



Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 OSLO

**REGIONRÅDET
FOR HALLINGDAL**
Telefon 32 08 51 40
Telefax 32 08 16 44
E-post: regionraadet@hallingnett.no
Org. nr: 975 576 469
Kontor: Ål kulturhus
Torget 1
3570 Ål

Dykkar referanse:

Vår referanse: kag/11/ 004/810

Ål, 17.1.2011

UTTALE – NY LOV OM KOMMUNALE HELSE- OG OMSORGSTENESTER, NY LOV OM FOLKEHELSE OG GRUNNLAGET FOR NY HELSE- OG OMSORGSPLAN

Uttale

Regionrådet for Hallingdal som representerar dei 6 kommunane i Hallingdal (Flå, Nes, Gol, Hemsedal, Ål og Hol), vedtek å slutte seg til høyringsuttalen utarbeidd av Kommunehelsesamarbeidet Vestre Viken (vedlegg 1) og høyringsuttalen utarbeidd av KS BTV (vedlegg 2) med følgjande tilleggskommentarar og merknader:

1. Generelt

- a. Interkommunalt samarbeid i Hallingdal
Hallingdalskommunane har gode erfaringar med interkommunalt samarbeid på helse- og omsorgsområdet. Framlegget til nye lover og Nasjonal helse- og omsorgsplan gir godt grunnlag for å vidareutvikle dette.
- b. Samarbeid mellom kommunane i Hallingdal og Helseforetaket. Hallingdal sjukestugu som lokalmedisinsk senter.
Grunnidèen i samhandlingsreforma er at samhandling mellom kommunar og mellom kommunar og spesialisthelsetenesta skal vera eit av helse- og omsorgssektoren sine viktigaste utviklingsområde framover.
Hallingdalskommunane har 30 års erfaring frå samarbeid med Helseforetaket. Kommunane i Hallingdal og modellen Hallingdal Sjukestugu har fått stor merksemd i arbeidet med samhandlingsreforma. Framlegget til nye lover og Nasjonal helse- og omsorgsplan gir godt grunnlag for å vidareutvikle den modellen vi har i Hallingdal for samarbeid og fagutvikling mellom kommunane og spesialisthelsetenesta.
- c. Funksjonsdeling og tenesteorganisering
Hallingdalskommunane og Vestre Viken HF samarbeider om eit prosjekt for å utvikle Hallingdal Sjukestugu som lokalmedisinsk senter etter samhandlingsreforma sine intensjonar. I dette prosjektet vert òg vurdert kva for funksjonar som i framtida skal liggja ved Hallingdal Sjukestugu og kva som skal fordelast mellom kommunane eller leggjast til kvar kommune. Kommunane i Hallingdal vil i denne høyringa presisera behovet for at spesialisthelsetenesta også i framtida er basert ved Hallingdal Sjukestugu som lokalmedisinsk senter etter 2012.

- d. Finansiering
Samhandlingsreforma vil krevje store meirkostnader på kommunalt nivå m.a. til overordna systemarbeid, arbeid med avtaleverket, felles IKT-system og fagprogram. Helseforetaket har til no drifta Hallingdal Sjukestugu. Om denne modellen ikkje let seg vidareførast, må kommunane få tilført nødvendige ressursar. Høyringsdokumentet antydar ei 3-deling mellom kommunane, lokalt helseforetak og regionalt helseforetak. Kommunane i Hallingdal vil i denne høyringa presisera behovet for klarare styringssignal både når det gjeld finansiering og plan for opptrapping av reformarbeidet frå 2012.
- e. Ansvarsavklaring
Vår erfaring med mange års samarbeid med spesialisthelsetenesta, er at spørsmål om kven som har det juridiske ansvaret for pasienten, ofte vert eit hinder for gode og fleksible samarbeidsløysingar. Dette er eit område som må finne ei avklaring før ein kan vone å få til reelle samarbeidsløysingar på lokalplan.

2. Vedrørende framlegg til ny lov om kommunale helse- og omsorgstenester

- a. Hallingdal er ein stor reiselivsregion. Helse- og omsorgstenestene vert sett under betydeleg press av tilreisande. Desse utfordringane er sterkt aukande ikkje minst pga at fleire gjer fritidsbustaden til bustad nr. 2. Utfordringane er størst i høve til legevakt og omsorgstenester. Dersom Regjeringa vel å halda på opphaldsprinsippet, må det snarleg koma endringar som sikrar utgiftsdeling mellom opphaldskommunen og heimkommunen.
- b. Ein har i mange år hatt innarbeidd praksis med øyeblikkeleg hjelp-innleggelsar i sjukeheimane i Hallingdal og har gode erfaringar med dette. Ved å lovfeste dette som ei plikt for kommunen, må dette følgjast opp med fullfinansiering av kostnadane ved slikt tilbod. Rekruttering og kompetanseheving av personell på sjukeheimane og auka legedekning blir viktige tema, det må avsetjast midlar til dette.
- c. Vi støttar uttalen om å utarbeide overordna kriteriar for innlegging og utskriving frå sjukehus. Vår erfaring er likevel at slike kriteriar må kunne tilpassast lokale tilhøve slik det er gjort mellom Hallingdalskommunane og Hallingdal Sjukestugu.
- d. Ordninga med finansiering av ressurskrevjande brukarar er svært byråkratisk og arbeidskrevjande. Aldersgrense for ordninga må opphevast og ordninga fullfinansierast frå staten si side.
- e. Ei styrking av kommuneoverlegen si rolle er nødvendig for planlegging og implementering av dei endringane samhandlingsreforma legg opp til. Regelverket må presisera funksjon, omfang og finansiering. Ein tilrår i samsvar med sentralt avtaleverk å bruke omgrepet kommuneoverlege.
- f. Vi vil understreka behovet for at det vert utarbeidd kvalitets- og funksjonskrav for fastlegetenesta i kommunane.
- g. Vi er skuffa over at tilplikta offentleg allmennmedisinsk legearbeid ikkje er auka. St.meld. 47 skapte sterke forventningar til dette som lovutkastet ikkje innfrir. Hallingdalskommunane utnyttar alt i dag dette potensialet fullt ut.
- h. Vi meiner det er behov for å forklare og definere fleire omgrep som er brukt i lovteksten. Lova heiter Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. "Omsorg" er ikkje nytta vidare i lovteksten og heller ikkje definert i § 1-3. "Heldøgntjenester i eget hjem eller institusjon" treng óg forklaring og presisering, då ein lokalt har hatt mange diskusjonar rundt spørsmål om utbygging av sjukeheims plassar eller omsorgsbustader.
- i. Vi meiner formuleringa i §3-3 "...systematiske tiltak for å identifisere personer som står i fare for å..." er uheldig og umogeleg for kommunane å følgja opp.

