



Vår saksbehandler
Monica Flor

Referanse
MOFL/2010/64-99/040

Behandles av	Utvalgssaksnr	Møtedato
Formannskapet	11/3	20.01.2011

Utkast til Folkehelselov og ny Helse - og omsorgslov. Høringsuttalelse.

Vedlegg

1 Høringsuttalelse fra KS

Andre saksdokumenter (ikke vedlagt)

- Forslag til Lov om kommunale helse - og omsorgstjenester
- Forslag til Lov om folkehelse
- Sammendrag av høringsgrunnlag for Nasjonal helse - og omsorgsplan (2011 - 2015)

Saksopplysninger

Som en del av Samhandlingsreformen har Helse - og omsorgsdepartementet tatt initiativet til å foreta endringer i aktuelt lovverk for å tilpasse lovverket til reformen som skal tre i kraft 01.01.2012. Utkast til ny Helse - og omsorgslov og ny Folkehelselov er sendt ut på høring i bl.a. alle kommuner med frist 18.01.2011. Vedlagt forslag til nytt lovverk følger en betydelig mengde dokumentasjon og referanser til andre type dokumenter som er ansett som relevante. Som høringsinstans er det grunn til å stille spørsmål om denne vurderingen er god nok når høringsmaterialet oppleves som svært omfattende.

Et sammendrag av høringsgrunnlag for Nasjonal helse - og omsorgsplan 2011 - 2015 er lagt ut på departementets hjemmeside til åpen netthøring. På vegne av Oppdal kommune har rådmannen ingen planer om å delta i denne høringen. Noen av utfordringene i dette sammendraget danner allikevel bakgrunn for en del av kommentarene til utkastet til nytt lovverk.

KS Sør - Trøndelag har tatt ansvaret for å formulere en standarduttalelse som kommunene kan benytte seg av, helt eller delvis, evt. ved å gjøre egne tilføyelser. Saksbehandler har vært med i arbeidsgruppen som har utarbeidet grunnlaget for standarduttalelsen. KS sin høringsuttalelse følger som vedlegg til saksutredningen.

Ny Helse- og omsorgslov

Behov for og ønske om en felles lov for helse- og omsorgstjenestene i kommunene har vært en klar ambisjon fra skiftende regjeringer gjennom mange år. Med *Lov om sosiale tjenester (fra 1991)*, *Lov om Helsetjenester i kommunene (fra 1992)* og i tillegg ny *Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen (fra 2009)* har det ikke vært så enkelt for kommunene og se helheten i sitt ansvar overfor pasienter og brukere. Men det er først i forbindelse med Samhandlingsreformen at tiden er blitt ordentlig moden for Helse - og omsorgsdepartementet til å la intensjonen om en felles lov for helse - og sosialtjenesten bli en realitet.

Endringer i forhold til gjeldende lover:

