



Nissedal kommune
Rådmann

Helse- og omsorgsdepartementet
oks 8011 dep
0030 OSLO

Melding om vedtak

Dykkar ref.	Vår ref.	Sakshandsamar:	Arkivkode:	Dato:
	2010/94-12	Sverre Sæter,35048402 sverre.seter@nissedal.kommune.no	024	19.01.2011

Ny lov om helse-og omsorgstenestar og ny folkehelselov - høyring

Her følger særutskrift av kommunestyret si sak nr. 1/11

Med helsing

Sverre Sæter
rådmann


Nissedal kommune

Arkiv: 024
 Saksmappe: 2010/94-8
 Sakshandsamar: Sverre Sæter
 Dato: 03.01.2011

Saksframlegg

Utval	Utvalssak	Møtedato
Kommunestyret	1/11	13.01.2011

Ny lov om helse- og omsorgstenestar og ny folkehelselov - høyring

Vedlegg:

- 1) Forslag til ny folkehelselov og ny lov om kommunale helse- og omsorgstenestar (tidlegare lov om sosiale tenester, Lov om kommunehelsetenester og lov om folkehelse). Lagt ut på www.Nissedal.kommune.no i venstre marg under "Aktuelt".
- 2) KS si sak til hovudstyret datert 6. desember 2010.

Fakta i saka:

Helse og omsorgsdepartementet sendte den 18. oktober på høyring forslag til ny kommunal helse- og omsorgslov, samt forslag til ny folkehelselov. Høyringsfristen er 18. januar 2010.

Planen er at dei nye lovene skal vedtakast i Stortinget våren 2011 for i iverksetting fra 01.01.2012.

Forslag til Lov om kommunale helse- og omsorgstenestar legg til rette for at kommunane skal ta eit større ansvar for pasientar som til nå har vore spesialisthelsetenesta sitt hovudansvar.

Regjeringa sin intensjon er at forslaga til ny lov skal medføre auka aktivitet i kommunane:

- Kommunen skal auke innsatsen i forhold til førebygging, tidleg intervensjon og tiltak mot unødvendig innlegging av pasientar i sjukehus.
- Kommunen skal auke innsatsen på samarbeid og samordning med andre kommunar, fylkeskommunar og helseføretak, herunder plikt til å gjere avtaler med helseføretak.
- Kommunen skal etablere ein eigen pasientkoordinator til menneskje med behov for langvarige og samansette tenestar.
- Kommunen kan få eit ansvar for å opprette eit tilbod om øyeblikkeleg hjelp. Oppgåva vil berre gjelde for pasientgrupper som kommunen sjølv kan greie ut, behandle eller yte omsorg for i staden for innlegging på sjukehus.
- Kommunen sitt ansvar for å følgje opp allmennlegetenesta er presisert.
- Kommunen skal vurdere samarbeidsløysingar med helseføretak og andre kommunar, slik som lokale medisinske sentra.
- Alle tenestar og organisering skal vurderast i forhold til ein foreslått forsvarlegheitsstandard.

- Kommunane kan til ein viss grad påverke behovet for behandling av psykiske lidingar og rusmiddelavhengigheit i spesialisthelsetenesta.
- Kommunen skal legge større vekt på rehabilitering.

Forslag til Lov om folkehelse legg også eit større ansvar på kommunane i forhold til følgjande områder:

- Ansvar for folkehelsearbeid leggst til kommunen. I dag ligg ansvaret i kommunen si helseteneste. Forslaget inneber at kommunen skal bruke alle sine sektorar for å fremme folkehelse, ikkje berre helsesektoren.
- Kommunen skal fastsette mål og strategiar for folkehelsearbeidet tilpassa kommunen sine egne helseutfordringar. Mål og strategiar skal forankrast i planprosessane etter plan- og bygningslova.
- Kommunen skal sette i verk naudsynte tiltak for å møte lokale utfordringar.
- Kommunen sitt ansvar for å ha oversikt over helsetilstand og faktorar som påverkar folkehelsa er konkretisert slik at ein får eit tydeleg bilete av kva som er dei lokale helseutfordringane i den enkelte kommune. Statlege helsemyndigheitar og fylkeskommunane skal gjere opplysningar tilgjengelege og understøtte kommunane.
- Ei drøfting av kommunen sine helseutfordringar skal blant anna danne grunnlag for lokal planstrategi. På same måte skal ei drøfting av fylket sine helseutfordringar gå inn i regional planstrategi.
- Dei store folkesjukdommane krev fornya og samla innsats i alle berørte sektorar.

