten bør utvikle tiltakssoner for å sikre fagpersonell til kommuner i Nord-Norge. Det bør videre opprettes – og gis fullfinansiering – av praksisplasser i kommunene. Utdanningen bør også omfatte innføring i Samisk kultur der dette er naturlig, men ikke som en del av studiene på bekostning av helse-/pleiefagene, men som en tilleggsdel.

1.6 Styringsdata og kvalitetsindikatorer

Helsedirektoratet får ansvar for å utarbeide nasjonale retningslinjer, veiledere og kvalitetsindikatorer.

Etter Lebesby kommunes vurdering kan dette være nyttige verktøy også for det lokale nivå, men det må gjøres en kost- og nyttevurdering av disse indikatorer, og unngå at dette medfører en ytterligere byråkratisert nasjonal styring av kommunene.

1.7 Nødvendig IKT-verktøy

I ny lov foreslås det å gi departementet myndighet til å stille krav om at dokumentasjon og kommunikasjon av helseopplysninger skal skje elektronisk.

Lebesby kommune mener at reformen må bidra til bedre elektronisk samhandling i helsesektoren generelt og mellom helseforetakene og kommunene spesielt.

1.8 Forskning

Lebesby kommune peker på at forskning med relevans for kommunehelsetjenesten må økes betydelig, og at resultater fra forskning i spesialisthelsetjenesten ofte ikke er relevante i kommunehelsetjenesten. Det må formalisere samarbeid mellom forskningsinstitusjoner og kommuner, og at kommunene vurderes å ha ansvar for forskning og undervisning på lik linje med spesialisthelsetjenesten. Kommunenes mulighet til å påvirke og prioritere må legges inn i den eksisterende organiseringen.

1.9 Implementering

Lebesby kommune peker på at reformen er stor og omfattende, og at det derfor må skje en gradvis implementering. Det er særs viktig at tiltak ikke bygges ned i spesialisthelsetjenesten uten at en erstatning samtidig er tilgjengelig ute i kommunene. Man bør ha planlagt implementeringen etter en "milepælsplan" hvor det også i etterkant kan være åpning for evalueringer og endringer etter hvert som man går frem. Det må tas hensyn til den vanskelige rekrutteringsmuligheten som ofte gjør seg gjeldende i nord norske kommuner.

.....

PORSANGERS HØRINGSUTTALELSE (ikke politisk behandlet ved Lebesby og Gamvik kommunes vurderingstidspunkt)

Porsanger kommune

Arkivsak: 2011/2-1

Arkiv:

Saksbeh: Helge Nicolaisen

Dato: 03.01.2011

Saksfremlegg

Utv.saksnr	Utvalg	Møtedato
5/11	Sektorstyre for helse og omsorg	11.01.2011

Høring - Forslag til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester

Saksutredning

Helse- og omsorgsdepartementet har sendt på høring forslag til ny kommunal helse- og omsorgslov. Den nye loven vil sammen med forslaget til ny folkehelselov erstatte kommunehelsetjenesteloven, sosialtjenesteloven og lov om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet.

Administrasjonen har gjennomgått forslaget og sender forslag til merknader til politisk behandling.

Rådmannens innstilling

Høring - forslag til ny kommunal helse- og omsorgslov

Porsanger kommune benytter først anledningen til å takke Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) for et oversiktlig høringsbrev med tilhørende vedlegg.

Høringssvaret fra kommunen gis gjennom tre deler.

Del 1: Informasjon om høringsinstansen.

Del 2: Generelle tilbakemelding – høringsdokumentet.

Del 3: Kommentarer og merknader til den enkelte bestemmelse.

Del 1. Informasjon om høringsinstansen.

Kommunene Porsanger, Karasjok, Gamvik og Lebesby har under utvikling et interkommunalt prosjekt – Midt Finnmark helsehus (MFH). Prosjektet støttes direkte av helsedirektoratet i f t lokalmedisinske sentra.

