



Helse- og omsorgsdepartementet

Deres ref.:

Arkiv-ID:

Journal-ID:

Arkivkode:

Saksbeh.:

Inger Marethe Egeland

Telefon:

38 32 81 85

Dato:

18.1.2011

Høringssvar fra kommunene i Listerregionen

- Forslag til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester

- Forslag til ny Folkehelselov

1.0 Bakgrunn

Helse- og omsorgsdepartementet sendte den 18.10.2010 på høring forslag til ny helse og omsorgslov og forslag til ny folkehelselov. Høringsfristen er 18.1.2011.

Listerregionen består av seks kommuner, **Farsund, Flekkefjord, Hægebostad, Kvinesdal, Lyngdal og Sirdal**, med til sammen ca. 35.300 innbyggere. Ordførerne og en valgt representant i hver av de seks kommunene samarbeider gjennom Listerrådet om saker som er viktige for befolkningen og næringslivet i regionen. Det foregår også utstrakt regionalt samarbeid på administrativt nivå og det har blitt nedsatt et rådmannsutvalg i Lister, hvor alle seks rådmennene møtes jevnlig for å drøfte felles utfordringer og muligheter.

Helsenettverk Lister, som ble nedsatt av Listerrådet høsten 2008, er et fagnettverk hvor kommunalsjefene for helse- og omsorgstjenestene i de seks kommunene, ledelsen ved Sørlandet sykehus HF Flekkefjord, leder av Lister Brukerutvalg og representanter fra arbeidstakerorganisasjonene møter. Representanter for Lund og Sokndal kommune, Sørlandets rehabiliteringssenter, Fylkesmannen i Vest-Agder, UiA og Utviklingssenteret møter som observatører.

Høringssvaret fra Listerregionen har blitt utarbeidet av kommunalsjefene i helsenettverket og behandlet av Rådmannsutvalget. Nedenfor følger innspill fra Listerkommunene.

2.1 Generelle innspill:

- Kommunene i Lister mener det er viktig med en større omlegging av dagens helse- og omsorgstjenester i lys av de utfordringene vi står ovenfor i fremtiden mht. demografisk utvikling, økningen i antall mennesker med kroniske lidelser, samt erkjennelsen at pasienter og brukere opplever dagens tjenester som fragmenterte og støtter derfor intensjonene bak samhandlingsreformen.
- Ansvarsfordeling mellom kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjenesten må tydeliggjøres** i lovforslaget. Det tar tid å bygge opp kompetanse og tilbud. Savner konkrete utredninger og konsekvensvurderinger i forhold til meransvar for kommunene
- Forslagets omfang mht nye og endrede oppgaver til kommunene er ikke i tråd med tiden som gjenstår frem til dato for implementering 1.1.2012. Oppgaver må ikke overføres eller pålegges før **kommunene er sikret nødvendig kompetanse og ressurser**. Gradvis innføring og pilotprosjekter er nødvendig for en mest mulig smidig gjennomføring
- Høringsnotatet er ufullstendig og uklart i den forstand at mange av de viktigste endringsforslagene skal utredes i etterkant og reguleres i form av forskrifter. Det er fremdeles en rekke usikkerhetsmomenter knyttet til implementeringen av reformen.
- Endring vil kreve økonomiske og administrative konsekvenser, spørsmålet er hvem som vil bære kostnadene. Formuleringen i høringsnotatet tilsier at dette blir kommunene. **Kommunene i Lister mener det er viktig at de økonomiske konsekvensene for kommunene er fullutredet før kommunene overtar oppgaver.**
- Kommunen vil få økte kostnader til personell og økte krav til kompetanse. **Det er en forutsetning at nye oppgaver og økte kostnader fullfinansieres**

- En rekke av forslagene i notatet bærer preg av at "hovedspørsmålet/utfordringen" (kommunesammenslåing) ikke er løst. Mange av oppgavene vil kreve utstrakt kommunesamarbeid, uten at de eksisterende modellene for denne typen samarbeid er gode nok. Dette resulterer i "halvveis løsninger" i form av avtaler og lokale tilpasninger som vil kunne gi innbyggerne ulike tjenester avhengig av hvor i landet de bor.