3. Vedrørende framlegg til ny lov om folkehelse

- a. Auka satsing på folkehelsearbeid må gjennomførast som ein opptrappingsplan slik at kommunane kan planleggja, implementera og gjennomføra tiltak over tid. Det må følgja økonomiske midlar med ein slik plan som t.d. etter modell frå opptrappingsplanen for psykisk helse. Det er og viktig at planen legg føringar for omfanget av folkehelsearbeidet.
- b. Hallingdalskommunane har betydelege erfaringar med frisklivsarbeid. Dette er likevel berre eit delområde i folkehelsesatsinga. Folkehelsearbeid i brei forstand krev ny kompetanse, samarbeid og statleg finansiering inn i kommunane.
- c. Med erfaring frå partnerskapsarbeid innan folkehelse der kommunane i Hallingdal har erfart at sentrale tilskot har blitt borte utan varsel, vil vi understreke behovet for langsiktige og forutsigbare avtalar mellom partane.

4. Vedrørende innspel til nasjonal helse- og omsorgsplan

- a. Kommunane i Hallingdal meiner at tilgangen på kompetanse vert den største utfordringa i samhandlingsreforma. Vi har gode erfaringar i regionen med fag- og kompetanseutvikling som følgje av Hallingdal Sjukestugu og nå dei siste to åra gjennom Utviklingssenteret for sjukeheimane i Buskerud og Hallingforsk. Dette bidreg til rekruttering, fagutvikling og stabilitet lokalt. Det må leggjast føringar for desentraliserte opplæringstilbod og e-læring i kommunane. Kommunane sitt ansvar for fagutvikling og forskning må presiserast sterkare.
- b. For distriktskommunar er bilambulansetenesta svært viktig for å oppretthalde beredskap og likeverdig helseteneste ved behov for akutt hjelp. Både omfanget og innhaldet i ambulansetenesta representerer utfordringar i samarbeidet med Helseforetaket fordi kommunane ikkje har avgjerande innverknad. Kommunane i Hallingdal imøteser sterkare styringssignal som tek omsyn til dei ekstra utfordringane distriktet har med omsyn til avstanden til sjukehus og folketalsvariasjonane. Ein vil understreke at Statens Luftambulansetjeneste sin base ved Hallingdal Sjukestugu bidreg sterkt til å sikre akuttmedisinsk beredskap og likeverdige helsetenester i regionen.
- c. Vi er skuffa over at den varsla styrkinga av fastlegeordninga ikkje er konkretisert. Planen må leggja føringar for utdanningsstillingar for å sikre rekruttering av allmennlegar til distriktskommunane.

Regionrådet for Hallingdal

Knut Arne Gurigard

Knut Arne Gurigard

Dagleg leiar

Vedlegg:

Vedlegg 1: Framlegg til høyringsuttale utarbeidd av Kommune helsesamarbeidet Vestre Viken (26 kommunar)

Vedlegg 2: Framlegg til høyringsuttale frå KS Buskerud/Telemark/Vestfold

HØRINGSUTTALELSE UTARBEIDET AV Kommunehelsesamarbeidet i Vestre Viken (26 kommuner)

1. Forslag til Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester

Generelt

Lovforslaget gir muligheter for en styrket, likeverdig og bedre koordinert helsetjeneste. Det vil være arbeidet med den videre utformingen av virkemidler som vil være avgjørende i hvilken grad Samhandlingsreformen blir vellykket sett i forhold til de målene som er fastsatt. I det videre arbeidet må kommunene tas aktivt med.

Lovforslaget i hovedsak en videreføring av gjeldene bestemmelser og kan ikke sies å oppfylle målsettingen i Samhandlingsreformen, slik lovutkastet nå foreligger.

Til dels gir lovforslaget en tydeliggjøring av kommunens oppgaver, men gir bare konturene av en ramme for den bebudede nye kommunerollen. Slik lovforslaget foreligger, fører det ikke til økt innsats for folkehelse og forebygging – det er også her gjeldende regelverk som er videreført. Lovforslaget gir i seg selv ingen bedret legetjenesten i kommunene, selv om det kan komme gjennom revisjon av fastlegeforskriften.

Det er også uklart i hvilken grad lovforslaget understøtter en klarere pasientrolle og et mer helhetlig pasientforløp, men forslaget må sies å legge til rette for samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunenes helse- og omsorgstjenester og slik at spesialisthelsetjenesten kan utvikles.

Imidlertid vil det først være når finansieringen av bestemmelsene i lovforslaget er kjent at en vil kunne si om forslagene bidrar til å oppnå målsettingen i Samhandlingsreformen.

Kommunenes ansvar

Verken i lov eller i høringsnotatet er rolle og ansvarsfordelingen mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten tydelig nok beskrevet. Det erkjennes at den medisinskfaglige utviklingen og til dels lokale forhold medfører at denne rolle- og ansvarsfordelingen ikke kan være statisk eller rigid, og vil være under kontinuerlig utvikling. Allikevel må det være en større grad av tydeliggjøring av ansvar og roller før en ny finansieringsordning iverksettes. Dette må gjøres av statlige og kommunale myndigheter i felleskap. Det bør vurderes å opprette et nasjonalt uavhengig tvisteorgan som kan vurdere ansvar og rollefordeling ved prinsipiell uenighet mellom kommunale og statlige myndigheter. Organet bør ha beslutningsmyndighet.

Det er vanskelig å måle effekten av helsefremmende og forebyggende arbeid. Det vil være nødvendig, i dialog med kommunene, å komme frem til kriterier for å måle effekten av helsefremmende og forebyggende arbeid.

Det forutsettes at dersom det lovfestes at kommunen skal sørge for tilbud på døgnbasis til pasienter med behov for umiddelbar helsehjelp, vil en slik lovfesting bli supplert med en bestemmelse om at kommunen vil kunne oppfylle plikten ved å inngå avtale med andre kommuner eller helseforetak.

Forsvarlighet, pasientsikkerhet og kvalitet

Det er positivt at ansvar for kvalitet og pasientsikkerhet er tydelig i lovteksten. Når det gjelder kvalitetsdefinisjoner er det viktig å ha definisjoner som kan måles, enten objektivt eller subjektivt.

Legetjeneste i kommunene

Det er viktig og riktig at kommunelegens rolle som medisinsk faglig rådgiver i kommunen er fastslått i lovs form. Denne funksjonen må styrkes i framtiden. Loven bør inneholde en åpning for at kommuner kan samarbeide om funksjonen som kommunelege.