1. Den nye loven har fått en formålsparagraf. (Tidligere var det kun sosialtjenesteloven som hadde en slik paragraf.) Formålet med den nye loven er delvis hentet fra gjeldende sosialtjenestelov men loven har også fått nye formål: - tilrettelegge for mestring av sykdom, skade, lidelse og nedsatt funksjonsevne - sikre tjenestetilbudets kvalitet og et likeverdig tjenestetilbud - sikre at tjenestetilbudet blir tilgjengelig for tjenestemottakerne og at det er tilpasset tjenestemottakernes behov - sikre at tjenestetilbudet tilrettelegges med respekt for den enkeltes integritet og verdighet - bidra til at ressursene utnyttes best mulig
2. Pasientenes/brukernes rettigheter til å kreve tjenester etter gjeldende lovverk er byttet ut med en lovpålagt plikt for kommunen til å levere tjenester og et kommunalt " sørge for " - ansvar.
3. Med den nye loven har kommunen fått en plikt til å legge til rette for samhandling mellom ulike deltjenester innad i kommunen og med andre tjenesteytere der dette er nødvendig for å tilby tjenester etter loven.
4. Departementet kan i forskrift eller enkeltvedtak pålegge samarbeid mellom kommuner når det anses påkrevet for en forsvarlig løsning av helse - og omsorgstjenesten i kommune. Det kan gis bestemmelser om hvilke oppgaver det skal samarbeides om og fordeling av utgifter.
5. Kommunen skal samarbeide med fylkeskommune, regionalt helseforetak og stat, slik at helse - og omsorgstjenesten i landet best mulig kan virke som en enhet.
6. Med den nye loven har kommunen fått et utvidet ansvar for å yte øyeblikkelig helsehjelp ved å ha et tilbud av nødvendig behandling eller annen helsehjelp som kommunen kan yte, dersom denne hjelpen, etter forholdene, er nærmere til å yte slik tjeneste. *Departementet ber om svar på om kommunen skal ha plikt til å yte nødvendig behandling.*
7. Kommunen skal sørge for at den enkelte pasient/bruker gis et helhetlig og integrert helse - og omsorgstilbud som er preget av verdighet. For å sikre pasientene et helhetlig og sammenhengende tilbud skal kommunestyret selv inngå forpliktende samarbeidsavtaler med det regionale helseforetaket eller med et enkelt helseforetak. Avtalene skal sendes til helsedirektoratet, som også skal mekle dersom det er uenighet mellom partene. Avtalepartene skal årlig foreta en felles gjennomgang med sikte på nødvendige oppdateringer eller utvidelse. Avtalene er oppsigelige med ett års varsel.
8. Loven er profesjonsneutral når det gjelder de ulike tjenestene, med unntak av legetjenester, og kommunen stilles fritt til å organisere tjenestene ut fra lokale forhold. Alle som jobber i tjenestene er underlagt samme taushetspliktsbestemmelser.
9. Loven pålegger kommunen å sørge for en egen pasientkoordinator for pasienter med sammensatte og varige behov.
10. Kapittel 4a i gjeldende kommunehelselov om miljørettet helsevern er ikke blitt med i den nye loven men er lagt til Lov om folkehelsearbeid.
11. Kommunen skal sørge for de bevilgninger som er nødvendige for å yte tjenester og sette i verk tiltak som kommunen har ansvar for etter loven.

12. Etter forskrift fra departementet kan kommunen få medfinansieringsansvar for pasientbehandling i spesialisthelsetjenesten og for pasientgrupper eller behandlingsformer.

Det vurderes to avgrensede modeller med en medfinansieringsandel på 20 %:

- modell etter alder som inkluderer alle innleggelser/behandlinger for eldre over 80 år (inkl. operasjoner)
- modell etter diagnose som inkluderer alle medisinske innleggelser/behandlinger

Departementet ber om svar på hvilken av disse modellene som er å foretrekke.

13. Loven pålegger kommunen å dekke utgifter fra 1.dag for pasienter som er ferdigbehandlet i spesialisthelsetjenesten og som venter på kommunalt helse - og omsorgstilbud

Lov om folkehelsearbeid

Loven er ny. Det finnes ingen tilsvarende lov i dag. Formålet med loven er å: *bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse og bidrar til å motvirke sosiale helseforskjeller. Folkehelsearbeidet skal fremme trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold og bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse. Loven skal sikre at kommuner, fylkeskommuner og statlige helsemyndigheter setter i verk tiltak og samordner sin virksomhet i folkehelsearbeidet. Loven skal legge til rette for et målrettet og systematisk folkehelsearbeid.*

- Kommunen har fått et mer tydelig ansvar for helsefremmende og forebyggende arbeid og en plikt til å ha oversikt over helsetilstanden i befolkningen
- Loven pålegger kommunen og fylkeskommunen å ha oversikt over helsetilstanden i befolkningen i kommunen og de positive og negative faktorer som kan påvirke denne.
- En drøfting av kommunens helseutfordringer skal inngå i kommuneplan som også skal inneholde mål og egnede strategier for å møte utfordringene.
- Kommunen har ansvar for å iverksette nødvendige tiltak som bl.a. kan omfatte tiltak for økt fysisk aktivitet, god ernæring, skade - og ulykkesforebygging, begrense tobakks - og alkoholbruk, samt å fremme gode fysiske og sosiale miljø - og samfunnsforhold.
- Kommunen har ansvar for å 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.
- Kapittel 4a *Miljørettet helsevern* fra gjeldende kommunehelselov er tatt inn i Lov om folkehelsearbeid. Bestemmelsene om helsekonsekvensutredning er utdypet i den nye loven til også å gjelde *den som planlegger eller driver en virksomhet* og ikke bare den som er ansvarlig for virksomheten.
- Til forskjell fra helse og omsorgsloven er folkehelseloven ikke profesjonsneutral. Kommunens oppgaver og myndighet kan kun delegeres til kommunelege/andre leger.