2.2 Lovstruktur

- Kommunene i Lister deler departementets vurdering om at en felles lov om kommunale helse- og omsorgstjenester vil gi et bedre grunnlag for å oppnå et oversiktlig og helhetlig regelverk enn en regulering i to atskilte lover
- Kommunene i Lister er positive til harmoniseringen i lovverket. Kommunene i Lister noterer seg imidlertid at departementet ikke har foretatt en samlet utredning av hvilke administrative og økonomiske konsekvenser det vil innebære å gjøre helseregisterloven gjeldende ved all tjenesteyting (opplæring, IKT utstyr mv). En del av det personellet som ved ny lov vil bli underlagt helsepersonelloven arbeider i dag ved NAV kontor. Enkelte av NAV kontorene har valgt en såkalt generalist modell, noe som vil innebære at alt personell ved de NAV kontor som har generalist modell vil bli underlagt helsepersonelloven.
- Tjenester etter sosialtjenesteloven av typen hjemmehjelp, praktisk bistand og støttekontakter omfattes i dag ikke av journalplikten. I det daglige arbeidet flyter tjenester hjemlet i sosialtjenesteloven og kommunehelsetjenesteloven i hverandre og ofte yter en og samme person tjenester på tvers av de to lovverkene. Kommunene i Lister ser det derfor som positivt at journalplikten samordnes på tvers av de ulike tjenestetypene.
- Dagens regelverk om taushetsplikt i helse og omsorgssektoren er komplisert og uoversiktlig og kan i noen grad være et hinder for at samhandling og samarbeid skjer. Kommunene støtter derfor departementet forslag om å samordne reglene om taushetsplikt ved at helsepersonellovens regler om taushetsplikt skal gjelde for alt personell som tilbyr eller yter hjelp eller tjenester etter ny lov om kommunale helse og omsorgstjenester. Kommunene vil understreke at den utvidede plikten til å føre journal for tjenester, som i dag ligger under sosialtjenesteloven, vil medføre behov for opplæring av personell. Samtidig må ivaretagelse av personvernet sikres gjennom gode IKT systemer og systemer for opplæring i bruken av disse, noe som også vil kreve økonomiske ressurser.
- Kommunene i Lister stiller seg spørrende til at det i forbindelse med det fremlagte forslaget til ny lov foreslås endringer i pasientrettighetsloven § 2-7: *"For vedtak om hjelp etter lov om kommunale helse og omsorgstjenester § 3-2 som gjelder tjenester i hjemmet og plass i institusjon for et tidsrom på over to uker, gjelder likevel reglene i forvaltningsloven kapittel IV og V med de særregler som følger av loven her"*. Slik vi tolker dette så skal ikke reglene i fvl. Kapittel IV og V gjelde ved tjenester i hjemmet og plass i institusjon under to uker. Svært mye av kommunenes tjenester har varighet under to uker. Som eksempler på dette kan nevnes rullerende avlastningsopphold i institusjon, kortidsopphold i institusjon og ikke minst hjemmetjenester til feriegjester fra andre kommuner. Kommunene har i dag plikt til å benytte Iplos som et rapporteringssystem for tjenesteytingen som skjer. Formålet med Iplos – registeret er å samle inn og behandle data fra kommunene om personer som har søkt, mottar eller har mottatt pleie og omsorgstjenester for å gi grunnlag for overvåking, kvalitetssikring, planlegging, utvikling og overordnet styring av sosial og helsetjenesten og sosial og helseforvaltningen samt gi grunnlag for forskning. Rapporteringen er direkte knyttet opp mot vedtakene som fattes i forhold til tjenester. Dersom tjenester med varighet under to uker ikke skal vedtaksbehandles så vil store deler av de tjenester som ytes i kommunene ikke være synlige i rapporteringen. Kommunene i Lister er også bekymret for hva den foreslåtte endringen vil bety for søkeres/brukeres rettsikkerhet. Vi ser også store utfordringer knyttet til klagebehandlingen dersom denne endringen blir vedtatt. Hva kan i tilfelle en søker/bruker klage på dersom det ikke er fattet et begrunnet vedtak/avslag ved søknad på tjenester med varighet under to uker?

