



Saksframlegg

Utvalg	Utvalgssak	Møtedato
Hovedutvalg for helsevern og sosial omsorg	5/11	17.01.2011

Lov om kommunal helse- og omsorgstjenester og Folkehelselov - høringsuttalelse fra Selbu kommune

Vedlegg:

- Høring - forslag til ny kommunal helse- og omsorgslov
- Høringsnotat
- Høringsliste
- Høring - forslag til ny kommunal helse- og omsorgslov
- Kommentar til forslag til ny helse- og omsorgslov
- Ny lov om helse- og omsorgstjenester
- NHF's høring lovfforslag om kommunale helse- og omsorgstjenester januar 2010
- Regjeringen svekker BPA-ordningen. Informasjonsdokument fra alliansen for rettighetsfesting av BPA (ved NHF, NFU og ULOBA).
- HANDOUT 19 12 2010

Rådmannens innstilling

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

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 døgkontinuerlig øyeblikkelig-hjelp tilbud vil være avhengig av fysiske fasiliteter, kompetanse og økonomi. En lovmessig plikt for kommunene vil sette enkelte kommuner i en umulig situasjon, samt at "halv — veis løsninger" vil kunne sette pasientens liv og helse i fare. En lovmessig plikt vil kreve at staten fullt ut finansierer kostnadene knyttet til et slikt tilbud.*

3. *Det må utarbeides nasjonale kriterier for innleggelse og utskrivelse av sykehus. Nasjonale kriterier vil hindre at det lages ulike kriterier fra sted til sted i landet. Dette vil også sikre en likebehandling av pasienter uavhengig av bosted og sykehusilknytning.*
 4. *Alder som kriterium for hvor man får helsehjelp må fjernes. Her henvises til det som er omtalt i forhold til personer over 80 år. Det skal alltid være en konkret vurdering av den enkelte pasients lidelse og behov som skal være avgjørende for helsehjelpen som gis.*
 5. *Ressurskrevende brukere i kommunene har krevd større og større ressurser av kommunens budsjetter. Deler av denne økningen har blitt kompensert gjennom statlige tilskudd. Ordningen i seg selv oppleves som svært tidkrevende og byråkratisk. Det 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.*
 6. *En styrking av kommuneoverlegenes rolle vil være nødvendig for planlegging og implementering av de endringer som samhandlingsreformen legger opp til. Dette gjelder både i den enkelte kommune, men også i samhandlingen mellom kommuner og helseforetak*
 7. *Kommunene har store utfordringer i forhold til å klare å gi et kvalitativt godt nok tilbud til mennesker med psykiske lidelser og til rusavhengige. Hovedårsaken til dette ligger i knappe økonomiske rammer. Til tross for opptrappingsplaner vil kommunene ha behov for ytterligere styrking av rammene for å imøtekomme forventningene som ligger i samhandlingsreformen.*
 8. *Heldøgntjenester i eget hjem har vært økende de siste årene. Dette gir kommunene store utfordringer både kompetansemessig, personellmessig og økonomisk. Det 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**
9. *Det er positivt at det utarbeides kvalitets- og funksjonskrav for fastlegetjenesten i kommunene. Dette kan gi kommunene bedre mulighet til å få større deltakelse fra fastleger i spørsmål om samhandling, medvirkning og rådgiving i forhold til enkeltbrukere.*
 10. *Det er positivt at kommunene får ta en sterkere styring over fastlegeordningen og legetjenesten i de enkelte kommunene.*
 11. *For å ivareta de nye oppgavene som skal overføres fra sykehus til kommuner, må det lages planer for økt kompetanse / spesialisering blant legene i kommunene. Kostnader knyttet til denne kompetansehevingen må dekkes av økte statlige overføringer.*
- ❖ **Bruk av avtaler mellom kommuner og foretak, herunder adgangen til og avtale tvisteløsningsordninger**
12. *Dersom det oppstår tvist i forhold til avtaler mellom kommuner og helseforetak, bør det opprettes et egen uavhengig tvisteløsningsorgan. Et slikt organ vil øke legitimiteten for en tvistebehandling.*
- ❖ **Kompetansefordeling for øvrig mellom kommuner og statsforvaltningen**
13. *Statens myndighet for tilsyn og klagebehandling bør samles i ett statlig organ. Dette bør ligge til fylkesmannen i de enkelte fylkene. Dette vil hindre uklare roller og en mindre fragmentert stat i møtet mellom staten og kommuner.*

