



Meråker kommune
Sektor helse, pleie og omsorg

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 OSLO

Deres ref:

Vår ref:
2010/984-7

Saksbehandler:
Elin Benberg 74813240

Dato:
18.01.2011

Høringsuttalelse - forslag til ny kommunal helse- og omsorgslov og forslag til Lov om folkehelse

Meråker kommune viser til høringsbrev angående forslag til ny kommunal helse- og omsorgslov og forslag til lov om folkehelse.

Meråker Formannskap behandlet saken i sitt møte den 13.januar 2011. Herved oversendes vedtatte høringsuttalelse fra Formannskapet, fattet i medhold av Kommunelovens §13.

Vedtak i Formannskap - 13.01.2011 :

Meråker kommune mener at høringen har alt for kort høringsfrist. Høringen er meget omfattende, og kort frist gjør det svært vanskelig å avgi uttalelse innenfor fristen.

Denne saken er alt for stor og viktig til at den fortjener et slikt behandlingsopplegg. Det burde vært gitt betydelig lengre høringsfrist. Departementet viser mangel på respekt for lokaldemokratiet.

Meråker kommune stiller seg kritisk til samhandlingsreformen som sådan, men avgir likevel høringsuttalelse siden saken er på høring.

Meråker kommune har følgende uttalelse til forslag til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og forslag til ny folkehelselov.

❖ Forslag til ny kommunal helse- og omsorgslov

Nye oppgaver/plikter/aktiviteter som er foreslått for kommunene

1. Oppgavene som kommunene vil få ansvar for må være tilpasset de enkelte kommuners mulighet til å ivareta oppgaven. Den enkelte kommunes muligheter og begrensinger må defineres i lokale avtaler mellom kommuner og helseforetak. Før inngåelse av lokale avtaler må det foreligge en økonomisk kartlegging av konsekvensene, slik at kommunene er i stand til å ivareta de oppgavene som de likeverdige partene blir enig om å overføre fra sykehusene.

Postadresse
7530 Meråker
E-post
postmottak@meraker.kommune.no

Org.nr
835231712
Hjemmeside
www.meraker.kommune.no

Telefon
74813240
Telefaks
74813393

Bank
4470.06.00030
Skatt
6345 06 17115

2. Et døgnkontinuerlig øyeblikkelig — hjelp tilbud vil være avhengig av fysiske fasiliteter, kompetanse og økonomi. En lovmessig plikt for kommunene vil sette enkelte kommuner i en umulig situasjon, samt at "halv — veis løsninger" vil kunne sette pasientens liv og helse i fare. En lovmessig plikt vil kreve at staten fullt ut finansierer kostnadene knyttet til et slikt tilbud.
3. Det må utarbeides nasjonale kriterier for innleggelse og utskrivelse av sykehus. Nasjonale kriterier vil hindre at det lages ulike kriterier fra sted til sted i landet. Dette vil også sikre en likebehandling av pasienter uavhengig av bosted og sykehusilknytning.
4. Alder som kriterium for hvor man får helsehjelp må fjernes. Her henvises til det som er omtalt i forhold til personer over 80 år. Det skal alltid være en konkret vurdering av den enkelte pasients lidelse og behov som skal være avgjørende for helsehjelpen som gis.
5. Ressurskrevende brukere i kommunene har krevd større og større ressurser av kommunens budsjetter. Deler av denne økningen har blitt kompensert gjennom statlige tilskudd. Ordningen i seg selv oppleves som svært tidkrevende og byråkratisk. Det må utarbeides kriterier for hvem som skal gå inn under ordningen, og denne må så fullfinansieres fra statens side. Aldersgrensene som gjelder for ordningen må derfor fjernes.
6. En styrking av kommuneoverlegenes rolle vil være nødvendig for planlegging og implementering av de endringer som samhandlingsreformen legger opp til. Dette gjelder både i den enkelte kommune, men også i samhandlingen mellom kommuner og helseforetak.
7. Kommunene har store utfordringer i forhold til å klare å gi et kvalitativt godt nok tilbud til mennesker med psykiske lidelser og til rusavhengige. Hovedårsaken til dette ligger i knappe økonomiske rammer. Til tross for opptrappingsplaner vil kommunene ha behov for ytterligere styrking av rammene for å imøtekomme forventningene som ligger i samhandlingsreformen.
8. Heldøgntjenester i eget hjem har vært økende de siste årene. Dette gir kommunene store utfordringer både kompetansemessig, personellmessig og økonomisk. Det må vurderes å klargjøre i forskrift hvilke forutsetninger som må være til stede for at en person skal ha rett til heldøgntjeneste i eget hjem.

❖ **Myndighet som er foreslått gitt til kommunene**

9. Det er positivt at det utarbeides kvalitets- og funksjonskrav for fastlegetjenesten i kommunene. Dette kan gi kommunene bedre mulighet til å få større deltakelse fra fastleger i spørsmål om samhandling, medvirkning og rådgiving i forhold til enkeltbrukere.
10. Det er positivt at kommunene får ta en sterkere styring over fastlegeordningen og legetjenesten i de enkelte kommunene.
11. For å ivareta de nye oppgavene som skal overføres fra sykehus til kommuner, må det lages planer for økt kompetanse / spesialisering blant legene i kommunene. Kostnader knyttet til denne kompetansehevingen må dekkes av økte statlige overføringer.

❖ **Bruk av avtaler mellom kommuner og foretak, herunder adgangen til og**

avtale tvisteløsningsordninger

12. Dersom det oppstår tvist i forhold til avtaler mellom kommuner og helseforetak, må det opprettes et egen uavhengig tvisteløsningsorgan. Et slikt organ vil øke legitimiteten for en tvistebehandling.