2.3 Klage og tilsynsordning

- Kommunene i Lister er positive til en harmonisering av klageordningen som følge av at ny lov om kommunale helse og omsorgstjenester. Kommunene mener at klagebehandling bør tillegges fylkesmannen. Dette fordi fylkesmannen oppfattes som den instans som i dag har mest sammensatt kompetanse i forhold til de områdene som den nye loven vil favne.
- Kommunene i Lister ser positivt på at det i lovforslaget legges stor vekt på det kommunale selvstyret ved prøving av det frie skjønn og støtter forslaget om at klageorganet ikke skal kunne treffe nytt vedtak.

2.4 Nye oppgaver og plikter foreslått lagt til kommunene

- Det har pågått en stille revolusjon de siste årene, hvor utviklingen har vært at kommunene overtar stadig flere oppgaver fra spesialisthelsetjenesten uten å få den nødvendige økonomiske kompensasjon. Smertegrensen er nådd, og det er positivt at staten nå ønsker å innføre en finansieringsmodell hvor det tas sikte på å overføre ikke bare oppgaver fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten, men også midler.
- Alle som bor eller midlertidig oppholder seg i Norge står i teorien i fare for å utvikle psykisk eller somatisk sykdom, lidelse eller helseproblem, sosiale problemer eller et rusmiddelproblem. På denne bakgrunn vil identifisering av personer som omfattes av kommunens ansvar være en enkel oppgave, mens ressursene som vil kreves for å iverksette forebyggende tiltak og tidlig intervensjon for alle innbyggerne i kommunen vil være betydelige. Kommunene i Lister har i denne sammenheng notert seg at det i høringsdokumentet fremholdes at *"de oppgavene som er skissert i dette kapittelet innebærer en videreføring av gjeldende rett, og vil følgelig ikke medføre økonomiske eller administrative konsekvenser"*. Kommunene i Lister vil påpeke at utfordringene mht. folkehelse og helsefremmende arbeid ikke løses gjennom lovendring alene, men vil kreve både tid og økonomiske ressurser. Uten en betydelig nasjonal innsats og tilsvarende ressurser vil alle de gode tiltakene som høringsnotatet fremhever ikke bli fulgt opp i praksis.
- Kommunene vil oppleve et økt behov for sengeplasser og kvalifisert personell dersom vi skal overta 20 % av pasientene som innlegges sykehuset i dag. Forutsatt at de økte kostnadene til bygging av sengeplasser og drift av disse vil bli fullfinansiert, vil kommunene fortsatt mangle fagpersonell.

2.5 Forslag om kommunalplikt til å etablere øyeblikkelig hjelp tilbud

- Kommunene i Lister er enig i at kommunen kunne ha håndtert en del av øyeblikkelig hjelp henvendelsene fra egne innbyggere dersom nødvendig utstyr, midler til drift og kompetanse var stilt til rådighet. Det finnes en rekke mulige løsninger for å ivareta en slik plikt i kommunene, enten i sykehjem, gjennom etablering av lokalmedisinske senter, eller i form av ambulante team. Kommunene i Lister stiller seg likevel spørrende til at et slikt heldøgnsbemannet tilbud vil være rimeligere å drifte i 1. linjetjenesten, fremfor i 2. linjetjenesten.
- Mange av landets kommuner er for små til at det finnes pasientgrunnlag eller tilgang på nok kvalifisert personell til at drift av et øyeblikkelig hjelp døgntilbud kan forsvares. Drift av et øyeblikkelig hjelp døgntilbud vil kreve samarbeid mellom flere kommuner i regionen. I dag er det kun Samkommunemodellen eller vertskommunemodellen som er aktuelle når det er snakk om offentlig myndighetsutøvelse. Kommunene i Lister er usikre på om erfaringene tilsier at disse modellene er gode løsninger med tanke på å sikre lokaldemokratisk styring og kontroll. Mange pasienter vil foretrekke et lokalt tilbud, men dette gjelder kun dersom tilbudet har like høy kvalitet som det man kan tilby i spesialisthelsetjenesten.
- Forutsetningen om at kommunehelsetjenesten kan levere tjenester med like god kvalitet som spesialisthelsetjenesten til 1/5 av kostnadene, bør dokumenteres godt fra nasjonale myndigheters side. Uten utstrakt dokumentasjon om dette vil verken kommunene eller innbyggerne la seg lede til å tro at dette er mulig. Leger vil fortsette å henvise til spesialistbehandling, fordi de ønsker det beste for sine pasienter og fordi pasientene vil kreve dette. Viktig med følgeforskning og fullfinansiering av oppgaver
- Kommunene i Lister er også opptatt av pasientsikkerhet og stiller seg spørrende til bruk av begrepet "unødvendige innleggelser". Det vil trolig være flest eldre pasienter som vil bli tatt hånd om i et slik kommunalt tilbud, noe som kan øke risikoen for feilbehandling og underdiagnostisering og således til diskriminering av eldre i forhold til tilbud om spesialiserte tjenester. Vi er også bekymret for at uklare avtaler vil kunne føre til at pasienter blir "kasteballer" mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten.
- Kommunene i Lister mener at det er viktig å bygge videre på det samarbeidet som i dag skjer mellom kommunene og sykehuset. Overtakelse av nye oppgaver må skje gradvis og først når den nødvendige kompetansen er på plass i kommunene.