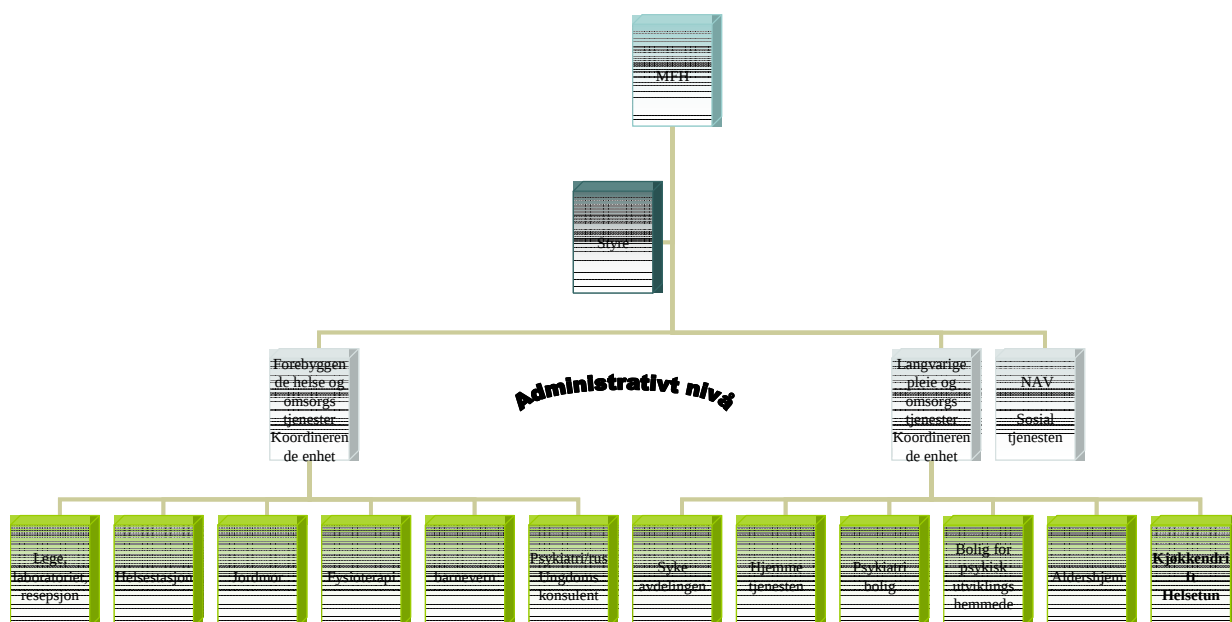
MFH skal utvikle tidsriktige, kulturbeviste og etterspurte tjenester til befolkningen i midt Finnmark. MFH vil ha et særlig fokus på de ulike samfunnskulturer som finnes i kommunen.

MFH er geografisk plassert midt i Finnmark med 3 språk og 3 kulturer. Det riktig å formidle at høringsinstansen her har et klart ansvar m h t å melde de svakheter utkastet har i f t minoritetsgruppene.

MFH utvikles gjennom et interkommunalt samarbeid hvor demografi, kompetanse, behov og geografisk beliggenhet vil være avgjørende for lokalisering av oppgaver. Samtidig søker samarbeidskonseptet å ivareta de særlige utfordringer som knyttes opp mot de mangler som i dag er identifisert i forholdet mellom helsetjenesten og minoritetsgruppene.

Illustrasjonstegning under viser MFH oppgaver som i dag er tillagt helse- og omsorgs tjeneste og danner sammen med eventuelle nytilførte oppgaver samarbeidsgrunnlaget mellom kommuner og helseforetak.

Org.



Utvalgte tjenestebokser inviterer til samarbeid basert på demografi, geografi, kompetanse, behov og kultur/språkforståelse.

Midt Finnmark Helsehus vil i løpet av 2014 levere utvalgte tjenester til befolkningen i midt Finnmark. Produksjonsgrunnlaget til IKS vil avgjøres av sentrale bestemmelser og de da gjeldende kommunale og statlige samarbeidsavtaler.

Del 2: Generelle tilbakemelding – høringsdokumentet.

Nytt forslag til lovtekst og dermed forståelsen baserer seg på ny helsereform – samhandlingsreformen.

HOD oppsummerer i kapittel 4, 3 avsnitt samhandlingsreformens mål:

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

Å angi rammene for en ny kommunerolle – kommunens oppgaver skal tydeliggjøres.

Når rammer skal utformes er det særlig viktig at besluttende myndighet vedtar endringer eller nye bestemmelser uti fra riktig grunnlag. Grunnlaget til alle tjenester dannes etter det behovet som er gjeldende samt behovet som antas gjeldende i tiden fremover. Det er ingen tvil om at omfattende omlegginger av helse- og omsorgstjenester i kommunene vil være utfordrende sett i lys av nytilførte oppgaver samt den store demografiske endringen de aller fleste kommuner står ovenfor.