Vurdering:

Rådmannen har gått gjennom forslag til nye lover innafor helse-, omsorgs- og Folkehelseområdet, og er positiv til at endringar i oppgaver for kommunen blir lovregulert.

Det er imidlertid svært viktig at dei tenesteområda som blir regulert og dei nye pliktene som blir lagt til kommunane ikkje påfører kommunane oppgåver som fører til store økonomiske utgifter og problem med å skaffe kompetent arbeidskraft.

Rådmannen vil også understreke kor viktig det er at endringane som dei nye lovene medfører må ha ei gradvis innføring, slik at kommunen kan tilpasse organisasjonen sin.

Det er svært viktig at avtalene mellom kommunen og helseforetaket tar høgde for denne gradvise innføringa, fordi dette handlar om dei oppgåvene kommunen skal ta eit meiransvar for og spesialisthelsetenesta dermed eit mindre ansvar.

Rådmannen forutset at meirkostnader som følgje av nye oppgåver blir fullfinansiert frå staten si side, samt at endringar i forhold til pasientforløp ikkje blir iverksett før kommunen er sikra økonomiske rammer for å imøtekome endringane.

Dei enkelte punkt under forslag til høyringsuttalene handler om dei områda i lovforslaga som rådmannen meiner er viktig for at kommunane skal vere i stand til å gje innbyggjarane ei kvalitativ god teneste.

FORSLAG TIL HØRINGSUTTALE FRÅ NISSEDAL KOMMUNE:

Forslag til Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester

Nye oppgåver, pliktar og aktivitetar som er foreslått for kommunane

- Oppgåvene som kommunane vil få ansvar for må vere tilpassa dei enkelte kommunar sin moglegheit til å ivareta oppgåva. Den enkelte kommune sine moglegheitar og

begrensingar må definerast i lokale avtaler mellom kommunar og helseforetak. Før lokale avtaler blir gjort må det ligge føre ein økonomisk kartlegging av konsekvensane, slik at kommunane er i stand til å ta i vare dei oppgåvene som dei likeverdige partane blir samde om å overføre frå sjukehusa.

- Eit døgnkontinuerleg øyeblikkelig hjelp-tilbod vil vere avhengig av fysiske fasilitetar, kompetanse og økonomi. Ein lovmessig plikt for kommunane vil sette enkelte kommunar i ein umogeleg situasjon, samt at "halvvegs løysningar" vil kunne sette brukarar sine liv og helse i fare. Ein lovmessig plikt vil kreve at staten fullfinansierar kostnadane knytt til eit slikt tilbod.
- Det må utarbeidast nasjonale kriteriar for innlegging og utskriving av sjukehus. Nasjonale kriterium vil hindre at det blir laga ulike kriterier frå stad til stad i landet. Dette vil også sikre likebehandling av pasientar uavhengig av bustad og sjukehus tilknytning.
- Alder som kriterium for kor ein får helsehjelp må fjernast. Her visest til det som er omtalt i forhold til personer over 80 år. Det skal alltid vere ein konkret vurdering av den enkelte pasient si liding og behov som skal vere avgjerande for helsehjelpa som blir gitt.
- Ressurskrevjande brukarar i kommunane har kravd større og større ressursar av kommunane sine budsjett. Delar av denne auken har blitt kompensert gjennom statlege tilskot. Ordninga i seg sjølv opplevast som svært tidkrevjande og byråkratisk. Det bør utarbeidast kriteriar for kven som skal gå inn under ordninga, og denne bør så fullfinansierast få staten si side. Aldersgrensene som gjeld for ordning bør fjernast.
- Ei styrking av kommuneoverlegane si rolle vil vere naudsynt for planlegging og implementering av dei endringar som samhandlingsreforma legg opp til. Dette gjeld både i den enkelte kommune i i samhandlinga mellom kommunar og helseforetak.
- Kommunane har store utfordringar i forhold til å klare å gje eit kvalitativt godt nok tilbod til menneske med psykiske lidingar og til rusavhengige. Hovedårsaka til dette ligg i knappe økonomiske rammer. Til tross for opptrappingsplanar vil kommunane ha behov for ytterlegare styrking av rammene for å imøtekomme forventningane som ligg i samhandlingsreforma.
- Heildøgnsstenester i eigen heim har auka dei siste åra. Dette gjev kommunane store utfordringar både når det gjeld kompetanse, personall og økonomi. Det bør vurderast å klargjere i forskrift kva for forutsetningar som må vere på plass for at ein person skal ha rett til heildøgnssteneste i eigen heim