Vurdering

Ny Helse - og omsorgslov. Av hensyn både til tjenestemottakerne og til kommunen som tjenesteleverandør er det på tide med en felles helse - og omsorgslov. Det er positivt at den nye loven har fått en klar målsetting som tar utgangspunkt i en samlet helse - og omsorgstjeneste. Det går klart og tydelig fram av loven hva som vil være kommunens ansvar og plikter. Det er bra at kommunen har fått frihet til å organisere tjenestene etter lokale behov men det er synd at kommunen ikke gis den samme friheten når det gjelder å prioritere samt kle tjenestene med innhold. Her vil departementet fortsatt ha en hånd på rattet gjennom forskrifter, faglige retningslinjer, veiledere og kvalitetsindikatorer, som skal kunne fungere som departementets verktøy for kontroll og tilsyn. Disse vet vi lite om når loven trer i kraft fordi de først vil foreligge på senere tidspunkt.

Det er en svakhet at kommunen heller ikke gjennom nytt lovverk gis rettigheter til å dimensjonere, stille krav til og ta styringen med den kommunale legetjenesten. Her trengs det et engasjement fra stortingets side dersom KS skal få legitimitet til å følge opp de nye lovsignalene på vegne av kommunene.

Det vil bli krevende for kommunen å sikre pasienten/brukeren sammenhengende behandlingsforløp og enhetlige helse - og omsorgstjenester når ansvaret for tjenestene er plassert på to ulike nivåer. Sannsynligvis er det derfor at det er blitt nødvendig å pålegge kommunestyret å inngå svært omfattende og krevende samarbeidsavtaler med helseforetakene. Avtaler har også vært praktisert etter gjeldende lovverk. Det har vist seg at disse ikke alltid har fungert like godt som sikkerhet for helhetlige tjenester hverken for pasienten, kommunen eller for spesialisthelsetjenesten. For at et avtalesystem skal fungere og for å sikre en vellykket samhandlingsreform forutsettes det bedre balanse mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse - og omsorgstjenesten. Da må avtalepartene ha likeverdige roller. Det vil være helse - og omsorgstjenesten i kommunene som skal utarbeide avtaleinnholdet sammen med helseforetaket og med brukerrepresentanter til stede. Forhandlingene kan bli krevende dersom brukerne har urealistiske forventninger eller spesialisthelsetjenesten, i likhet med tidligere praksis, gjør krav på å vite best hvilke kommunale helse - og omsorgstjenester en pasient/bruker har behov for. Når det dessuten er lite forskning på hva som virker innenfor de kommunale omsorgstjenestene, mens det foregår mye forskning innenfor medisin, kan det oppstå en ubalanse i samhandlingen både innad i kommunen og utad med spesialisthelsetjenesten som kan gå ut over pasient/bruker. For at kommunen skal kunne sørge for best mulige avtaler på vegne av pasient/bruker vil kommunene kunne få behov for profesjonell forhandlingskompetanse.

Lovutkastet har innført kommunalt finansieringsansvar for utskrivningsklare pasienter fra 1. dag i st. f. etter 10 dager som i dag. Det er forutsatt at kommunene skal bli kompensert for utgiftsøkningen. Utskrivningsklar er ikke et entydig begrep. Det må i større utstrekning enn i dag oppnås enighet mellom overtagende medisinsk ansvarlig i kommunehelsetjenesten (fastlege evt. tilsynslege) og utskrivende medisinsk ansvarlig i sykehuset. Hvordan en god prosess som skal lede fram til denne enigheten skal foregå er vanskelig å se for seg. Det forutsetter gjensidig innsikt men også en realistisk forståelse hos spesialisthelsetjenesten om kommunehelsetjenestens muligheter. Med lange fysiske avstander mellom partene vil mye av dialogen komme til å foregå elektronisk f.eks. videokonferanser. Det betinger dataløsninger som kan kommunisere trygt i et mest mulig lukket system f.eks. i Norsk Helsennett.