I midt finnmark vil mange kommuner øke fra 12 % av innbyggerne over 67 (ikke arbeidsaktiv alder) til 25 % i løpet av neste 20 års periode. Dette er klare rammebetingelser som besluttende myndigheter må vurdere. Det vil være avgjørende at man stimulerer til interkommunale samarbeid uti fra rammer som er bærekraftige. Det må vises varsomhet i forholdet mellom nytilførte oppgaver, tids perspektiv og implementering.

MFH er geografisk plassert midt i det kjernesamiske området – avjuvarre. Forholdet mellom nye lovtekster og den **samiske pasienten er ikke nevnt med et eneste ord** i høringsdokumentet. Det forventes at MFH gis en særlig rolle i dette og at ny fremtidig kommunerolle tar inn urfolksperspektivet på en skikkelig måte. Når kommunens oppgaver skal tydeliggjøres og pasienten skal få sine tjenester uavhengig av diagnose, bosted, personlig økonomi, kjønn, etnisk bakgrunn og den enkelte livssituasjon forventes at dette følges opp og at MFH sammen med besluttende myndigheter tillegges denne oppgaven. Det bes om at det opprettes **eget avsnitt om urfolk og at tilhørende lovtekster** regulerer dette.

Det foreslås at styrende myndigheter tar urfolksperspektivet på alvor når rammer for ny kommunerolle og oppgaver skal tydeliggjøres. Det forventes at urfolksregionen i midt Finnmark tas med, og at det utvikles et kraftsenter for helsetjenester i sammen med MFH.

Økt innsats på folkehelse og forebygging.

Det er liten tvil om at forebyggende arbeid er et område som ved riktig ressursbruk kan bidra til å dempe utviklingen av ulike livsstils sykdommer som kols, hjerte og kar, overvekt med mer. Satsning på samfunnsmedisin og helsestasjonsarbeid vil sammen med frisk livs og mestringstilbud være flotte tiltak for gevinst over tid.

For at kommunene skal gis mulighet til etablering av nye forebyggende tjenester må det gis økonomiske overføringer i forkant av kravene, gjerne gjennom øremerkete kriterieutvalgte områder med krav om rapportering. Rapporteringssystemet mellom *Kommune og Stat (Kostra)* vil etter opptrappingen fange opp kommunens arbeid på utvalgte områder med tilpassete nye rammeoverføringer.

I brev av 19.5.2010 fra helsedirektoratet til landets kommuner imøteser direktoratet en dialog med kommunene for å redegjøre hvilke områder det anbefales å styrke i tiden fremover. I brevet fremkommer også hvilke tiltak helsedirektoratet og Fylkesmannen har for å understøtte kommunenes arbeid.

Utvalgte satsningsområder bør derfor tillegges de områder som er identifisert gjennom kartlegging og oversikt over helsetilstand og viktige påvirkningsfaktorer i de ulike kommuner.

Bedre legetjeneste i kommunene.

Legetjenesten i kommunene er primært bygget for å betjene pasientlister. Listelengdene varierer fra en kommune til en annen. De samfunnsmedisinske oppgaver utføres vanligvis av kommuneoverlegen (kommunelege 1). For å kunne sentralstyre legetjenesten og dermed styrke allmennmedisinske oppgaver er det viktig at økonomiske virkemidler brukes.

Kommunene har ulike måter å avlønne legene på:

- Fast lønn – hvorav hele lønnen til legene utbetales av kommune, og kommunen får ref. pr. capita.
- Fast lønn og deler av ref. tilfaller legen – den andre delen tilfaller kommunen.
- Legen honoreres med hele refusjons delen – kommune betaler mao ikke annen lønn.

Ved en utvidelse m h t allmennmedisinske oppgaver er det sannsynlig at flere kommuner må re forhandle sine avtaler med legene. Det vil derfor bli mindre honorar pr. legeårsverk fra ref. pr. capita og følgelig høyere krav om fastlønn fra den enkelte lege.

Som nevnt er det viktig at styrende myndigheter legger opp til utvalgte satsningsområder med finansieringsmodeller før eksempelvis allmennmedisinske oppgaver øker i utstrakt forstand.

Legetjenesten i mange små og mellomstore kommuner preges også av stor vikarbruk. Høyt innslag av vikarer vil da også vanskeliggjøre kontinuiteten av allmenn og samfunnsmedisinske oppgaver.

Understøtte en klarere pasientrolle/helhetlig pasientforløp.