Mynde som er føreslege gitt til kommunane

- Det er positivt at det utarbeidast kvalitets- og funksjonskrav for fastlegeutenestene i kommunane. Dette kan gje kommunane betre moglegheit til å få større deltaking frå fastlegar i spørsmål om samhandling, medverknad og rådgjeving i forhold til enkeltbrukarar.
- Det er positivt at kommunane får ta ein sterkare styring over fastlegeordninga og legetjenesta i kommunane.
- For å ivareta dei nye oppgåvene som skal overførast frå sjukehus til kommunar, må det lagast planar for auka kompetanse/spesialisering blant legane i kommunane. Kostnader knytt til denne kompetansehevinga må dekkast ved auka statlege overføringar.

Bruk av avtaler mellom kommunar og helseforetak, herunder adgang til å avtale tvisteløysingsordningar

- Dersom det oppstår tvist i forhold til avtaler mellom kommunar og helseforetak, bør det opprettast eit eige uavhengig tvisteløysingsorgan. Eit slikt organ vil auke legitimiteten for ei tvistebehandling.

Kompetansefordeling elles mellom kommunar og statsforvaltninga

- Statens mynde for tilsyn og klagehandsaming bør samlast i eit statleg organ. Dette bør

ligge til fylkesmannen i fylka for å hindre uklare roller og ein mindre fragmentert stat i møtet mellom Staten og Kommune.

- Det er positivt at kvalitetskrav i forhold til pasientsikkerhet blir behandla lokalpolitisk (jf. § 4-2). Dette føresetter imidlertid at kommunar og tilsynsmynde har lik oppfatning av kva for kvalitetsindikatorar som skal gjelde.
- Det er positivt at statleg klageorgan ikkje skal ha høve til å omgjere vedtak fatta av kommunen. Dersom klageorganet er uenig med kommunen sitt vedtak, kan det sende saka attende til kommunen. Dette vil gje kommunen ein heilt ny posisjon vis a vis klageorganet, og samstundes gje kommunen ein moglegheit til å vurdere saka på nytt.

Særleg om forslag til bruk av tvang og makt overfor psykisk utviklingshemma og overfor rusmiddelbrukarar

- Reglane for tvang overfor personer med kognitiv svikt (t.d. demente) må takast inn i ny lov om kommunale helse og omsorgstenester på lik linje med psykisk utviklingshemma og rusmisbrukarar. Bakgrunnen for dette er at sakshandsamingsreglane, fylkesmannen si rolle og gjennomføring for alle desse tre gruppene har mange like trekk.

Finansiering av kommunane sine nye oppgåver, pliktar og aktivitetar

- Auka kommunalt finansieringsansvar for fastlegeordninga støttast ikke, då ein ikkje klarar å sjå hensikta med ei slik endring. Endring i kven som betalar kva i fastlegeordninga har ingen innverknad på den påverknad kommunar har på sjølve legetenesta.
- Takstsystemet for fastlegane bør endrast, og det bør oppmuntrast til auka samhandling med kommunane sine helse- og sosialtenester i planlegging, enkeltsaker og vegleiing som ikkje er kurativ verksemd.
- Det vil vere behov for auka ressursar til grunnutdanning, lærlingeordning og etter- og vidareutdanning for å kunne imøtekomme kommunane sine behov for kompetent arbeidskraft år frametter. Dette er noko som staten må ta omsyn til i rammeoverføringane til kommunane.

Helseovervaking / statistikk

- Det er nødvendig at sentrale myndigheitar koordinerar utvikling av felles metodar og system for bearbeiding av datamaterialet, som t.d. geografiske informasjonssystem. Helseovervakninga må sette helsefremjande faktorar i høgsetet. Følgjande prinsipp leggst til grunn:
 - Statlege myndigheiter etablerar eit minimum av felles indikatorar for å sikre samanliknbare data nasjonalt.
 - Statlege helsemyndigheiter kvalitetssikrar at data er sammenliknbare mellom kommunar og fylkeskommunar.
 - Samanliknbare data er også viktig i eit internasjonalt perspektiv.
- Statleg pålegg om samarbeid mellom kommunar (§ 27) går Nissedal kommune imot. Frivillige avtaler mellom kommunar som ønskjer å samarbeide vil vere ein mykje betre måte å løyse utfordringar knyttet til folkehelsearbeidet på.