Et av virkemidlene i Samhandlingsreformen har vært en sterkere styring av fastlegene. I loven er det ikke foreslått endringer i ordningen. Styrking av fastlegeordningen i kommunene må skje ved økning i antall fastleger, og ved styrket og systematiske krav til kvalitet. Det er behov for en revidert forskrift om fastlegeordningen. Blant annet er det behov for å vurdere kommunenes styring av offentlig allmennmedisinsk arbeid og hvilke nye oppgaver fastlegene forventes å ivareta som følge av reformen. I forskriftene bør kommunens adgang

VEDLEGG 1, SAK 69-10

til sanksjoner overfor fastleger som ikke følger avtale eller vedtatte overordnede føringer vurderes. Kommunene og representanter for fastlegene må aktivt involveres og delta i utarbeidelsen av nye forskrifter.

Samarbeid mellom kommuner og regionale helseforetak

I høringsnotatet vektlegger departementet stordriftsfordeler ved at kommuner samarbeider om oppgaver innenfor helse- og omsorgstjenesten. Denne vurderingen deles i hovedsak, men stordriftsulempene er for lite vektlagt.

Samarbeid kommuner i mellom må baseres på frivillighet. Høringsnotatet beskriver den foreslåtte bestemmelsen om at departementet skal kunne påby samarbeid mellom kommuner når det finnes påkrevet, som en svært snever unntaksregel. Når den anses som snever, og at det skal svært mye til før departementet eventuelt pålegger samarbeid, strider en slik bestemmelse mot det kommunale selvstyret. Den enkelte kommune vil best være i stand til å vurdere hvordan den skal levere gode helse- og omsorgstjenester til sine innbyggere.

Høringsnotatet beskriver allerede kjente samarbeidsmodeller. Imidlertid er Kommunehelsesamarbeidet Vestre Viken, et samarbeid mellom 26 kommuner i sykehusområdet til Vestre Viken HF, et godt eksempel på hvordan kommuner kan anse et samarbeid som hensiktsmessig.

Denne høringsinstansens vurdering er at det enkelte helseforetak bør ha ansvaret for at det etableres samarbeidsavtaler med kommunen, ikke de regionale helseforetakene. Dette er vesentlig for å sikre mest mulig likeverdighet mellom avtalepartene.

I de tilfeller der kommunene avtaler at de deler oppgaver seg i mellom, bør det være bestemmelsene i kommunelovens kapittel 5 eller lov om interkommunale selskaper som bør legges til grunn for samarbeidet. Det kan også være behov for at kommunene eller et kommunesamarbeid etablerer egne juridiske enheter, for eksempel for å dekke grensesnittet mellom spesialisthelsetjenestens akuttmedisinske arbeid og kommunenes legevaksarbeid. I og med at den eneste selskapsform som er aktuell når kommuner og helseforetak sammen skal eie virksomhet som yter kommunal helse- og omsorgstjeneste, er aksjeselskaper, bør lov om interkommunale selskaper endres til også omfatte helseforetak.

Til forslaget om at partene kan si opp samarbeidsavtaler med ett års frist, vil denne høringsinstansen foreslå at avtalene blir tidsbegrenset. Avtalenes juridiske forpliktelser må utredes nærmere.

Det bør være anledning til lokalt opprettet uavhengig tvisteorgan for tvister mellom kommuner og helseforetak.

I lovforslaget fremgår kravene til avtalenes innhold. Etter denne høringsinstansens vurdering er det behov for å tydeliggjøre at dette er et avtalesett som til sammen minimum skal innehold 1-10 elementer, og ikke en avtale.

Individuell plan, koordinator og koordinerende enhet

Det bør ikke åpnes for at spesialisthelsetjenesten i visse tilfeller bør ha et selvstendig ansvar for å utarbeide individuell plan, da det er en risiko for at det kan bli uklare ansvarsforhold. Imidlertid er det vesentlig at spesialisthelsetjenesten må ha en plikt til å medvirke i arbeidet med individuell plan, bortsett fra i enkelte særskilte tilfeller der bare spesialisthelsetjenesten er involvert. I disse tilfelle bør det som i dag, være spesialisthelsetjenesten som har ansvar for utarbeide den individuelle plan.

Det bør ikke lovfestes plikt til å ha en koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet. I og med at kommunen står fritt til å organisere sitt arbeid må det være tilstrekkelig at det er en plikt for kommunen å oppnevne en koordinator, og at kommunen har systemansvar for arbeidet med individuell plan og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator. Hvordan dette gjøres, må overlates til kommunen.

Undervisning, praktisk opplæring og utdanning

Den bebudede utvidelsen av kommunale oppgaver vil kreve økt rekruttering av kvalifisert personell og styrking av kompetanse hos eget personell i kommunene. Utdanningskapasiteten på høyskoler og universitet må styrkes vesentlig og må innrettes mer mot kommunale oppgaver. Samtidig vil det økte kommunale engasjementet i utdanningene kreve ressurser i kommunene. Dette gjelder spesielt innenfor veiledet praksis. Det er lite sannsynlig at det vil skje en stor migrasjon av høyt utdannede erfarne arbeidstakere fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten. Det er heller ikke noe mål. De store målgruppene av pasienter med sammensatte kroniske lidelser, psykiske lidelser og rusproblematikk vil kreve høy kompetanse. Kommunene må derfor sikre at nyutdannede får nødvendig veiledning og opplæring for å mestre disse oppgavene. Dette vil kreve innsats og ressurser fra kommunene som det må tas høyde for.

VEDLEGG 1, SAK 69-10

Spesialisthelsetjenesten har en veiledningsplikt ovenfor kommunehelsetjenesten. For at samhandlingsreformen skal lykkes må spesialisthelsetjenesten ta et større ansvar for veiledning og direkte kompetansebygging i kommunene enn det hittil har vært gjort. Dette må konkretiseres og tydeliggjøres i det videre arbeidet med samhandlingsreformen.

Forskning på pleie, omsorg og helsetjeneste i kommunene er for svak. Framtidens helsetjeneste i kommunene må styrkes ved vesentlig mer forskningsbasert kunnskap om virkningen av tjenestene. Kommunenes ansvar for forskning må derfor få en tydeligere plass i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester i kommunene, og kommunene må få rammebetingelser for å styrke arbeidet med forskning og fagutvikling på kommunalt nivå. Det foreslås en ny § 8-3 Forskning, som regulerer kommunenes plikt til å medvirke i forskningsarbeid, og plikt til å vurdere forskningssamarbeid gjennom avtaler med andre kommuner, helseforetak og forskningsinstitusjoner

Rettsikkerhet ved bruk av tvang overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemning

Bestemmelsene om bruk av tvang i lovforslagets kapittel 9, bør samordnes med kapittel 4A i pasientrettighetsloven om helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen mv.