Etter gjeldende lovverk har kommunen plikt til å ha en legevaktordning og gi hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner. Kommunene er bedt om sitt syn når det gjelder en utvidelse av denne plikten med et heldøgns behandlingstilbud. Av hensyn både til pasienten og til effektivitet i helsetjenesten er kommunen enig i at det bør bli et kommunalt ansvar å observere pasienten i det akutte stadiet og når det

er usikkert om sykehusinnleggelse er eller vil bli nødvendig. Behovet er anslått til ca. 1 seng pr. 3000 innbyggere. Observasjonspasienter må ha tilgang til lege.

Som i gjeldende lovverk er det kommunen som blir ansvarlig for de nødvendige bevilgninger. Gjennom samhandlingsreformen er det skapt forventninger til økt aktivitet og økte utgifter for kommunene. Disse utgiftene bør dekkes av staten. De foreslåtte medfinansieringsmodellene, en aldersrelatert og en diagnoserelatert, vil begge gå ut over de eldre i samfunnet fordi det stort sett også er de eldre som rammes av medisinske sykdommer. Felles for begge modellene vil bli ulik rett til spesialistbehandling sammenlignet med pasienter i andre aldersgrupper. Det vil bli en altfor stor faglig utfordring for Oppdal kommune å tilby de eldre helsetjenester som kan erstatte spesialisthelsetjenestene. Eldre pasienter lider ofte av mange sykdommer samtidig som dessuten kan være vanskelige å oppdage. Resultatet av medfinansieringsansvaret vil bli at midlene kommer til å gå med til å kjøpe behandling i sykehus samtidig som kommunen, av egne midler, må bygge opp et tilbud som kan erstatte de nødvendige sykehusinnleggelsene av eldre.

Lovutkastet bærer preg av å være basert på spesialisthelsetjenestens utfordringer og behov mer enn på kommunehelsetjenestens. Loven er lite innrettet på å gi kommunehelsetjenesten de redskap som trengs for å kunne gå aktivt inn i et nødvendig omstillingsarbeid og krevende forhandlinger med spesialisthelsetjenesten. Det mer enn antydes at flere av disse redskapene bare finnes i et samarbeid kommunene i mellom. Da er det forunderlig at staten ikke har gått lengre i å foreslå en kommunestruktur som man anser nødvendig for å møte utfordringene som ligger i reformen.

Lovutkastet kan gi inntrykk av at de økonomiske utfordringene for den framtidige spesialisthelsetjenesten kan løses gjennom å overføre oppgaver og deler av det økonomiske ansvaret til kommunene. Kommunenes behov for nødvendig ressurs - og kompetanseoverføring fra spesialisthelsetjenesten er bare lite berørt.

Lov om folkehelsearbeid. Lovutkastet løfter fram kommunens ansvar for et målrettet og helhetlig arbeid med folkehelse som et ansvar for hele kommunen og ikke bare for kommunelegen og den kommunale helsetjenesten. Befolkningens helsetilstand kan til en viss grad avleses i utbredelsen av psykiske lidelser og misbruk av rusmidler, enten som et resultat eller som en årsak. Det er et savn at lovutkastet ikke går nærmere inn på disse utfordringene både med målsettinger, mulige årsaksforhold og forslag til generelle strategier.

Det kunne med fordel ha vært pekt på konsekvenser for lovområder som særskilt vil bli berørt av det nye folkehelsearbeidet, f.eks. barnevern, barnehage og opplæring. Dersom kommunene skal lykkes i satsingen på folkehelse, forutsetter det at fylkeskommunen og staten viser samme helhetstenkning i sine planer og prioriteringer. En sektorisert fylkeskommune og stat vil redusere kommunenes muligheter for å lykkes.

Lovens formål er bl.a. å sørge for en utligning av sosiale helseforskjeller. På den bakgrunn gir loven få om noen virkemidler for kommunene. Det kan være et signal om at hovedansvaret for de sosiale helseforskjellene først og fremst ligger hos andre og bare i begrenset grad i kommunene. F. eks. har staten bl.a. ansvar for sysselsettingspolitikken, boligpolitikken og integreringspolitikken og gjennom NAV også for sosial utjevning. Fylkeskommunen har ansvaret for å forhindre at elever dropper ut av videregående opplæring slik at de ikke blir i stand til å skaffe seg inntektsgivende arbeid. Og partene i arbeidslivet har ansvaret for å utforme en rettferdig lønnspolitikk.