2.6 Individuell plan og koordinerende enhet

- Kommunene i Lister er enige i fokuset på økt tverrfaglig samarbeid der også psykisk helse og rus inkluderes.
- Kommunene i Lister er enig i at det er behov for å styrke individuell plan som verktøy og at individuell plan, koordinatorrollen og koordinerende enhet bør vurderes samlet. Vi er likevel usikre på om det bør lovfestes at koordinerende enhet skal ha et systemansvar for arbeidet med individuelle planer og ansvar for å oppnevne koordinatorene, da mange kommuner har valgt ulike lokalt tilpassede løsninger. En lovpålagt ansvarsfordeling vil således undergrave prinsippet om kommunal organisasjonsfrihet mht tjenester.

- Kommunene i Lister er enige i at ansvaret for å sette i gang arbeidet med individuell plan legges til kommunen også der pasienter har tilbud etter spesialisthelsetjenesteloven og psykisk helsevernloven. Dette vil tydeliggjøre at forankringen av arbeidet må være i kommunen og i forhold til de rammer og forutsetninger som ligger innenfor den enkelte kommune.

2.7 Finansieringsmodell

- Finansieringsmodellen vil være meget sentral mht gjennomføring av reformen. Denne er fremdeles under utredning. Kommunene i Lister vil understreke at vi forutsetter at den modellen som velges vil inneholde mekanismer som begrenser enkelt kommuners finansiell risiko. For øvrig er kommunen imot den aldersbaserte modellen, da alle bør ha krav på lik utredning og behandling uavhengig av alder.
- Kommunene vil kunne ha ansvar for utskrivingsklare pasienter fra dag en. Sørlandet sykehus har et lavt antall utskrivingsklare pasienter allerede i dag grunnet et godt samarbeid mellom kommuner og sykehus. Det er viktig at de sykehus og regioner som har vært og er flinke til å samarbeide ikke straffes for dette ved omlegging av regelverket.
- Kommuner vil få økte kostnader knyttet til medisiner, utstyr og hjelpemidler etter hvert som vi tar imot stadig flere pasienter med et økende grad av hjelpebehov, dette må tas høyde for i valg av finansieringsmodell.
- Det er viktig at det i valg av modell vektlegges hensynet til at den finansielle risiko for enkeltkommuner begrenses.
- Dersom medfinansieringsansvaret skal innføres fra 1.1.2012 så vil dette skje for raskt. De nødvendige styringssystemer og nettbaserte løsninger som må være på plass for at kommuner skal kunne ha oversikt over aktivitet og kostnader må innføres før medfinansieringsansvaret implementeres. Dette krever opplæring, ressurser og tid. Medfinansieringsansvaret bør innføres gradvis, gjerne gjennom bruk av pilotkommuner. De økonomiske insentivene som velges må redusere den enkelte kommunes økonomiske risiko. Videre er kommunene i Lister skeptisk til en hjemmel som åpner for at departementet skal kunne gi bestemmelser om kommuners medfinansieringsansvar
- Finansieringsmodell for psykisk helse og rus er ikke utredet ennå. Kommunene i Lister mener det er viktig at det ikke legges opp til at det innføres en betalingsplikt for disse pasientene fra 2012.