Økonomiske rammebetingelser

For å kunne bygge opp nye tjenester som beskrevet i Samhandlingsreformen må kommunene ha tilstrekkelig og forutsigbart økonomisk handlingsrom flere år fram i tid. Det innebærer at det i tillegg til overføring av midler for utskrivningsklare pasienter og medfinansiering, tas høyde for at innføringen av reformen innebærer tilleggskostnader (pukkelkostnader) i form av planlegging, etablering av nye tilbud, IKT utbygging, helseovervåking og kompetansebygging i en periode som vil gå over flere år.

Denne høringsinstansen er av den oppfatning at departementet i alt for stor grad i forbindelse med ulike lovforslag konstaterer at forslagene ikke antas å ha økonomiske og administrative konsekvenser. Imidlertid er forholdene slik at når dette synspunkt gjentas ved et hvert nytt/endret forslag, vil selv mindre endringer over tid ha betydelige administrative med påfølgende økonomiske konsekvenser for kommunen. Dette må departementet i sitt videre arbeid ta hensyn til.

Det konstateres at det gjennom denne høringen ikke blir en avklaring om modell for kommunal medfinansiering. Framtidig modell må ivareta en akseptabel risiko for kommunene og må være et reelt insitamant for kommunene til å iverksette tiltak ovenfor pasientgrupper som de i realiteten kan påvirke bruk av spesialisthelsetjenester på. Det forutsettes at kommunene får tilgang på relevant styrings-informasjon, slik at det er grunnlag for å kunne vurdere alternative tilbud og drive virksomhetsstyring.

Endret ansvar og finansiering for utskrivningsklare pasienter fra psykisk helsevern og rusbehandling bør ikke innføres fra 1.1.2012, da data for utskrivningsklare pasienter fra disse er dårlige, bl.a. er "utskrivningsklar-definisjonen", vanskelig. Overføring av midler til kommunene for utskrivningsklare pasienter må baseres på objektive demografiske data, og ikke på historiske data for hvor mange utskrivningsklare pasienter hver kommune har hatt. Det siste vil "straffe" kommuner økonomisk som allerede har tatt et ansvar for utskrivningsklare pasienter. Denne høringsinstansen vil avvente til det tidspunkt en eventuell forskrift om finansiering av utskrivningsklare pasienter sendes ut på høring, til å gi sin endelige uttalelse om dette. Imidlertid er det viktig å understreke at en slik forskrift må sendes ut på høring i så god tid at kommunene både kan ha tid til høring, og ikke minst god tid mellom fastsettelse og iverksettelse.

Risikoen ved innføring av nye økonomiske rammebetingelser for kommuner og helseforetak bør vurderes nøye. For å redusere risikoen for uønskede hendelser og styrke kommunenes forutsigbarhet bør departementet vurdere om forslaget om iverksettelsen av nye finansielle virkemidler fra 1.1.2012, utsettes et år.

Denne høringsinstansen deler ikke departementets syn på ikke å videreføre reglene i dagens sosialtjenestelov § 10 andre ledd om at oppholdskommunen forut for inntaket i institusjoner skal være ansvarlig for å yte tjenester under oppholdet, og adgang til å kreve refusjon fra oppholdskommunen forut for inntaket i institusjonen.

Denne høringsinstansen vil peke på de betydelige utfordringer som oppholdsprinsippet gir for de store turistkommunene, med den boligbyggingen som er i ferd med å skje med hyttebebyggelsen. Og at kommuner som er vertskommune for store institusjoner blir ekstra belastet med oppgaver og kostnader, ved at pasienter som ledd i utskrivningen blir bosatt i den kommunen hvor institusjonen ligger. Det er derfor ikke tilstrekkelig at dagens lovfestede refusjonsadgang blir erstattet med adgang for departementet til å gi forskrifter om utgiftsfordeling mellom kommuner når en pasient eller bruker får tjenester fra en annen kommune enn den kommunen der

VEDLEGG 1, SAK 69-10

vedkommende er fast bosatt i eller har fast oppholdssted. I tillegg pekes på det inkonsekvente i at denne refusjonsadgangen er videreført til "Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen" § 3.

I og med at egenandelene er en viktig finansieringskilde for kommunene bør departementet starte arbeidet med å erstatte dagens egenbetalingsforskrifter med en helhetlig forskrift for egenbetaling for kommunale helse- og omsorgstjenester.

Andre innspill

Det er en stor fordel for kommunen og brukere at det blir en felles klage- og tilsynsinstans. Ved å legge klage- og tilsynsordningen med helsetjenester under Fylkesmannen vil det gi en mer samordnet og oversiktlig ordning.

Denne høringsinstansen vil understreke betydningen av forslaget om å presisere pasientrettighetsloven slik at klageinstansen ved prøving av vedtak, skal legge stor vekt på hensynet til det kommunale selvstyret ved prøving av det frie skjønn. Klageinstansen bør kun overprøve kommunale vedtak i forhold til loven og ha en svært begrenset adgang til å overprøve kommunens skjønn. Det er å anse som en stor fordel at klageinstansen ikke skal treffe nye vedtak i saken, men ved oppheving av kommunale vedtak sende saken tilbake til ny behandling i kommunen.

Før krav til elektronisk dokumentasjon og kommunikasjon vil kunne innføres er det nødvendig at det utarbeides en overordnet beskrivelse av de ulike elementer som må på plass for å kunne kommunisere elektronisk. Den nasjonale infrastrukturen for elektronisk samhandling bør være statlig fullfinansiert for å sikre tilstrekkelig framdrift i etableringen.

Det er forslag om at meldeordningen etter spesialisthelsetjenestens flyttes fra Helsetilsynet til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten – Nasjonal enhet for pasientsikkerhet. Det er viktig å ha fokus på at meldeplikt også har en funksjon som en lærende prosess. I det videre arbeidet må det sikres gode systemer for tilbakemeldinger som bidrar til lærende prosesser.

2. Forslag til ny lov om folkehelse

Dagens mange forskjellige lover om folkehelsearbeid er fragmentert og legger dårlig til rette for et systematisk og helhetlig folkehelsearbeid. Det er viktig at ny folkehelselov sikrer bedre helhet i forebyggende innsats mellom kommunen og fylkeskommunen, og mellom tjenesteområdene i kommunen. Det er positivt at ny folkehelselov regulerer både kommunens, fylkeskommunens og statlige helsemyndigheters oppgaver i folkehelsearbeidet. Kommunene slutter seg til forslaget til ny folkehelselov som retter seg mot alle forvaltningsnivåer og sektorer/faktorer som påvirker innbyggernes helse.