14. *Det er positivt at kvalitetskrav i forhold til pasientsikkerhet blir behandlet lokalpolitisk (/jfr § 4-2). Dette betinger imidlertid at kommuner og tilsynsmyndighet har en lik oppfatning av hvilke kvalitetsindikatorer og — krav som skal gjelde.*

15. *Det er positivt at statlig klageorgan fratas muligheten til å omgjøre vedtak fattet av kommunen. Dersom klageorganet er uenig med kommunens vedtak, kan det sende saken tilbake til kommunen. Dette vil gi kommunen en helt ny posisjon vis a vis klageorganet, og samtidig gi kommunen en mulighet til å vurdere saken på nytt.*

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

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

❖ **Finansiering av kommunens nye oppgaver/ plikter/ aktivitet**

17. *Økt kommunalt finansieringsansvar for fastlegeordningen støttes ikke, da en ikke klarer å se hensikten med en slik endring. Endring i hvem som betaler hva i fastlegeordningen har ingen innvirkning på den påvirkning kommuner har på selve legetjenesten.*

18. *Takstsystemet for fast legene bør endres, og det bør oppmuntres til økt samhandling med kommunens helse- og sosialtjenester i planlegging, enkeltsaker og veiledning som ikke er kurativ virksomhet.*

19. *Det vil være behov for økte ressurser til grunnutdanning, lærlingordning og etter- og videreutdanning for å kunne imøtekomme kommunenes behov for kompetent arbeidskraft i årene framover. Dette er noe som staten må ta hensyn til i rammeoverføringene til kommunene.*

❖ **Helseovervåking / statistikk**

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

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

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

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

22. **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 gi dem innflytelse*

- o Er samordnet og preget av kontinuitet*
- o Utnytter ressursene på en god måte*
- o Er tilgjengelige og rettferdig fordelt*

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

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

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

26. *§ 6-1 Plikt til å inngå samarbeidsavtale*

§ 6-2 Krav til avtalenes innhold

Lovforslaget sier i punkt 3:

Tiltak mot unødvendig innleggelse av pasienter i sykehus.

Siden dette er en samarbeidsavtale foreslås tillegg av følgende nytt punkt:

Tiltak for nødvendig mottak av pasienter i sykehus.

27. Samhandlingsmeldinga mer enn antyder at det skjer for mange unødvendige innleggelser i sykehus. Om dette er forskningsbasert eller en ”opplest og vedtatt sannhet” fra sykehusene er ikke godt å si. Generelt er det lettere å vurdere om en innleggelse var unødvendig i ettertid – når all diagnostisk informasjon er tilgjengelig – enn på det tidspunktet innleggelsen fant sted. Dette i og for seg åpenbare forholdet er godt dokumentert i et norsk forskningsprosjekt¹, som også viste at bestrebelser på å unngå «unødvendige» innleggelser lett vil føre til stort helsetap.

Følgende situasjoner kan være en større trussel mot forsvarligheten:

- sykehusenes brudd på garanti om nødvendig helsehjelp innen fastsatte frister
- høy terskel for akutt innleggelse i psykiatrien (”telefonmotstand” i akuttpsykiatriske avdelinger)
- pålegg om konsultasjonsplikt for innleggende lege. (Her kan det oppstå situasjoner der en uerfaren lege, for eksempel en turnuslege, treffer feil beslutning og velger ikke å legge inn etter en telefonkonsultasjon med like uerfaren kollega på sykehus som da ikke har sett pasienten, og som ikke er ansvarlig for avgjørelsen som blir tatt. Konsultasjon bør være en rett, ikke en plikt.

❖ **Forslag til lov om folkehelse**

Nye oppgaver/plikter/aktiviteter er foreslått for kommunene

28. §1 Formålet med denne 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.