Et helhetlig pasientforløp med et lovfestet kontaktpunkt er viktige områder for og lykkes med ny helsereform med tilliggende lovtekster. Det er igjen grunn til å minne departementet på urbefolkningens klare rett til å motta kontaktpunkttjenester på det språk og med kulturforståelsen som behøves. Samarbeidskommunene i midt Finnmark deltar gjerne som referansegruppe m h t å utvikle kartlegginger og riktig verktøy til urfolksgruppen.

Allerede pr i dag har små og mellomstore kommuner fått merarbeid ifm koordinator roller. Dette er oppgaver som kommer i tillegg til andre oppgaver den enkelte ansatte har, slik det ofte er i små kommuner. Også her er det behov for en økning i personell ressursene.

Legge til rette for samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunens helse- og omsorgstjeneste.

En sterkere kommuneinnsats fordrer først og fremst forutsigbar og god økonomi. Situasjonen i de fleste kommuner er at helse- og omsorgstjenester gis innenfor rammen av et minimums forsvarlighetsnivå.

Mange små og mellomstore kommuner har også begrenset erfaring m h t avtaleoppbygging som skal hjemle ansvarsforhold og oppgaver. Her er det viktig at det er kommunene som premissleverandør og helseforetaket leverandør. Dette fordi det er kommunene som sitter med særskilt kunnskap om behov og kompetanse om kommunal organisering.

I den grad sykehusstrukturen med tilliggende oppgaver fremdeles er gjenstand for drøfting må dette være avgjort før forpliktende avtaler inngås.

Kompetanseutveksling og kompetanseoppbygging kan først starte når behovskartlegging med oppgaveoversikt er utført. Det må være en selvfølge at også utdanningsinstitusjonene kobles opp i dette arbeidet.

Endringen i loven krever økt kompetanse om lovverket, om hverandres tjenester (sosialtjenesten og kommunehelsetjenesten), mest sannsynlig en omorganisering av helse og sosialtjenesten i flere kommuner og dertil flere administrative ressurser. Dette må fullfinansieres, da det per i dag ikke er midler på de kommunale budsjettene til å ta et så stort løft på kort tid. Videre er det ønskelig at det gis kompetansehevningspakker fra statlig hold, f eks fylkesmannen.

Legge til rette for at spesialisthelsetjenesten kan utvikles slik at den i større grad kan bruke sin spesialiserte kompetanse.

Intet å melde.

Del 3: Kommentarer og merknader til den enkelte bestemmelse.

Kapittel 3. – Kommunens ansvar for helse- og omsorgstjenester

Generelt til kapittelet uten henvisning til en særlig §.

Det er sannsynlig at det gjennom implementeringsperioden og senere drift opprettes interkommunale samarbeidsmodeller. Driftsmodellene vil variere mellom vertskommune og samdriftsmodeller. Slik lovteksten foreslås kan det være viktig med en presisering m h t tildeling av ulike tjenester. Tildeling og utførelse av tjenester skjer gjerne gjennom forskifter eller enkeltvedtak som pålegges etter særlig § 3 – 2.

Departementet må ta stilling til om vedtak (enkeltvedtak – tildeling av tjenester) kan gjøres av interkommunale selskap og ulike samarbeidsmodeller.

HOD ber særskilt høringsinstansene om å kommentere behovet for å lovfeste at kommunene skal sørge for tilbud om døgnopphold for pleie og omsorgstjenester til pasienter med behov for øyeblikkelig helsehjelp. Kommunene i Finnmark har stort sett gjort dette gjennom mange år via sykestueplasser. Erfaringstall viser at samarbeidskommunene i MF ukentlig sender øyeblikkelig hjelp pasienter til behandling ved sykehus pga for få sykestueplasser. Dette er en del av tjenesten hvor det både er samfunnsøkonomisk og bedre for pasienten, å utvide konseptet sykestueplasser. Finansieringen må gjenspeile at det gir reduserte utgifter for helseforetaket og økte utgifter for kommunene. I Finnmark er en vesentlig del av dette, transportutgifter, noe som i dag dekkes av helseforetaket.

Kapittel 4 – Krav til forsvarlighet, pasientsikkerhet og kvalitet.

§4-1 b) Den enkelte bruker gis et verdig tjenestetilbud:

I høringsnotatet framkommer det at med et verdig tjenestetilbud menes at tjenesten skal være forsvarlig. Forsvarlighetsbegrepet er en skjønnsmessig vurdering, mens begrepet verdighet er en subjektiv opplevelse. Begrepet bør defineres i lovverket, evt endres til: Den enkelte bruker gis en forsvarlig tjeneste.

Kapittel 7 – Individuell plan, koordinator og koordinerende enhet.