Forslag til Folkehelselov er en positiv og viktig samling av lovverket for å fremme den nasjonale satsingen på folkehelsearbeid. Lovforslaget må imidlertid følges med økonomiske insentiver til kommunene for å kunne satse videre innen dette arbeidet.

Øvrige kommentarer og innspill:

Det anbefales at midler for folkehelsearbeid og i forhold til helse og omsorg overføres via rammeoverføringene til kommunesektoren. En eventuell øremerking av midler er kun aktuelt i en innføringsperiode.

En økt satsing på folkehelsearbeid bør 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.

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

Dersom regjeringen ønsker å ha så stort fokus på forebyggende folkehelse, må man starte på nasjonalt nivå. Hovedtiltakene for å fremme folkehelse ligger utenfor helsetjenestene. Dette er knyttet til nasjonal og lokal politikk og kan reguleres gjennom for eksempel priser på mat, alkohol, tobakk osv,- og gjennom lovverk. Det foreslås at Statens videreføres å ha ansvar for overordnet tilsyn med folkehelsearbeidet i landet – det er viktig og riktig.

VEDLEGG 1, SAK 69-10

Lovforslaget legger ansvaret for folkehelsearbeidet til kommunen/kommunestyret og ikke lenger helsetjenesten i kommunen. Dette er en nødvendig og fornuftig endring fordi brorparten av folkehelsearbeidet gjennomføres i andre etater enn helsetjenesten, også av frivillige organisasjoner og private tiltak.

Konsekvensene ved å avdekke helsefarer i kommunens befolkning skal føre til at kommunen retter inn sitt kurative og forebyggende arbeid mot disse farene. Kommunen får en handlingsplikt. Forslaget er positivt og fornuftig og bør føre til utarbeidelse av en Folkehelseplan i kommunene.

Kommunene ser at krav om samordning på tvers av ulike sektorer og fagområder ikke gjenspeiles på statlig forvaltningsnivå. Ansvaret 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.

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.

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.

Folkehelsekompetansen i kommunen må vektlegges. Folkehelsekoordinatoren i kommunen har en svært sentral rolle for å samordne kommunenes innsats, men det bør ikke være en lovpålagt funksjon.

Samarbeid mellom kommuner innenfor folkehelseområdet må være basert på frivillighet.

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

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 tannhelsetjeneste.

Tilsynsinnstansen for folkehelseloven må sees i sammenheng med tilsynsinnstansen for lov om helse- og omsorgstjenester (helsetilsynet i fylket). I så måte må man forvente at Fylkesmannen etablerer system som sikrer en tett koordinering av alle de tilsynsområdene kommunen er ansvarlig for. For at der skal komme en reell endring i kommunene, bør Fylkesmannens tilsynsrollene ovenfor kommunene tydeliggjøres.

Basert på en risiko og sårbarhetsanalyse er det foreslått å avgrense tilsynet til §§ 4,5 og 6 for kommunene og §§ 20 og 21 for fylkeskommunene. Det er viktig å understreke at årsakssammenhenger mellom tiltak og effekt er svært sammensatt. En forutsetning må være at det er definert konkrete overordnede nasjonale indikatorer som hver kommune må bruke i sin analyse, samt verktøy og metoder som kommunene kan bruke i sitt arbeid.

Det bør komme tydeligere frem at flere kommuner kan samarbeide om kommunelegefunksjonen.

Vi støtter departementets vurdering av at tilgang til samfunnsmedisinsk kompetanse er nødvendig av hensyn til å ivareta liv, helse og rettsikkerhet. Betydningen av medisinsk faglig ledelse i kommunen vil være stor internt i kommunen i samhandling med andre aktører. Vi mener det må bygges videre på de gode erfaringer som finnes fra kommuner hvor det har fungert godt, og det må legges til rette for at tilstrekkelig samfunnsmedisinsk kompetanse utvikles for å dekke kommunenes behov.

Kommunenes oppfatning er at oversikt over befolkningens folkehelse bør utarbeides og være tilgjengelig på fylkes/regionnivå. På den måten har man mulighet for å gjøre sammenligninger kommuner imellom. Det er positivt at det blir fokusert på at staten skal hjelpe kommunene med å fremskaffe statistisk materiale som grunnlag for planer og tiltak. Det bør imidlertid pekes på at statistikken ofte er utilstrekkelig og ikke overholder faglige krav til i på kommunenivå fordi tallene er så små.

3. Innspill til grunnlaget for ny Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011 – 2015.

Folkehelse

Fokus på samfunnsrettede forebyggende tiltak støttes. Understrekingen i folkehelselovutkastet av ansvar innenfor alle samfunnsområder, og dermed for hele kommunens ansvar, er basert på dagens erkjennelse av sammenheng mellom samfunnsforhold og helse.

Planutkastet nevner ikke resultatene i den flerfaglige forskningen om sammenheng mellom livserfaringer og uhelse gjennom de siste ti år. Traumatiske, overbelastende eller overgripende påkjenninger som vanskjøtsel, krenkelser, overgrep, stigmatisering, mobbing, rasisme, relasjonelle problemer og andre store, vedvarende påkjenninger kan lede til overbeskatning av menneskets kroppslige tilpasningsevne. Denne kunnskapen må brukes i utformingen av tverrsektoriell og tverrfaglig forebyggelse.

En dekkende oversikt over helsetilstanden i en befolkning gjennom epidemiologisk datagrunnlag, slik planen synes å gi løfter om, er ikke et realistisk mål, selv om slike data kan være nyttig på en del felter,

Det er for lite fokus på sammenhengen mellom god helse og fysisk aktivitet.

En samordning av folkehelsearbeid i kommunen krever ekstra ressurser, og krever i praksis ekstra finansiering for å komme i gang. Uten statlige midler er det lite håp om at planens gode føringer vil få gjennomslag. Det trengs en opptrappingsplan med midler for at folkehelse skal bli en viktig overordnet funksjon i kommunene.

Fordeling av ansvar for folkehelse mellom kommune og fylkeskommune må konkretiseres.

Sosial ulikhet og helse

Planutkastet understreker tydelig betydningen av strategier og universelle tiltak som retter seg mot hele befolkningen, og som bidrar til å forhindre at mennesker faller utenfor. Planutkastet er her godt i samsvar med det som er sagt om senere tids erkjennelse av den direkte betydningen av gode oppvekstvilkår, støttende relasjoner, fravær av fysisk og psykisk vold; for alle avskygninger av helse.

Her må det pekes på den negative effekt som økende egenandeler i helsetjenesten har ved å øke terskelen for grupper med betydelig behov for tjenester. Dette hindrer økt fokus på fastlegeordningens tjenester for utsatte grupper.