Innspel til enkeltparagrafar i ny Lov om kommunale helse og omsorgstenestar

- I § 1 - 3e synast lite konkret og operasjonell. Her bør ein heller nytte kjente formuleringar som dei som finnst i ISO 9000:2000 der tenestar skal vere
 - Verknadssfulle.
 - Trygge og sikre.
 - Involvere brukarar og gje dei høve til å kunne påverke.
 - Er samordna og prega av kontinuitet.

- Nytte ressursane på ein god måte.
- Er tilgjengeleg og rettferdig fordelt.
- Følgjande leggast inn i kap. 3: Kommunen skal samarbeide kommunalt, fylkeskommunalt, med regionalt helseforetak og stat slik at helse og omsorgstenesta i landet opplevast som ei eining.
- § 5 7 er ei videreføring av tidlegare bestemmelse i Lov om helsetenestar i kommunene. I forslag til ny Helse og omsorgslov bør det presiserast kva for opplysningar om helsepersonell som kommunen skal motta og eventuelt vidareformidle til eit sentralt register.
- § 5 4 omtalar krav om politiattest for tilsette som skal arbeide med barn og utviklingshemma. Her bør ein også ta med personar med kognitiv svikt (t.d. demente), då denne gruppa også oppfattast som å vere særleg sårbar og utsett.

Forslag til lov om folkehelse

Nye oppgåver/plikter/aktivitetar er foreslått for kommunane

- Det tilråddast at midlar for folkehelsearbeid og i forhold til helse og omsorg overførast via rammeoverføringane til kommunesektoren. Ei eventuell øyremerking av midlar er kun aktuelt i ein innføringsperiode.
- Ein auka satsing på folkehelsearbeid bør vere ein del av ein ny handlingsplan (opptrappingsplan) slik at både fylkeskommunar og kommunar har høve for å planlegge, implementere og iverksette aktuelle tiltak gradvis.
- For å styrke folkehelsefeltet er det heilt avgjerande at styrkinga følgjast opp med økonomiske midlar.
- Fastlegen sitt ansvar og rolle i folkehelsearbeidet bør presiserast tydelegare enn realiteten er i dag. Denne klargjerkinga kan med fordel leggast inn i den nye forskrifta til lova.

Forholdet mellom fylkeskommunale og kommunale oppgåver og ansvar

- Nissedal kommune sluttar seg til forslaget til ny folkehelselov som rettar seg mot alle forvaltningsnivå og sektorar/faktorar som påverkar innbyggjarane si helse.
- Nissedal kommune ser at krav om samordning på tvers av ulike sektorar og fagområde ikkje speglast på statlig forvaltningsnivå. Ansvar for det tverrsektorielle folkehelsearbeidet bør derfor vurderast flytta ut frå Helse- og omsorgsdepartementet over til t.d. Kommunal og regionaldepartementet, fordi folkehelsearbeid har store samfunnsmessige konsekvensar.
- I § 24 står det følgjande: " Nasjonalt folkehelseinstitutt skal bistå kommuner, fylkesmenn og andre statlige institusjoner, helsepersonell og befolkningen...". Her er fylkeskommunen utegløynt i sjølve lovteksten. Dette må leggast inn.
- Lovteksten beskriv at fylkeskommunen skal vere ein pådrivar for å samordne folkehelsearbeidet, mellom anna gjennom alliansebygging og partnerskap. Det er viktig at lovteksten også tydeleggjer "partnerskapsbegrepet" og at bruken av dette begrepet er i samsvar med fylkeskommunen sitt ansvar som regional utviklingsaktør.
- Folkehelsekompetansen i kommunen må vektleggast. Folkehelsekoordinatoren kommunen har ein svært sentral rolle for å samordne kommunane sin innsats, men det bør ikkje vere ein lovpålagt funksjon.
- Det ville vore ein fordel for tannhelsetenesta som tenesteytar, om det hadde vore dratt ein grenseoppgang mellom ny folkehelselov, ny helse- og omsorgslov og gjeldane Lov om tannhelsetenesta.

Rådmannen si tilråding:

Nissedal kommune vedtek å sende inn uttalene til høyring slik dei kjem fram i saksutgreiinga.

Saksprotokoll i Kommunestyret - 13.01.2011

Redaksjonell endring av høyringsuttala: Der det står "*kommunane*" vert endra til "*Nissedal kommune*".

Votering: samrøystes som tilråding.

Vedtak

Nissedal kommune vedtek å sende inn uttalene til høyring slik dei kjem fram i saksutgreiinga.