Kommentar:

Både i den lange redegjørelse før lovteksten og i formålsparagrafen til loven er det helsefremmende perspektivet vektlagt. Både samhandlingsmeldinga og i lovforslaget er det tydelig en dreining fra det rent kurative og konkret sykdomsforebyggende til de samfunnsfaktorer som fremmer helsa. Og det synes fornuftig ut fra det vi vet om folkehelsearbeid i dag. Når det kommer til stykket i selve lovteksten, derimot, har departementet valgt å videreføre hele kommunehelsetjenestelovens §4a nesten uendret i den nye folkehelseloven. Så det blir i praksis som tidligere stort fokus på inspeksjon, tilsyn, straff osv. framfor de helsefremmende tverrsektorielle tiltakene.

Et annet poeng er at ved å klippe inn kapittelet i sin helhet, blir det gamle og utdaterte "kommunelege"-begrepet med på lasset, i stedet for "kommuneoverlege"-begrepet som de fleste kommuner bruker i dag.

Det synes fornuftig å pålegge kommunene å ha en folkehelsekoordinator. Folkehelsearbeidet er spredt på ulike sektorer, og kommunene kan ha nytte av en kontaktperson/gruppe mot frivillige organisasjoner, fylkeskommunen og andre. Kommunene må ikke dermed pålegges bestemte måter å organisere tjenesten på eller pålegges bruk av nærmere bestemte profesjonsgrupper. Kommunen må gis frihet til selv å velge hvordan ansvaret oppfylles.

29. § 8 Kommunens oppgaver og delegering av myndighet

Kommunen skal føre tilsyn med de faktorer og forhold i miljøet som til enhver tid direkte eller indirekte kan ha innvirkning på helsen, jf. § 7. Kommunen skal utøve den virksomhet og treffe de avgjørelser som det er tillagt i lov eller i medhold av lov.(....)

Kommentar:

Departementet foreslår at kommunen fortsatt skal ivareta oppgavene innenfor miljørettet helsevern, herunder godkjennings- og tilsynsmyndighet ovenfor kommunale virksomheter. Men fordi det er krevende å ivareta disse to rollene samtidig, mener departementet at dette krever at kommunene må dokumentere at de har en god styring med denne tjenesten.

Departementet er inne på problemet med bukken og havresekken i sitt høringsnotat, men synes å ta noe lett på det. Innen miljørettet helsevern er det kommunen som planlegger, iverksetter og eier en rekke virksomheter som kan ha innvirkning på helseforhold, f.eks. skoler, barnehager, idrettsanlegg, vannverk, avløp osv. Samtidig er kommunen godkjenningsorgan og tilsynsorgan. Det vil si at kommunen f.eks. kan vedta å dispensere fra krav i forskrift som berører den selv!

For å sikre habilitet i slike saker vil det være gunstig å skille mellom miljørettet folkehelsearbeid, og tilsyns-/godkjenningsmyndighet innen miljørettet helsevern (som da ikke bør være den samme, men kanskje en interkommunal instans, akkreditert instans eller andre).

Dersom det likevel blir kommunen som fremdeles skal føre tilsyn med og godkjenne seg selv, må det presiseres i detalj i lov eller forskrift hvordan en da må sikre habilitet.

30. *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.*
31. *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.*
32. *For å styrke folkehelsefeltet er det helt avgjørende at styrkingen følges opp med økonomiske midler.*
33. *Fast legens 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**

34. *Kommunen slutter seg til forslaget til ny folkehelselov som retter seg mot alle forvaltningsnivåer og sektorer/faktorer som påvirker innbyggernes helse.*
35. *Kommunen ser at krav om samordning på tvers av ulike sektorer og fagområder ikke gjenspeiles på statlig forvaltningsnivå. Ansvar for det tverrsektorielle folkehelsearbeidet bør derfor vurderes flyttet ut fra Helse- og omsorgsdepartementet over til eksempelvis Kommunal og regionaldepartementet, fordi folkehelsearbeid har store samfunnsmessige konsekvenser.*

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.

Nasjonalt folkehelseinstitutt skal gjøre tilgjengelig opplysninger som grunnlag for kommunene og fylkeskommunenes oversikter etter §§ 5 og 21. Opplysningene skal være basert på statistikk fra sentrale helseregistre, samt annen relevant statistikk. Nasjonalt folkehelseinstitutt skal gi bistand, råd, veiledning og informasjon i den forbindelse.