Beredskap og smittevern

Målene om å styrke beredskap og smittevern krever samfunnsmedisinsk kompetanse i kommunene, og i et strukturert interkommunalt samarbeid som muliggjør en beredskapsordning.

Det anbefales at Statens engasjement i gjennomføring av øvelser i fylkesmannens / akuttetatens regi fortsettes og forsterkes, for at beredskapsplaner kan holdes oppdatert og aktivisert.

Lokalt smittevernarbeid bør skje i nært samarbeid med fastlegene. Fastlegene er sentrale utøvere av lokalt smittevernarbeid. Utvikling og vedlikehold av dette skjer best med smittevernlegen/kommuneoverlegen som faglig leder.

Sykehusstruktur

Ingen lokalsykehus skal legges ned, men det gis ingen garanti om innhold og eierskap. Siden det vil skje en spesialisering og funksjonsdeling i spesialisthelsetjenesten, vil det bli et sterkt press om sentralisering. Akuttfunksjoner og fødetilbud vil bli vanskelig å opprettholde på alle mindre sykehus. Kommunene kan bli presset til å inngå avtaler om overtakelse eller medfinansiering av lokalsykehusfunksjoner for å beholde nærhet til tilbudene. Dette må unngås. Det må sikres at endringer og utvikling av helsetjenesten skjer styrt og i nært samarbeid mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten for å ivareta et trygt og sammenhengende behandlingstilbud.

Det må sikres en sterkere politisk styring av sykehusene.

Akuttmedisin

I dagens situasjon er det utfordringer der man ser at større bykommuner langt på vei har sikret en akuttmedisinskberedskap som er tilfredsstillende, mens grisgrendte kommuner sliter med å sikre samme tilbud. Dermed er det geografiske tilfeldigheter og forskjeller i forhold til hvilket tilbud som ytes. Større legevakter gir mer mengdetrening for leger i ulike situasjoner. Videre er dette en ordning som langt på vei bidrar til at flere

VEDLEGG 1, SAK 69-10

kommuner har et godt bærekraftig tilbud til innbyggerne. På en annen side gir slike løsninger et pasientlogistisk behov, og i denne sammenhengen bør ambulansetjenestene være sterke bidragsyttere i forhold til vurdering, utredning og etablering av interkommunaliserte legevaktsordninger slik at ambulanseberedskapen kan sees i sammenheng med, og dimensjoneres mot det kommunale tilbudet.

Det er positivt at kommuner og helseforetak kan inngå samarbeidsavtaler om akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus.

Bilambulansetjenesten:

Dagens fagarbeiderutdanning videreføres inntil man på et nasjonalt nivå har klart å skape et tilbud som tilfredsstiller etterspørselen for de ulike regionene, herunder krav om at begge på ambulansen innehar autorisasjon som ambulansearbeider. Kompetanse med bachelorutdanning skal ligge til minst én av ambulanspersonalet, særlig skjerpet skal dette være i distrikter der det er lang veg til nærmeste sykehus med akuttmedisinsk kompetanse og der det er etablerte legevaktsordninger mellom flere kommuner.

Medisinsk nødmeldetjeneste:

Dagens ordning der antallet AMK-sentraler går ned og sentralens størrelse i geografisk omfang øker, sees som hensiktsmessig. For å møte fremtidens utfordring og befolkningskrav bør kompetansen og kompetansekravet for AMK-personellet skjerpes og tydelig defineres som et lovkrav.

Kommunal legevakt:

Et nasjonalt sekssifret legevaktsnummer vil være hensiktsmessig i forhold til publikums behov. Dermed er også de som til en hver tid oppholder seg i den spesifikke kommunen sikret at samme nummer gir tilgang til legevakt. Nasjonale standarder for kompetansekrav, opplæring, journalføring, informasjon til fastlege og håndtreng prøvesvar støttes.

Nasjonale krav til responstider etterlyses på det sterkeste. Bare slik kan man nærme seg et ensartet og likt tilbud til befolkningen.

Desentraliserte spesialisthelsetjenester

Den varslede satsingen på økt desentralisering av spesialisthelsetjenesten støttes. Økt bruk av poliklinikk, dagbehandling og ny teknologi gjør at spesialisthelsetjenester blir mindre avhengig av en statisk sykehusstruktur. Dette kan sikre gode pasientforløp og større nærhet til behandlingstilbudet. For å finne gode lokale løsninger som for eksempel lokalmedisinske sentre, må det legges til rette for å etablere gode samarbeidsformer mellom helseforetak og kommuner.

Finansiering av helsetjenester

Planutkastet sier at de økonomiske virkemidlene i samhandlingen skal støtte målet om mer forebygging og tidlig innsats. På nåværende tidspunkt er rammene for de økonomiske virkemidlene for lite konkretisert. Det er behov for betydelig større grad av konkretisering av størrelsesorden på økonomiske virkemidler, forutsigbar opptrapping og hvordan den økonomiske pukkeeffekten og økte administrative oppgaver skal løses.

Samhandling bør bygge på en omforent og eksplisitt ansvars- og oppgavedeling, og kapasitet og finansiering må være i samsvar med dette. Rus- og til dels psykiatriområdet er preget av manglende avklaring av ansvars- og oppgavedeling. En basis på nasjonalt nivå er nødvendig for å avklare samarbeidslinjene lokalt.

Psykisk helse og rus

De siste års store økning i antall uføre skyldes ikke en epidemi av psykisk sykdom. Det er normalt at opplevelse av svikt og konflikt i ulike livssituasjoner, herunder problemer på arbeidsplassen, ledsages av psykiske lidelse, herunder engstelse, nedstemthet, tomhet, slitenhet osv. Velferdsytelsene bygger på medisinsk diagnoser og ikke på beskrivelse av belastning i sosiale relasjoner. Dette fører til at bildet av psykiatrisk sykkelighet i befolkningen blir fortegnet.

Arbeidet med psykiske lidelser har allerede langt større omfang i kommunehelsetjenesten enn i spesialisthelsetjenesten, og det er grunn til å forsterke dette ytterligere, med samtidig forsterkning av veiledning og vurdering fra spesialisthelsetjenestens side.

Utdanning og rekruttering

Tilgang på nok og riktig kvalifisert personale er helt avgjørende for å kunne møte helsetjenestebehovet på kort og lang sikt. Innspillgrunnlaget til ny nasjonal helse- og omsorgsplan mangler en tydelig utdanningsstrategi og

VEDLEGG 1, SAK 69-10

en konkretisering av denne. Dette er en så viktig suksessfaktor for samhandlingsreformen at kapasitetsøkning og dreining av utdanningene, slik at disse er tilpasset de nye oppgavene for kommunene, må synliggjøres i Nasjonal helse- og omsorgsplan.