Som nevnt i del 2, må ny lovtekst regulere og bestemme urbefolkningens krav til å motta bestemmelsens innhold på det språk og med den kulturforståelsen som er nødvendig.

§7-3 koordinerende enhet:

Dette er en inngripen i kommunens organisering av tjenesten, noe dep. har sagt loven ikke skal legge føringer på.

Kapittel 8 – Undervisning, praktisk opplæring og utdanning.

§8-2 Videre- og etterutdanning:

Kommunen får et ansvar for å sørge for at den ansatte får påkrevd videre- og etterutdanning, og personell plikter å ta del i dette. Dette vil være svært kostnadskrevende.

Kompetansehevningsbudsjetter helseforetakene har er i dag langt høyere enn tilsvarende i kommunesektoren. Her må det også tas høyde for at utdanningsinstitusjonene ligger langt fra hjemlassen, noe som gjør utdanningene mer kostnadskrevende. Dette må tas hensyn til ift tilstrekkelig med midler til utdanningsinstitusjonene, f eks ved å starte desentraliserte utdanningsløp i samarbeid med den enkelte kommune. Kommunene må også få tildelt friske midler for å imøtekomme dette kravet.

(ikke politisk behandlet ved Lebesby og Gamvik kommunes vurderingstidspunkt)

Porsanger kommune

Arkivsak: 2011/6-1

Arkiv:

Saksbeh: Helge Nicolaisen

Dato: 03.01.2011

Saksfremlegg

Utv.saksnr	Utvalg	Møtedato
6/11	Sektorstyre for helse og omsorg	11.01.2011

Høring - Forslag til ny folkehelselov

Med bakgrunn i ny nasjonal helse og omsorgsplan som er en oppfølging av St melding 47 Samhandlingsreformen, er det lagt fram forslag om både endret og nytt lovverk. Lov om folkehelse lovfester folkehelsearbeidet.

Saksutredning

Loven legger bl a føringer ift at:

- Kommunens folkehelsearbeid skal forankres i alle sektorene, ikke bare helsesektoren, via tverretatlig planarbeid.
- Mål og planer for folkehelsearbeidet skal forankres i planprosessen etter plan- og bygningsloven med innsats fra alle sektorer.
- Kommunen skal ha ansvar for å ha oversikt over innbyggernes helsetilstand ved hjelp av statistiske fakta opplysninger som statlige helsemyndigheter skal gjøre tilgjengelig for den enkelte kommune.
- Ut fra opplysninger om innbyggernes helsetilstand, skal den enkelte kommune utarbeide strategier og iverksette tiltak for å snu negativ utvikling, i tillegg til å ha fokus på tidlig intervensjon og forebygging.
- Loven skal legge grunnlag for å utjevne sosiale forskjeller.

Rådmannens innstilling

For å lykkes med folkehelsearbeidet er forebygging og tidlig intervensjon faktorer som må imøtekommes. I dokumentet framkommer det at kommunenes kostnader ved dette arbeidet kan håndteres innenfor allerede gjeldende budsjettammer. Departementet har da ikke tatt hensyn til den nye rollen kommunene vil få i forbindelse med ny nasjonal helse og omsorgsplan og nytt/ endret lovverk, der kommunene skal satse på både helsefremmende og forebyggende tiltak samtidig som en skal opprette nye tjenester som tidligere har lagt inn under spesialisthelsetjenesten. Det henvises også til at disse utgiftene vil dekkes ved reduserte framtidige utgifter. Porsanger kommune er ikke uenig i dette, men i en presset kommuneøkonomi, vil dagens helseutfordringer, og da de utfordringene som allerede har gitt redusert helse, bli dekt først. Situasjonen for helsesektoren i de fleste norske kommuner i dag, er at tilbudene som gis er innenfor rammen av et minimums forsvarlighetsnivå. Erfaringene tilsier at det da ikke er midler igjen til å prioritere det forebyggende helsearbeidet og en kan vanskelig se at dette endrer seg ved en lovfestning. I tillegg etterspørres i utgangspunktet ikke forebyggende helsetjenester, i allefall ikke av dem som har behov for dette.

For å lykkes med folkehelsearbeidet anbefales det en omstilings-/ opptrappings periode, der friske midler gis f eks via prosjektmidler i en periode slik at kommunene ikke må bære de økonomiske belastningene ift både de som allerede har helseplager og forebygge at nye kommer i samme situasjon.