Oppdal kommune har gode erfaringer med å benytte annet helsepersonell enn leger, f.eks. helsesøstre og sykepleier med spesialutdanning, i arbeidet med miljørettet helsevern og kunne tenkt seg at loven åpnet for en mindre profesjonsstyrt praksis.

Rådmannens tilråding

Formannskapet slutter seg til vedlagte uttalelse fra KS Sør - Trøndelag. I tillegg vil formannskapet uttale følgende:

- Det er positivt at kommunen nå får kun en lov i stedet for to å forholde seg til når det gjelder helse - og omsorgstjenesten.
- Når kommunen etter loven får frihet til å organisere tjenestene etter lokale behov burde kommunen også fått frihet til å prioritere tjenestenes innhold uten altfor sterk styring fra staten.
- Av hensyn både til pasienten og til effektivitet i helsetjenesten er formannskapet enig i at kommunen bør overtar ansvaret for observasjon av øyeblikkelig hjelp - pasienter fra spesialisthelsetjenesten, når det er usikkert om sykehusinnleggelse er eller vil bli nødvendig.
- De foreslåtte medfinansieringsmodellene vil begge gå ut over kommunens eldre innbyggere. Å gi eldre en annen rett til spesialisthelsetjenester enn andre vil kunne oppfattes som aldersdiskriminerende og er ikke i tråd med målsettingen til dagens regjering som skal sikre alle deler av befolkningen likeverdige tilbud uavhengig av bl.a. alder. Formannskapet anbefaler at kommunene blir stilt fritt når det gjelder hvilke diagnoser, både psykiske og somatiske, som kan være aktuelle for medfinansiering. Her vil det være variasjoner mellom kommunene. Det vil dessuten kunne virke gjensidig inspirerende både for kommunen og spesialisthelsetjenesten i fellesskap å avklare hvilke spesialisthelsetjenester som vil være mest effektive for kommunal medfinansiering.
- Som økonomiutvalg forventer formannskapet at de økonomiske utfordringene for kommunene, som følge av nytt samarbeid mellom kommuner og helseforetak, blir utredet med forslag til finansiering, før loven blir vedtatt. Hvis ikke vil arbeidet med samarbeidsavtaler måtte bli utsatt inntil det er klart at kommunene er blitt satt i stand til å finansiere tiltakene i slike avtaler.
- Formannskapet er enig i at befolkningens helse er blant samfunnets viktigste ressurser og vil legge opp til at det nye kommunale folkehelsearbeidet blir et ansvar for hele kommunen og ikke bare for helsetjenesten. Formannskapet vil imidlertid peke på ansvaret som ligger i annet lovverk som regulerer andre viktige premissleverandører for folkehelsen og mener at disse lovene burde vært gjennomgått samtidig med sikte på å klargjøre dette ansvaret. Særlig gjelder det Lov om barneverntjenesten, barnehageloven og opplæringsloven.
- Formannskapet forventer at ny folkehelselov får som konsekvens en tydeligere helhetstenkning fra regional stat og fylkeskommunen i samhandlingen med kommunen på områder som har betydning for folkehelsen. En regional stat og en fylkeskommune som fortsatt opptrer sektorisert overfor kommunene vil redusere kommunenes muligheter for å lykkes i sitt folkehelsearbeid.
- Oppdal kommune har gode erfaringer med å benytte annet helsepersonell enn leger, f.eks. helsesøster og spesialsykepleier, i arbeidet med miljørettet helsevern. På vegne av kommunestyret, som myndighetsorgan etter utkastet til ny folkehelselov, vil formannskapet

anbefale at det åpnes for at også andre kompetente fagprofesjoner kan utøve kommunens myndighet innenfor miljørettet helsevern.

Saksprotokoll i Formannskapet - 20.01.2011

Behandling

Venstre v/Ingrid Mellem foreslo følgende:

Tillegg til rådmannens tilråding:

Formannskapet mener at de endringer som er foreslått, og som også fremkommer i samhandlingsreformen er for lite konkrete, og viser for lite konsekvensen for kommunen, og i hvilken grad endringen er til det beste for innbyggerne.