Det skulle gjerne vært enda tydeligere markert at statlige helsemyndigheter skal utarbeide og vedlikeholde valide statistikkverktøy som gjør kommunene i stand til å følge folkehelseparametre over tid og sammenligne med andre kommuner og regioner.

Likeledes skal kommunene i følge §5 basere sin oversikt over helsetilstanden på opplysninger fra kommunal helse- omsorgstjenestene. Utarbeidelse av verktøy for innsamling av slike data må gjøres av statlige helsemyndigheter, og det bør inn i loven.

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

36. § 28 Samfunnsmedisinsk kompetanse: Kommunen skal ha nødvendig samfunnsmedisinsk kompetanse for å ivareta oppgaver etter loven her. Det skal ansettes en kommunelege som medisinsk-faglig rådgiver for å ivareta blant annet samfunnsmedisinsk rådgivning i kommunens folkehelsearbeid, jf. §§ 4 til 6, herunder epidemiologiske analyser, jf. § 5 annet ledd, hestekompetanse på kommunens vegne i saker innen miljørettet helsevern, smittevern og helsemessig beredskap, deltakelse i lokal redningssentral, andre oppgaver delegert fra kommunestyret. Kommunene kan etablere samarbeid for å sikre nødvendig kompetanse til gjennomføring av oppgavene.

Kommentar:

Svært bra at denne paragrafen er kommet inn og at samfunnsmedisinsk kompetanse er vektlagt. Det vil være viktig ved gjennomføring av samhandlingsreformen.

Generell kommentar til finansiering:

Skal kommunene klare å innfri sine forpliktelser med f.eks. frisklivssentraler, mer folkehelse inn i saksbehandling, folkehelsekoordinator, folkeopplysning, flere gang/sykelstier, mer frukt/grønt/fysisk aktivitet/ventilasjonsanlegg inn i skoler og barnehager trengs det betydelige overføringer til kommunene, og det over mange år.

Behandling i Hovedutvalg for helsevern og sosial omsorg - 17.01.2011

Rådmannens innstilling vedtas. **Enst.**

Vedtak i Hovedutvalg for helsevern og sosial omsorg - 17.01.2011

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

Nye oppgaver/plikter/aktiviteter som er foreslått for kommunene

- 1. Oppgavene som kommunene vil få ansvar for må være tilpasset de enkelte kommuners mulighet til å ivareta oppgaven. Den enkelte kommunes muligheter og begrensinger må defineres i lokale avtaler mellom kommuner og helseforetak. Før inngåelse av lokale avtaler må det foreligge en økonomisk kartlegging av konsekvensene, slik at kommunene er i stand til å ivareta de oppgavene som de likeverdige partene blir enig om å overføre fra sykehusene.*
- 2. Et døgntilgjengelig øyeblikkelig-hjelp tilbud vil være avhengig av fysiske fasiliteter, kompetanse og økonomi. En lovmessig plikt for kommunene vil sette enkelte kommuner i en umulig situasjon, samt at "halv — veis løsninger" vil kunne sette pasientens liv og helse i fare. En lovmessig plikt vil kreve at staten fullt ut finansierer kostnadene knyttet til et slikt tilbud.*
- 3. Det må utarbeides nasjonale kriterier for innleggelse og utskrivelse av sykehus. Nasjonale kriterier vil hindre at det lages ulike kriterier fra sted til sted i landet. Dette vil også sikre en likebehandling av pasienter uavhengig av bosted og sykehustilknytning.*

4. *Alder som kriterium for hvor man får helsehjelp må fjernes. Her henvises til det som er omtalt i forhold til personer over 80 år. Det skal alltid være en konkret vurdering av den enkelte pasients lidelse og behov som skal være avgjørende for helsehjelpen som gis.*
5. *Ressurskrevende brukere i kommunene har krevd større og større ressurser av kommunens budsjetter. Deler av denne økningen har blitt kompensert gjennom statlige tilskudd. Ordningen i seg selv oppleves som svært tidkrevende og byråkratisk. Det 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.*
6. *En styrking av kommuneoverlegenes rolle vil være nødvendig for planlegging og implementering av de endringer som samhandlingsreformen legger opp til. Dette gjelder både i den enkelte kommune, men også i samhandlingen mellom kommuner og helseforetak*
7. *Kommunene har store utfordringer i forhold til å klare å gi et kvalitativt godt nok tilbud til mennesker med psykiske lidelser og til rusavhengige. Hovedårsaken til dette ligger i knappe økonomiske rammer. Til tross for opptrappingsplaner vil kommunene ha behov for ytterligere styrking av rammene for å imøtekomme forventningene som ligger i samhandlingsreformen.*
8. *Heldøgntjenester i eget hjem har vært økende de siste årene. Dette gir kommunene store utfordringer både kompetansemessig, personellmessig og økonomisk. Det 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**