2.8 Myndighet

- I høringsnotatet understrekes kommunal organisasjonsfrihet. Kommunene skal kunne velge hvilke og hvordan de leverer tjenester basert på lokal kunnskap om behov og øvrige forutsetninger. I det samme høringsnotatet står det mange steder at departementet vil fastsette nærmere regler/oppgaver i forskrift. Dette er motstridende signaler og vi ønsker en klarere avgrensing av statlig styringsrett.
- Kommunene i Lister er i mot forslaget om å gi Helse- og omsorgsdepartementet hjemmel til å pålegge kommunene å samarbeide. Kommunene vil best selv kunne inngå avtaler om samarbeid.

2.9 Forskning og utdanning

- I dag ønsker de fleste som er ferdig utdannet sykepleier å arbeide i spesialisthelsetjenesten fremfor kommunehelsetjenesten. Dersom en større andel av og mer spesialiserte helse- og omsorgstjenester i fremtiden skal gis i kommunene må dette endres. Kommunene i Lister er opptatt av at utdanningsinstitusjonene i samarbeid med kommunene utvikler forslag til nye rammeplaner som tar hensyn til fremtidens helse- og omsorgstjenester. Kommunene må settes ressursmessig i stand til å følge opp lærlinger, studenter og turnuskandidater, på lik linje med hva som er normen i spesialisthelsetjenesten.
- For at man skal få pasienter og brukere til å velge tjenester på kommunalt nivå må det dokumenteres at disse holder like høy kvalitet som i spesialisthelsetjenesten. Dette vil ta år å dokumentere. Det er derfor viktig at det så raskt som mulig etableres regionale FoU avdelinger som forsker på kommunehelsetjenesten.
- Muligheter for desentralisert utdanning og etter- og videreutdanning bør styrkes for at terskelen for å ta utdanning blir lavest mulig. Listerregionen har etablert et desentralisert tilbud i samarbeid med UiA, Lister kompetanse. Dette har gjort det mulig for en rekke mennesker, da særlig kvinner, å ta utdanning eller til å ta etter- og videreutdanning.

2.10 Forsvarlighet og pasientsikkerhet

- Kommunene i Lister støtter departementets forslag mht forsvarlighet og pasientsikkerhet. Kommunene i Lister mener imidlertid at den foreslåtte definisjonen av kvalitet er noe uklar, hva innebærer "økt sannsynlighet" og hvordan vurderer man om aktiviteter og tiltak øker sannsynligheten for at enkeltpersoner og grupper i befolkningen får en ønsket helserelatert velferd? Hvem definerer hva som til enhver tid er "ønsket helserelatert velferd"? Gitt dagens

utvikling innenfor teknologi mener Kommunene i Lister at en definisjon av kvalitet bør inneholde en avgrensning mot tilgjengelige ressurser.

- Kommunene i Lister er uenig i departementets resonnement om at innføring av krav om systematisk kvalitetsforbedring og pasientsikkerhetsarbeid ikke vil økonomiske eller administrative konsekvenser.