Kvalitet og læringskultur

Fokuset på lærende organisasjoner, uønskede hendelser, og systematisk kvalitetsarbeid er bra. Forbedringskunnskap og ledelse bør integreres i grunn, videre- og etterutdanning for helseprofesjonene.

Utvikling av gode kvalitetsindikatorer er viktig, men svært vanskelig. Kunnskapssenterets evaluering av det eksisterende settet av norske nasjonale kvalitetsindikatorer viser at det er langt fram.

Dataprogrammer som henter indikatorer fra elektroniske pasientjournaler og lignende kilder må så langt som mulig kunne brukes både i lokalt kvalitetsarbeid sentralt.

Forskning og innovasjon

Ved at det kan bli en felles plattform for styringsverktøy i kvalitetsarbeidet både i kommunehelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten, vil det bli lettere å hente ut data som kan brukes i forskning.

Det etterlyses en langt større satsing på forskning og kunnskapsutvikling med utgangspunkt i primærhelsetjenesten, både i tilknytning til allmennmedisinske og øvrige kommunale tjenester. Det bør stimuleres til systematikk for evaluering av ulike behandlingstiltak.

Kunnskap i helsetjenesten

Det må være et krav at helse og omsorgsarbeidere **skal** ha tilgang til internett på arbeidsplassen. Myndighetene bør samle all info / kunnskap som ansatte i helse og omsorg bør ha tilgang til via en portal.

Pasientsikkerhet

Arbeid for å forebygge uønskede hendelser og bedre pasientsikkerheten er viktig del av kvalitetsarbeidet i helsetjenesten, og kunnskap om dette bør inn i grunn og videreutdanning.

Meldesystemer må være uavhengig av sanksjonssystemer, og være innrettet mot læring og forbedring av tjenestene. Det må pekes på at den sentrale enheten for pasientsikkerhet i Kunnskapssenteret til nå har hatt lite fokus på kommunehelsetjenesten.

Mye tyder på at den største enkeltrisikofaktoren i overgangen mellom nivåene (sykehusene, fastlegene, pleie- og omsorgstjenestene inkludert sykehjemmene) er manglende overensstemmelse mellom medikasjonslistene de forskjellige stedene. Det er viktig at avstemming av legemiddellister er et hovedsatsingsområde i pasientsikkerhetskampanjen.

IKT, e-helse og personvern

Mange av utfordringene her er økonomiske tunge investeringer av maskinvare og programmer, samt opplæring av helsepersonell. Infrastruktur for IKT bør være nasjonalt finansiert.

Legemidler og legemiddelbruk

Det er grunn til å uttrykke bekymring rundt forholdene med feil medisinerings, og manglende informasjon som sikrer riktig medisinerings fra lege til pasient. Beskrivelse av dagens situasjon er således godt beskrevet. Virkemidler sees i sammenheng med situasjonsbeskrivelse og mål for perioden. Virkemidlene vurderes som hensiktsmessige, spesielt fremheves kommunefarmasøyt gjerne i et flerkommunalt samarbeid som hensiktsmessig opp mot legemiddelhåndtering og pasientsikkerhet. Evt. etablering av kommunefarmasøyt må finansieres via økte rammer til kommunene.

Legetjenester i kommunene

Tilførselen av nye leger vil holde seg på 5-600 i året framover, og en stor andel vil måtte finne arbeid i kommunehelsetjenesten. Samtidig er det helt vesentlig å gi incentiver til at flere oppgaver løses innenfor fastlegeordningen, særlig i forhold til prioriterte felter. Dett må gjøres for å unngå at flere fastleger føre til økt henvisningsvolum til spesialisthelsetjenesten.

Mens økonomiske og juridiske endringer har hovedfokus i utkastet, er planen er mangelfull i omtalen av faglig ledelse og organisasjonsutvikling i legetjenesten, behovet for fag- og rutineutvikling innenfor kommunen, på tvers av virksomheter.

Planen bruker begrepet "styring" av fastlegene. Det er mer hensiktsmessig å snakke om utvikling gjennom ledelse enn "styring". Forstått som å lede mot bedre kvalitet i tjenesten langs de seks dimensjonene i

VEDLEGG 1, SAK 69-10

kvalitetsstrategien, er dette ønskelig. Forslaget om å stille nasjonale kvalitets- og funksjonskrav til fastlegene er betimelig, og forskriftsfesting av formålene støttes. Derimot er operasjonaliseringen av kravene, dvs. angivelsen av grense for når en tjeneste er god nok, og dermed gir veiledning for inngripen fra kommunens side, dårlig egnet for forskrift, og bør eventuelt håndteres gjennom avtaleverket.

Organiseringen av legetjenesten med hovedsakelig selvstendig drevne virksomheter krever et systematisk arbeid for å motvirke avstand mellom fastleger og kommunens ansatte, både i form av informasjon og involvering, samt å sikre systematisk tverrfaglig samarbeide om pasientene. Kommunene må kunne engasjere fastlegene i oppgaver utover de oppgavene som er lovens minimum.

Det er ikke ønskelig å binde opp kommunene til å bruke fastlegene til alle prioriterte allmennlegetjenester. Kommunen må ikke være tvunget til å dele arbeidet opp i små stillinger når det ikke er ønskelig, og må ha anledning til å ansette andre leger enn fastleger. Sykehjemslegetjenesten er et eksempel. Sykehjemsmedisin mange steder underprioritert med hensyn til stillingsressurser. I tillegg finnes store utfordringer knyttet til manglende faglig merittering og i forhold til faglig ledelse, som må finne løsning.

Endringer i rammeforutsetningene for fastlegeordningen?

Departementet har brukt stor plass på å diskutere endringer i forholdet mellom per capita og stykkprisbasert finansiering, forslagsvis fra 25/75 forhold til 50/50. Per capita tilskuddet er et lite synlig element i den kommunale økonomi fordi kommunen bare er en formidler av disse ressursene. En fordobling av listetilskuddet vil ikke i seg selv lede til økt kommunalt engasjement for å utvikle fastlegeordningen,

Målet om kortere lister vil fremmes av en reduksjon av forholdet mellom percapitatilskudd og refusjon. I tillegg bør incitamentet for lange lister reduseres ved avtrapning av tilskuddet over for eksempel 1000 pasienter. En generell nedjustering av andel capitatilskuddet vil imidlertid svekke utslaget av ulikheter i listeprofil.