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

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

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

❖ **Kompetansefordeling for øvrig mellom kommuner og statsforvaltningen**

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

tilbake til kommunen. Dette vil gi kommunen en helt ny posisjon vis a vis klageorganet, og samtidig gi kommunen en mulighet til å vurdere saken på nytt.

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

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

❖ **Finansiering av kommunens nye oppgaver/ plikter/ aktivitet**

17. Økt kommunalt finansieringsansvar for fastlegeordningen støttes ikke, da en ikke klarer å se hensikten med en slik endring. Endring i hvem som betaler hva i fastlegeordningen har ingen innvirkning på den påvirkning kommuner har på selve legetjenesten.

18. Takstsystemet for fast legene bør endres, og det bør oppmuntres til økt samhandling med kommunens helse- og sosialtjenester i planlegging, enkeltsaker og veiledning som ikke er kurativ virksomhet.

19. Det vil være behov for økte ressurser til grunnutdanning, lærlingordning og etter- og videreutdanning for å kunne imøtekomme kommunenes behov for kompetent arbeidskraft i årene framover. Dette er noe som staten må ta hensyn til i rammeoverføringene til kommunene.

❖ **Helseovervåking / statistikk**

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

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

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

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

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

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

23. *Følgende tas inn i kap. 3: Kommunen skal samarbeide kommunalt, interkommunalt, Fylkeskommunalt, med regionalt helseforetak og stat slik at helse og omsorgstjenesten i landet oppleves som en enhet.*
24. *§ 5 — 7 er en videreføring av tidligere bestemmelse i Lov om helsetjenester i kommunene. I forslag til ny Helse og omsorgslov bør det presiseres hvilke opplysninger om helsepersonell som kommunen skal motta og eventuelt viderefremidle til et sentralt register.*
25. *§ 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.*
26. *§ 6-1 Plikt til å inngå samarbeidsavtale*
- § 6-2 Krav til avtalenes innhold*
- Lovforslaget sier i punkt 3:
Tiltak mot unødvendig innleggelse av pasienter i sykehus.
- Siden dette er en samarbeidsavtale foreslås tillegg av følgende nytt punkt:
Tiltak for nødvendig mottak av pasienter i sykehus.
27. Samhandlingsmeldinga mer enn antyder at det skjer for mange unødvendige innleggelser i sykehus. Om dette er forskningsbasert eller en ”opplest og vedtatt sannhet” fra sykehusene er ikke godt å si. Generelt er det lettere å vurdere om en innleggelse var unødvendig i ettertid – når all diagnostisk informasjon er tilgjengelig – enn på det tidspunktet innleggelsen fant sted. Dette i og for seg åpenbare forholdet er godt dokumentert i et norsk forskningsprosjekt², som også viste at bestrebelser på å unngå «unødvendige» innleggelser lett vil føre til stort helsetap. Følgende situasjoner kan være en større trussel mot forsvarligheten:
- sykehusenes brudd på garanti om nødvendig helsehjelp innen fastsatte frister
 - høy terskel for akutt innleggelse i psykiatrien (”telefonmotstand” i akuttpsykiatriske avdelinger)
 - pålegg om konsultasjonsplikt for innleggende lege. (Her kan det oppstå situasjoner der en uerfaren lege, for eksempel en turnuslege, treffer feil beslutning og velger ikke å legge inn etter en telefonkonsultasjon med like uerfaren kollega på sykehus som da ikke har sett pasienten, og som ikke er ansvarlig for avgjørelsen som blir tatt. Konsultasjon bør være en rett, ikke en plikt.