2.11 IKT og ehelse

- Forslag som forutsetter IKT systemer, bla data om helsetilstanden i befolkningen og systemer for elektronisk meldingsutveksling må utredes nasjonalt og implementeres lokalt som en nasjonal standard.
- IKT må inn i utdanningen av helse og omsorgspersonell, de må ha kunnskap om og ferdigheter til å kunne bruke elektroniske journalsystemer både i 1. og 2. linjen.
- Listerregionen ønsker å ta i bruk elektronisk kommunikasjon, men per dags dato har kostnadene vist seg å være betydelig høyere enn den potensielle gevinsten. Det er et ønske å innføre elektronisk kommunikasjon så snart de nødvendige nasjonale avklaringer og standardiseringer er på plass.
- Kommunene i Lister mener det vil være naturlig med en bred utrulling av systemet, slik at de fleste områder og brukergrupper omfattes samtidig. Dette for å unngå usikkerhet blant de ansatte og ulike rutiner/praksis fra område til område og fra bruker til bruker.
- Kommunene i Lister har ingen innvending mot forslaget om at kommunene skal innrette journal- og informasjonssystemene slik at de er forsvarlige, men er usikker på hvordan kommunens rolle som likeverdig part kan sikres i forslaget om at spesialisthelsetjenesten og kommunene skal ta hensyn til effektiv elektronisk samhandling ved anskaffelse og videreutvikling av sine journal- og informasjonssystemer. Forslaget innebærer at kommunen og spesialisthelsetjenesten må orientere seg om omforente standarder, gjøre samhandling til et viktig hensyn i anskaffelsesprosesser og ha dialog med samarbeidende virksomheter.
- Listerregionen er positive til forslaget om å forskriftsfeste krav om obligatorisk sertifisering for, i første omgang, avgrensede funksjonsområder i programvare som benyttes ved behandling av helseopplysninger.
- Vi savner en diskusjon og en nasjonal strategi og satsning innenfor områdene omsorgsteknologi og telemedisin. Norge bør ta en mer offensiv rolle mht. å utvikle, teste og implementere omsorgsteknologi og telemedisinske løsninger. Det finnes allerede en rekke produkter på markedet, men det er ressurskrevende for enkeltkommuner å kjøpe inn, utvikle systemer for å ta i bruk og drifte. Samhandling mellom kommuner krever dessuten at flere kommuner har nødvendig investeringsevne og endringskompetanse samtidig.
- Telemedisin er utbygd i områder med spredt bebyggelse. Kommunene i Lister mener økt bruk av telemedisin bør være en målsetning nasjonalt.

2.12 Fastlegeordningen

- Kommunene i Lister er positiv til forslaget om sterkere kommunal styring av fastlegene. Dersom reformen skal ha noe effekt må innholdet i fastlegeforskriften gjennomgås, det samme gjelder takst systemet. Kommunene i Lister mener at listelengden til fastlegene bør reduseres. Dette er en forutsetning for at legene skal kunne ivareta de økte oppgavene som skisseres i høringsnotatet. Det bør stimuleres til at det ansettes flere leger i faste kommunale stillinger.
- Listerregionen mener at forslaget om å presisere i fastlegeforskriften at fastlegenes listeansvar dekker forebyggende tjenester og proaktiv oppfølging er et steg i riktig retning. Spesielt viktig er dette i forhold til utsatte grupper som på eget initiativ sjelden tar kontakt med sin fastlege, for eksempel utviklingshemmede og rusmisbrukere. Kommunene i Lister støtter også forslaget om å innføre nasjonale kvalitets- og funksjonskrav med tilhørende rapporteringskrav. Kommunene i Lister støtter derfor også den planlagte gjennomgangen av grønn resept – og røykeavvenningstakstene.
- I høringsnotatet til ny helse- og omsorgslov fremgår det at departementet ønsker å utrede en modell med 50 % per capita og 50 % stykkpris finansiering av fastlegevirksomheten. Vi støtter en omlegging av finansieringsordningen for fastlegeordningen fra 75/25 til 50/50 stykkpris/per capita tilskudd fordi dagens modell med høy stykkpris finansiering trolig gir et for stort incitament til å behandle flest mulig pasienter, noe som fører til korte konsultasjoner og høyt arbeidspress hos leger. Videre vil annet allmennlegearbeid som lønnes på timesbasis oppfattes som mindre lønnsomt for legen enn behandling av pasienter i egen praksis. En eventuell reduksjon i tilgjengelighet som følge av kortere lister kan kompenseres gjennom å øke antallet fastleger. Det forutsettes at kommunene, ved eventuelle endringer i fastlegeforskriften og finansieringsordningen, vil ha økonomiske forutsetninger for at endringene skal kunne gjennomføres.