❖ Kompetansefordeling for øvrig mellom kommuner og statsforvaltningen

13. Statens myndighet for tilsyn og klagebehandling bør samles i ett statlig organ. Dette bør ligge til fylkesmannen i de enkelte fylkene. Dette vil hindre uklare roller og en mindre fragmentert stat i møtet mellom staten og kommuner.
14. Det er positivt at kvalitetskrav i forhold til pasientsikkerhet blir behandlet lokalpolitisk (jfr § 4-2). Dette betinger imidlertid at kommuner og tilsynsmyndighet har en lik oppfatning av hvilke kvalitetsindikatorer og — krav som skal gjelde.
15. Det er positivt at statlig klageorgan fratas muligheten til å omgjøre vedtak fattet av kommunen. Dersom klageorganet er uenig med kommunens vedtak, kan det sende saken tilbake til kommunen. Dette vil gi kommunen en helt ny posisjon vis a vis klageorganet, og samtidig gi kommunen en mulighet til å vurdere saken på nytt.

❖ Særlig om forslag til bruk av tvang og makt overfor psykisk utviklingshemmede og overfor rusmiddelbrukere

16. Reglene for bruk av tvang overfor personer med kognitiv svikt (for eksempel demente) må tas inn i ny lov om kommunale helse og omsorgstjenester på lik linje med psykisk utviklingshemmede og rusmisbrukere. Bakgrunnen for dette er at saksbehandlingsreglene, fylkesmannens rolle og gjennomføring for alle disse tre gruppene har mange likhetstrekk.

❖ Finansiering av kommunens nye oppgaver/ plikter/ aktivitet

17. Økt kommunalt finansieringsansvar for fastlegeordningen støttes ikke, da en ikke klarer å se hensikten med en slik endring. Endring i hvem som betaler hva i fastlegeordningen har ingen innvirkning på den påvirkning kommuner har på selve legetjenesten.
18. Takstsystemet for fast legene må endres, og det må oppmuntres til økt samhandling med kommunens helse- og sosialtjenester i planlegging, enkeltsaker og veiledning som ikke er kurativ virksomhet.
19. Det vil være behov for økte ressurser til grunnutdanning, lærlingordning og etter- og videreutdanning for å kunne imøtekomme kommunenes behov for kompetent arbeidskraft i årene framover. Dette er noe som staten må ta hensyn til i rammeoverføringene til kommunene.

❖ Helseovervåking / statistikk

20. Det er nødvendig at sentrale myndigheter koordinerer utvikling av felles metoder og systemer for bearbeiding av datamaterialet, for eksempel geografiske informasjonssystemer. Helseovervåkingen må sette helsefremmende faktorer i høysetet. Følgende prinsipper legges til grunn:

- Statlige myndigheter etablerer et minimum av felles indikatorer for å sikre sammenlignbare data nasjonalt.
- Statlige helsemyndigheter kvalitetssikrer at data er sammenlignbare mellom kommuner og fylkeskommuner.
- Sammenlignbare data er også viktig i et internasjonalt perspektiv.

21. Statlig pålegg om samarbeid mellom kommuner går kommunen imot. Frivillige avtaler mellom kommuner som ønsker å samarbeide vil være en mye bedre måte å løse utfordringer knyttet til folkehelsearbeide på.

❖ **Innspill til enkeltparagrafer i ny Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester**

22. I § 1 — 3 e synes lite konkret og operasjonell. Her bør en heller benytte kjente formuleringer som de som finnes i ISO 9000:2000 hvor tjenester skal være:

- Virkningsfulle
- Trygge og sikre
- Involvere brukere og gi dem innflytelse
- Er samordnet og preget av kontinuitet
- Utnytter ressursene på en god måte
- Er tilgjengelige og rettferdig fordelt

23. Følgende tas inn i kap. 3: Kommunen skal samarbeide kommunalt, interkommunalt, fylkeskommunalt, med regionalt helseforetak og stat slik at helse og omsorgstjenesten i landet oppleves som en enhet.

24. § 5 — 7 er en videreføring av tidligere bestemmelse i Lov om helsetjenester i kommunene. I forslag til ny Helse- og omsorgslov bør det presiseres hvilke opplysninger om helsepersonell som kommunen skal motta og eventuelt videreformidle til et sentralt register.

25. § 5 — 4 omtaler krav om politiattest for ansatte som skal arbeide med barn og utviklingshemmede. Her må en også ta med personer med kognitiv svikt (for eksempel demente), da denne gruppen også ansees å være særlig sårbar og utsatt.

❖ **Forslag til lov om folkehelse**

Nye oppgaver/plikter/aktiviteter er foreslått for kommunene

26. Det anbefales at midler for folkehelsearbeid og i forhold til helse og omsorg overføres som øremerkede midler til kommunesektoren.

27. En økt satsing på folkehelsearbeid må 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.

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

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

❖ **Forholdet mellom fylkeskommunale og kommunale oppgaver og ansvar**

30. Kommunen slutter seg til forslaget til ny folkehelselov som retter seg mot alle forvaltningsnivåer og sektorer/ faktorer som påvirker innbyggernes helse.
31. Kommunen 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.
32. 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.
33. 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.
34. Folkehelsekompetansen i kommunen må vektlegges. Folkehelsekoordinatoren i kommunen har en svært sentral rolle for å samordne kommunenes innsats, men det må ikke være en lovpålagt funksjon.
35. 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 tannhelsetjenesten.

Vedtaket er fattet i medhold av Kommunelovens § 13.

Med hilsen

Elisabeth Johansen
sektorsjef

Elin Benberg
konsulent