❖ **Forslag til lov om folkehelse**

Nye oppgaver/plikter/aktiviteter er foreslått for kommunene

28. §1 Formålet med denne 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.

Kommentar:

Både i den lange redegjørelse før lovteksten og i formålsparagrafen til loven er det helsefremmende perspektivet vektlagt. Både samhandlingsmeldinga og i lovforslaget er det tydelig en dreining fra det rent kurative og konkret sykdomsforebyggende til de samfunnsfaktorer som fremmer helsa. Og det synes fornuftig ut fra det vi vet om folkehelsearbeid i dag. Når det kommer til stykket i selve lovteksten, derimot, har departementet valgt å videreføre hele kommunehelsetjenestelovens §4a nesten uendret i den nye folkehelseloven. Så det blir i praksis som tidligere stort fokus på inspeksjon, tilsyn, straff osv. framfor de helsefremmende tverrsektorielle tiltakene.

Et annet poeng er at ved å klippe inn kapittelet i sin helhet, blir det gamle og utdaterte "kommunelege"-begrepet med på lasset, i stedet for "kommuneoverlege"-begrepet som de fleste kommuner bruker i dag.

Det synes fornuftig å pålegge kommunene å ha en folkehelsekoordinator. Folkehelsearbeidet er spredt på ulike sektorer, og kommunene kan ha nytte av en kontaktperson/gruppe mot frivillige organisasjoner, fylkeskommunen og andre. Kommunene må ikke dermed pålegges bestemte måter å organisere tjenesten på eller pålegges bruk av nærmere bestemte profesjonsgrupper. Kommunen må gis frihet til selv å velge hvordan ansvaret oppfylles.

29. § 8 Kommunens oppgaver og delegering av myndighet

Kommunen skal føre tilsyn med de faktorer og forhold i miljøet som til enhver tid direkte eller indirekte kan ha innvirkning på helsen, jf. § 7. Kommunen skal utøve den virksomhet og treffe de avgjørelser som det er tillagt i lov eller i medhold av lov.(....)

Kommentar:

Departementet foreslår at kommunen fortsatt skal ivareta oppgavene innenfor miljørettet helsevern, herunder godkjennings- og tilsynsmyndighet ovenfor kommunale virksomheter. Men fordi det er krevende å ivareta disse to rollende samtidig, mener departementet at dette krever at kommunene må dokumentere at de har en god styring med denne tjenesten.

Departementet er inne på problemet med bukken og havresekken i sitt høringsnotat, men synes å ta noe lett på det. Innen miljørettet helsevern er det kommunen som planlegger, iverksetter og eier en rekke virksomheter som kan ha innvirkning på helseforhold, f.eks. skoler, barnehager, idrettsanlegg, vannverk, avløp osv. Samtidig er kommunen godkjenningsorgan og tilsynsorgan. Det vil si at kommunen f.eks. kan vedta å dispensere fra krav i forskrift som berører den selv!

For å sikre habilitet i slike saker vil det være gunstig å skille mellom miljørettet folkehelsearbeid, og tilsyns-/godkjenningsmyndighet innen miljørettet helsevern (som da ikke bør være den samme, men kanskje en interkommunal instans, akkreditert instans eller andre).

Dersom det likevel blir kommunen som fremdeles skal føre tilsyn med og godkjenne seg selv, må det presiseres i detalj i lov eller forskrift hvordan en da må sikre habilitet.

30. *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.*
31. *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.*
32. *For å styrke folkehelsefeltet er det helt avgjørende at styrkingen følges opp med økonomiske midler.*
33. *Fast legens 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**

34. *Kommunen slutter seg til forslaget til ny folkehelselov som retter seg mot alle forvaltningsnivåer og sektorer/faktorer som påvirker innbyggernes helse.*
35. *Kommunen ser at krav om samordning på tvers av ulike sektorer og fagområder ikke gjenspeiles på statlig forvaltningsnivå. Ansvar for det tverrsektorielle folkehelsearbeidet bør derfor vurderes flyttet ut fra Helse- og omsorgsdepartementet over til eksempelvis Kommunal og regionaldepartementet, fordi folkehelsearbeid har store samfunnsmessige konsekvenser.*

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.