2.13 Avtaler mellom kommuner og foretak

- I dag opplever mange av kommunene at de ikke er likeverdige parter i samhandling med spesialisthelsetjenesten. En av de viktigste forutsetninger for at avtaler mellom kommuner og foretak skal fungere i tråd med intensjonene i reformen er at samarbeidet og avtalene er et resultat av dialog mellom likeverdige parter.
- Kommunene i Lister er skeptisk til at det legges opp til at oppgavefordelingen mellom 1. og 2. linjetjenesten skal reguleres gjennom avtaler mellom den enkelte kommune og sykehuset, da dette lett vil kunne bryte med prinsippet om lik rett til helsetjenester. Kommunene i Lister tror økt bruk av avtaler vil resultere i økt byråkratisering. Kommunen er videre usikker på hvordan man ser for seg at spesialisthelsetjenesten skal kunne administrere 430 ulike avtaler. Det vil være feil å bygge avtaleinstituttet på en forutsetning om at slike avtaler skal inngås på regionnivå. Regionale avtaler vil kreve ytterligere administrasjonskostnader for kommunene og vil forutsette politisk vilje til å etablere felles tjenester.
- Definisjonen av utskrivingsklare pasienter bør være nasjonal. Tvister som følge av uenighet om innholdet i eventuelle avtaler, oppgavefordeling mellom stat og kommune eller om utskrivingsklarepasienter bør løses av et nasjonalt tvisteløsningsorgan, hvor kommunene oppnevner leder.

2.14 Ny folkehelselov

- Listerregionen vil berømme nasjonale myndigheter for å gi folkehelse den oppmerksomhet og status som dette arbeidet fortjener og med det dreie fokus litt bort fra behandling og litt nærmere forebygging. Vi håper derfor at de gode intensjoner nasjonalt følges opp av rammer som muliggjør et godt forebyggende folkehelsearbeid lokalt.
- Kommunene i Lister er positive til presiseringen av kommunens samlede ansvar for folkehelse. Det er viktig å understreke at kommunens ansvar følges opp av gode nasjonale retningslinjer og eksempler på tiltak som har effekt. Det vil også være behov for økte ressurser i kommunene mht. å innhente og analysere data, evaluere og dokumentere effekten av ulike tiltak.
- Krav til helseovervåkning og statistikk i lovforslaget vil ha betydelige økonomiske og administrative konsekvenser og disse utgiftene kan det ikke forventes at kommunene får igjen i form av reduserte behov for tjenester. Eventuelle effekter av tiltak vil, som departementet selv har understreket flere ganger i høringsnotatet, ta flere år før gir seg utslag i befolkningens helse og i hovedsak gi seg utslag i reduserte utgifter i spesialisthelsetjenesten.
- Listeregionen er imot at departementet i forskrift eller enkeltvedtak skal kunne pålegge samarbeid mellom kommuner for å sikre en forsvarlig løsning av folkehelseoppgavene. Kommunene er i stand til å inngå samarbeidsavtaler selv.
- Utarbeidelse av gode oversikter forutsetter at kommunene har faglig kompetanse til å ivareta oppgaven. Kommunene, spesielt de mindre, har vært lite rustet til å ivareta et slikt ansvar på egen hånd. Det har manglet systemer og tilrettelegging fra nasjonale og regionale myndigheter til å understøtte kommunene slik at de kan være i stand til å ivareta sitt ansvar.
- Kommunene i Lister mener det er positivt at Helsedirektoratet er i gang med å utvikle en overordnet strategi for kunnskapsbasert folkehelsearbeid som blant annet vil sikre en sterkere og mer relevant kunnskapsutvikling på folkehelsefeltet og samle systematiske samfunnsøkonomiske vurderinger av forebyggende tiltak.
- Kommunene i Lister mener at rusarbeid ikke kommer godt nok frem i høringsnotatet, da dette primært kun omhandler arbeid i forhold til alkohol, og bare så vidt nevner narkotiske stoffer og medikamenter.
- Det er viktig at hensynet til lokale forskjeller gjenspeiles i lovforslagets formulering om krav til å iverksette nødvendige tiltak for å møte helseutfordringene. Vi er usikre på hvordan man skal definere begrepet "nødvendige". Her er det snakk om at kommunene må prioritere ulike tiltak på bakgrunn av lokale helseutfordringer mv. Samtidig vil forsvarlighetskravet være et universelt krav om tjenester til alle innbyggerne for å forhindre vesentlige tap av leveår i god helse, eller forhindre at vesentlige helseforskjeller opprettholdes. Kommunale prioriteringer vil f. eks. kunne føre til at kommuner med få innbyggere som røyker men med stor andel overvektige, vil måtte prioritere bort røykesluttkurs til fordel for tilbud om fysisk aktivitet og kostholdsveiledning. I andre kommuner vil kanskje utfordringsbildet være motsatt. Prioriteringer vil kunne komme til å stride mot forsvarlighetskravet og prinsippet om lik rett til helsetjenester.
- Kommunene i Lister er opptatt av at kommunenes handlingsfrihet ikke svekkes, men er positive til at det i større grad åpnes for at flere kommuner kan gå sammen om å ansette kommuneleger på heltid.
- Uten en betraktelig økning i ressurser vil folkehelse også i fremtiden være et område hvor man "gjør litt av alt" og der resultater og effekter uteblir eller vanskelig lar seg måle.
- Departementet mener at tilsyn etter det foreliggende lovforslaget bør knyttes opp mot en forsvarlighetsstandard. Forsvarlighetskravet knyttes opp til om kommunen i sin virksomhet driver folkehelsearbeidet på en slik måte at det ikke medfører vesentlig tap av leveår i god helse, eller at det opprettholdes vesentlige helseforskjeller. Normeringen av et forsvarlighetskrav må ta utgangspunkt i kommunens ressurssituasjon i dag, men legge vekt