Formannskapet frykter kommunene vil bli påført store kostnader, som vil redusere det samlede tilbudet til befolkningen.

Vedtak

I. Mellems forslag ble vedtatt med 4 mot 3 stemmer. (Mindretallet: Kr.F. og AP v/ordf. O.Røtvei og O.Bjørndal).

Rådmannens tilråding ble enst. vedtatt.

Vedtaket blir som følger:

Formannskapet slutter seg til vedlagte uttalelse fra KS Sør - Trøndelag. I tillegg vil formannskapet uttale følgende:

- Det er positivt at kommunen nå får kun en lov i stedet for to å forholde seg til når det gjelder helse - og omsorgstjenesten.
- Når kommunen etter loven får frihet til å organisere tjenestene etter lokale behov burde kommunen også fått frihet til å prioritere tjenestenes innhold uten altfor sterk styring fra staten.
- Av hensyn både til pasienten og til effektivitet i helsetjenesten er formannskapet enig i at kommunen bør overtar ansvaret for observasjon av øyeblikkelig hjelp - pasienter fra spesialisthelsetjenesten, når det er usikkert om sykehusinnleggelse er eller vil bli nødvendig.
- De foreslåtte medfinansieringsmodellene vil begge gå ut over kommunens eldre innbyggere. Å gi eldre en annen rett til spesialisthelsetjenester enn andre vil kunne oppfattes som aldersdiskriminerende og er ikke i tråd med målsettingen til dagens regjering som skal sikre alle deler av befolkningen likeverdige tilbud uavhengig av bl.a. alder. Formannskapet anbefaler at kommunene blir stilt fritt når det gjelder hvilke diagnoser, både psykiske og somatiske, som kan

være aktuelle for medfinansiering. Her vil det være variasjoner mellom kommunene. Det vil dessuten kunne virke gjensidig inspirerende både for kommunen og spesialisthelsetjenesten i fellesskap å avklare hvilke spesialisthelsetjenester som vil være mest effektive for kommunal medfinansiering.

- Som økonomiutvalg forventer formannskapet at de økonomiske utfordringene for kommunene, som følge av nytt samarbeid mellom kommuner og helseforetak, blir utredet med forslag til finansiering, før loven blir vedtatt. Hvis ikke vil arbeidet med samarbeidsavtaler måtte bli utsatt inntil det er klart at kommunene er blitt satt i stand til å finansiere tiltakene i slike avtaler.
- Formannskapet er enig i at befolkningens helse er blant samfunnets viktigste ressurser og vil legge opp til at det nye kommunale folkehelsearbeidet blir et ansvar for hele kommunen og ikke bare for helsetjenesten. Formannskapet vil imidlertid peke på ansvaret som ligger i annet lovverk som regulerer andre viktige premissleverandører for folkehelsen og mener at disse lovene burde vært gjennomgått samtidig med sikte på å klargjøre dette ansvaret. Særlig gjelder det Lov om barneverntjenesten, barnehageloven og opplæringsloven.
- Formannskapet forventer at ny folkehelselov får som konsekvens en tydeligere helhetstenkning fra regional stat og fylkeskommunen i samhandlingen med kommunen på områder som har betydning for folkehelsen. En regional stat og en fylkeskommune som fortsatt opptrer sektorisert overfor kommunene vil redusere kommunenes muligheter for å lykkes i sitt folkehelsearbeid.
- Oppdal kommune har gode erfaringer med å benytte annet helsepersonell enn leger, f.eks. helsesøster og spesialsykepleier, i arbeidet med miljørettet helsevern. På vegne av kommunestyret, som myndighetsorgan etter utkastet til ny folkehelselov, vil formannskapet anbefale at det åpnes for at også andre kompetente fagprofesjoner kan utøve kommunens myndighet innenfor miljørettet helsevern.
- Formannskapet mener at de endringer som er foreslått, og som også fremkommer i samhandlingsreformen er for lite konkrete, og viser for lite konsekvensen for kommunen, og i hvilken grad endringen er til det beste for innbyggerne. Formannskapet frykter kommunene vil bli påført store kostnader, som vil redusere det samlede tilbudet til befolkningen.