Rehabilitering og habilitering

Avsnittet om rehabilitering og habilitering er foreløpig og meget generelt i beskrivelsen av økt ansvar til kommunene i samhandlingsreformen. Avklaring av faglig oppgavedeling er vesentlig for planlegging av forsterket tilbud i kommunene. Det savnes også forslag om hvordan denne avklaringen kunne skje.

Private rehabiliteringsinstitusjoner med døgnopphold for selvhjulpne pasienter utfører i mange tilfelle tjenester som vil måtte falle inn under kommunehelsetjenestens ansvar. Et kommunalt tilbud hvor pasienten kan bo hjemme vil være mer kostnadseffektivt, samtidig som tilbudet gis nær tjenestene som skal følge opp over tid.

Området er særlig aktuelt for veiledning fra spesialisthelsetjenesten, og det bør legges vekt på ambulerende tilbud ut i kommunene.

Tannhelsetjenesten

Målene for tannhelsetjenesten er uklare. Det etterlyses en mer konkret og målbar plan, slik at dette kan måles og evalueres på en god måte.

Virkemidlene vurderes som konkrete og gjennomførbare. Likevel fremheves det at om man skal utjevne sosiale ulikheter i forhold til tannhelse bør egenandelsystemet vurderes i forhold til inntektsgradering. Alle private utøvere må pålegges en standardisert rapportering til helsemyndighet, slik at et bedre grunnlag for kommende helsetjenester kan vurderes. Et tiltak som ambulerende tannhelseteam bestående av tannpleiere bør legges inn i den kommunale omsorgsplanen i forbindelse med helsereformen. Slik kan tannhygien fremmes i ulike sosiale samfunnslag.

Pasientforløp og brukarmedvirkning

Plikt for helsepersonell til å delta i arbeidet med individuell plan støttes.

HØRINGSUTTALELSE UTARBEIDET AV KS Buskerud/Telemark/Vestfold

1. Forslag til Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester

Nye oppgaver/plikter/aktiviteter som er foreslått for kommunene

- 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.
- 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 brukers liv og helse i fare. En lovmessig plikt vil kreve at staten fullfinansierer kostnadene knyttet til et slikt tilbud.
- 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 sykehusknytning.
- 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.
- 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 bør utarbeides kriterier for hvem som skal gå inn under ordningen, og denne bør så fullfinansieres fra statens side. Aldersgrensene som gjelder for ordningen bør fjernes.
- 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.
- 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.
- Heldøgntjenester i eget hjem har vært økende de siste årene. Dette gir kommunene store utfordringer både kompetansemessig, personellmessig og økonomisk. Det bør 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

- 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.

VEDLEGG 2, SAK 69-10

- Det er positivt at kommunene får ta en sterkere styring over fastlegeordningen og legetjenesten i kommunene.
- 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 å avtale tvisteløsningsordninger

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

Kompetansefordeling for øvrig mellom kommuner og statsforvaltningen

- Statens myndighet for tilsyn og klagebehandling bør samles i ett statlig organ. Dette bør ligge til fylkesmannen i fylkene. Dette vil hindre uklare roller og en mindre fragmentert stat i møtet mellom staten og kommuner.
- Det er positivt at kvalitetskrav i forhold til pasientsikkerhet blir behandlet lokalpolitisk (jmf. § 4-2). Dette betinger imidlertid at kommuner og tilsynsmyndighet har en lik oppfatning av hvilke kvalitetsindikatorer og – krav som skal gjelde.
- 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.

Forslag til bruk av tvang og makt overfor psykisk utviklingshemmede og overfor rusmiddelbrukere

- Reglene for tvang overfor personer med kognitiv svikt (f.eks. 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

- 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.
- Takstsystemet for fastlegene bør endres, og det bør oppmuntres til økt samhandling med kommunens helse- og sosialtjenester i planlegging, enkeltsaker og veiledning som ikke er kurativ virksomhet.
- Det vil være behov for økte ressurser til grunnutdanning, lærlingeordning 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

- 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.

VEDLEGG 2, SAK 69-10

- o Statlige helsemyndigheter kvalitetssikrer at data er sammenlignbare mellom kommuner og fylkeskommuner
 - o Sammenlignbare data er også viktig i et internasjonalt perspektiv
- Statlig pålegg om samarbeid mellom kommuner (§ 27) går kommunene imot. Frivillige avtaler mellom kommuner som ønsker å samarbeide vil være en mye bedre måte å løse utfordringer knyttet til folkehelsearbeidet.

Innspill til enkeltparagrafer i ny Lov om kommunale helse og omsorgstjenester

- I § 1 – 3 synes lite konkret og operasjonell. Her bør en heller benytte kjente formuleringer som de som finnes i ISO 9000:2000 hvor tjenester skal være
 - o Virkningsfulle
 - o Trygge og sikre
 - o Involvere brukere og gir dem innflytelse
 - o Er samordnet og preget av kontinuitet
 - o Utnytter ressursene på en god måte
 - o Er tilgjengelige og rettferdig fordelt
- Følgende tas inn i kap. 3: Kommunen skal samarbeide kommunalt, fylkeskommunalt, med regionalt helseforetak og stat slik at helse og omsorgstjenesten i landet oppleves som en enhet.
- § 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.
- § 5 – 4 omtaler krav om politiattest for ansatte som skal arbeide med barn og utviklingshemmede. Her bør en også ta med personer med kognitiv svikt (eksempel demente), da denne gruppen også ansees å være særlig sårbar og utsatt.

2. Forslag til lov om folkehelse

Nye oppgaver/plikter/aktiviteter er foreslått for kommunene

- *Det anbefales at midler for folkehelsearbeid og i forhold til helse og omsorg overføres via rammeoverføringene til kommunesektoren. En eventuell øremerking av midler er kun aktuelt i en innføringsperiode.*
- *En økt satsing på folkehelsearbeid bør 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.*
- *For å styrke folkehelsefeltet er det helt avgjørende at styrkingen følges opp med økonomiske midler.*
- *Fastlegens ansvar og rolle i folkehelsearbeidet bør 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

- *Kommunene slutter seg til forslaget til ny folkehelselov som retter seg mot alle forvaltningsnivåer og sektorer/faktorer som påvirker innbyggernes helse.*
- *Kommunene 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-*

VEDLEGG 2, SAK 69-10

og omsorgsdepartementet over til eksempelvis Kommunal og regionaldepartementet, fordi folkehelsearbeid har store samfunnsmessige konsekvenser.

- 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.*
- 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.*
- Folkehelsekompetansen i kommunen må vektlegges. Folkehelsekoordinatoren i kommunen har en svært sentral rolle for å samordne kommunenes innsats, men det bør ikke være en lovpålagt funksjon.*
- 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*