på hva som gir mest helse innenfor gitte ressurser jf. blant annet forholdet mellom forebygging vs. behandling. Dette innebærer at kommunen må prioritere både mellom tiltak og tjenester i en gitt tidsperiode, samt prioritering av tiltak over tid. Dersom kommunen ikke har nødvendig oversikt over sine helseutfordringer, jf. lovforslaget § 5 er dette utforsvarlig. Dersom kommunen har oversikt men ikke tatt stilling til hva dette innebærer av tiltak og prioritering er dette uforsvarlig, jf. § 6 første og andre ledd Dersom kommunen unnlater å følge opp tiltak og dette opplagt medfører vesentlig tap av liv i god helse, er dette utforsvarlig, jf. § 6 tredje ledd. Det er her viktig å vurdere de rammer som kommunen og fylkeskommunen arbeider innenfor i forholdt til kapasitet. Noen kommuner har større utfordringer enn andre og har ikke kapasitet til å gjøre alt samtidig. Dette innebærer at i en vurdering av forsvarlighet må det også tas hensyn til at kommunen har prioritert tiltak over tid i forhold til kapasitet. Her vil også lokal skjønn og politiske prioriteringer veie tungt. Kommunene i Lister vil i denne sammenheng påpeke at tilsyn knyttet opp mot forsvarlighetskrav som igjen er knyttet opp mot prioriteringer og kommunenes ressursituasjon vil føre til at kommuner med mye ressurser vil forventes å gi flere tjenester enn kommuner med lite ressurser, og at følgelig kommuner med mye ressurser vil kunne få avvik/merknader som følge av tilsyn på forhold som kommuner med lite ressurser ikke vil kunne ilegges.

- Kommunene i Lister vil til slutt påpeke at det til sist vil være den enkelte innbygger i kommunen som velger om evt. livsstilsendring og forebygging er noe de ønsker å være en del av.

3.0 Avsluttende kommentarer

Kommunene i Lister vil takke departementet for muligheten til å gi sine uttalelser til to spennende lovforslag som er knyttet til en av de største reformene i helsesektoren. Vi er svært opptatt av at implementeringen av reformen skjer gradvis og at de ulike forslagene er nøye utredet utprøvd og dokumentert før de breddes. Befolkningen, lokalpolitikere og de som arbeider innenfor sektoren må ha samme forståelse og ønske om endring. Samhandlingsreformen handler i stor grad om kultur endring og kultur endres ikke natten til 1. januar 2012.

Samhandlingsreformen krever en politikk som i praksis demonstrerer at det neste tiåret tilhører kommunehelsetjenesten – på samme måte som det første tiåret i dette århundre så definitivt har vært spesialisthelsetjenestens og sykehusenes tiår.

Nye plikter, større ansvar og flere oppgaver til kommunen må følges av ressurser, myndighet og tillit.

Med hilsen
Rådmannsutvalget i Lister

Camilla Dunsæd
(sign)
Rådmann Kvinesdal kommune
Leder Lister Rådmannsutvalg

Postadresse: Kirkegaten 50 4400 Flekkefjord	Telefon: 3832 81 85 Mobiltlf: 98 46 06 32 E-post: egeing@flekkefjord.kommune.no	
---	--	--