Forebyggende folkehelsearbeid er kostnadseffektivt i et samfunnsøkonomisk perspektiv. Det er derimot ikke gitt at denne kostnadseffektiviteten vil gi samme innsparing på det enkelte kommunebudsjettet, sett i lys av utgiftene kommunen har med arbeidet. Ved at kommunene bevilger midler til et godt forebyggende folkehelsearbeid, vil de økonomiske belastningene for f eks helseforetakene, reduseres betraktelig. Videre er det ikke nødvendigvis den sektoren som bærer utgiftene som gir god folkehelse, som også høster innsparingene av dette. Eksempelvis har trivsel og kulturtilbud innvirkning på helsen, utbygging av gang og sykkelstier like så, og vil gi utslag i helsebudsjettet på en positiv måte. Et forpliktende "tverrdepartementlig" samarbeid er derfor like viktig som et kommunalt tverretatlig samarbeid for at dette arbeidet skal lykkes.

Departementet gir i dokumentet Fylkeskommunen ansvar for å bistå kommunene med oversikt og analyse av kommunens innbyggers helsetilstand. Til dette arbeidet skal det benyttes helse statikk. Det er i den forbindelse behov for standardiserte metoder som i tillegg til særtrekk ved den enkelte kommune, gir et rett bilde som gir grunnlaget for det videre arbeidet. Det gjøres oppmerksom på at det allerede i dag finnes kartleggingsverktøy som kommunene benytter (f eks KOSTRA/IPLOS) som det kan bygges videre på. Kartleggingen fordrer utstyr, kompetanse og ikke minst personellkapasitet. Dette utløser kostnader kommunene i dag ikke har, og det etterlyses finansiering av tiltaket. Kompetanse må tilføres kommunene innen området og det foreslås at Fylkeskommunen eller andre også får ansvar for dette.

Som nevnt i lovteksten er det et uttalt mål å redusere sosiale ulikheter. Loven er ikke spesifikk for enkelte målgrupper, og det kan derfor være vanskelig å imøtekomme dette lovkravet. Å redusere gapet mellom grupper som har sosiale, helsemessige og økonomiske utfordringer og andre friske grupper er utfordrende da loven også tilsier at den friske delen av befolkningen skal bli friskere. Risikoen for at de sosiale ulikhetene øker i stedet for å bli mindre, er da til stede.

Når en skal arbeide målrettet i forhold til folkehelse er faktorene kompetanse og forskning innen folkehelsearbeidet av vesentlig betydning. Pr i dag er det stort sett helseforetakene i samarbeid med høgskoler og universitet som har ansvar for dette. Denne trenden må snus og kommunene må i samarbeid med forsknings institusjoner opprette et forpliktende samarbeid om folkehelse der folkehelsen er, i kommunene. Det anbefales at forskningsmidler tilfaller kommunene i større grad, slik at bl a praksisnær forskning ivaretas. Evt kan stipendiatstillinger opprettes i den enkelte kommune/ samarbeidskommuner. Her må friske midler ytes.

Lov om folkehelse krever økt kompetanse innen flere felt. Bl a trenger en tverrfaglig kompetanse der de ulike lovverkene i de ulike etatene skal flettes sammen og sees på i et helhetlig folkehelseperspektiv. Det anbefales at ansvaret for denne kompetansehevingen legges til statlig nivå og at kommunene får tilbud om tverrfaglige ”opplæringspakker”. Opplæring i forhold til kartleggingsverktøy og analyse av disse bør også ytes samlet for å oppnå felles forståelse.

Samarbeidskommunene i Midt Finnmark er nedslagsfeltet for den Samiske befolkningen. Dette medfører tilleggsutfordringer i forhold til folkehelsearbeidet som vil avdekkes via forskning og kompetanseheving. Den samiske befolkningen er ikke nevnt i St melding 47. Samarbeidskommunene ønsker å ha særlig fokus på den samiske befolknings helse, da vi opplever at bl a kulturforskjellene gjør dette nødvendig. Det anbefales at det settes av midler via Sametinget og senter for Samisk helseforskning i tillegg til samisk nasjonalt undervisningssykehus, for at disse i samarbeid med kommuner med samisk nedslagsfelt, kan ivareta denne delen av folkehelsen.

Ny lov om folkehelsearbeid sier ikke noe om hva det forventes at enkeltmennesket selv gjør for å ivareta sin egen helse, men sier mye om hva det offentlige plikter å gjøre for å tilrettelegge og ivareta innbyggernes helse. Kommunene etterlyser et tettere samarbeid med frivillige og interesseorganisasjoner som kan være en pådriver for dette viktige arbeidet.