Nasjonalt folkehelseinstitutt skal gjøre tilgjengelig opplysninger som grunnlag for kommunene og fylkeskommunen oversikter etter §§ 5 og 21. Opplysningene skal være basert på statistikk fra sentrale helseregistre, samt annen relevant statistikk. Nasjonalt folkehelseinstitutt skal gi bistand, råd, veiledning og informasjon i den forbindelse.

Det skulle gjerne vært enda tydeligere markert at statlige helsemyndigheter skal utarbeide og vedlikeholde valide statistikkverktøy som gjør kommunene i stand til å følge folkehelseparametre over tid og sammenligne med andre kommuner og regioner.

Likeledes skal kommunene i følge §5 basere sin oversikt over helsetilstanden på opplysninger fra kommunal helse- omsorgstjenestene. Utarbeidelse av verktøy for innsamling av slike data må gjøres av statlige helsemyndigheter, og det bør inn i loven.

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

36. § 28 Samfunnsmedisinsk kompetanse: Kommunen skal ha nødvendig samfunnsmedisinsk kompetanse for å ivareta oppgaver etter loven her. Det skal ansettes en kommunelege som medisinsk-faglig rådgiver for å ivareta blant annet samfunnsmedisinsk rådgivning i kommunens folkehelsearbeid, jf. §§ 4 til 6, herunder epidemiologiske analyser, jf. § 5 annet ledd, hastekompetanse på kommunens vegne i saker innen miljørettet helsevern, smittevern og helsemessig beredskap, deltakelse i lokal redningssentral, andre oppgaver delegert fra kommunestyret. Kommunene kan etablere samarbeid for å sikre nødvendig kompetanse til gjennomføring av oppgavene.

Kommentar:

Svært bra at denne paragrafen er kommet inn og at samfunnsmedisinsk kompetanse er vektlagt. Det vil være viktig ved gjennomføring av samhandlingsreformen.

Generell kommentar til finansiering:

Skal kommunene klare å innfri sine forpliktelser med f.eks. frisklivssentraler, mer folkehelse inn i saksbehandling, folkehelsekoordinator, folkeopplysning, flere gang/sykelstier, mer frukt/grønt/fysisk aktivitet/ventilasjonsanlegg inn i skoler og barnehager trengs det betydelige overføringer til kommunene, og det over mange år.

Helse og omsorgsdepartementet (HOD) la den 18. oktober forslag til Ny Folkehelselov og ny Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (tidligere Lov om sosiale tjenester, Lov om kommunehelsetjenester og Lov om folkehelse) ut på høring.

I tillegg til dette er grunnlaget for ny Nasjonal helse- og omsorgsplan lagt ut på høring. For innspill til helse og omsorgsplanen er det lagt opp til at dette skal gjøres på nettet og da via følgende nettsted., <https://fremtidenshelsetjeneste.regjeringen.no/>.

Høringsfristen for forslagene til nye lover og helse og omsorgsplanen er 18. januar 2011.

Kommunene Tydal, Selbu, Stjørdal og Meråker samarbeider i dag om et prosjekt innenfor helse- og omsorgstjenestene. Dette prosjektet skal utrede løsninger som svar på utfordringene i samhandlingsreformen.

Som et ledd i dette prosjektet ble det besluttet at det skulle utarbeides felles saksfremlegg med forslag til høringsuttalelse på ny Folkehelselov og ny Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. I tillegg har kommuneoverlegen i Selbu kommune kommet med en uttalelse som er tatt inn som en del av Selbu kommunes høringsuttalelse.

Forslaget til høringsuttalelse er nå klart og saken legges med dette frem til politisk behandling.

Vurdering

Hovedintensjonen med samhandlingsreformen fra statens side er å sikre et bedre koordinert tilbud til pasienter med behov for sammensatte tjenester over flere nivåer. Demografisk og teknologisk utvikling, lokale forutsetninger og tilgang til kompetanse tilsier at arbeidsdelingen mellom nivåene vil måtte endres over tid.

Målene med samhandlingsreformen lagt frem av departementet er blant annet:

- Økt livskvalitet og redusert press på helsevesenet gjennom satsing på helsefremmede og forebyggende arbeid
- Dempet vekst i bruk av sykehustjenester ved at en større del av helsetjenestene ytes av kommunehelsetjenesten – forutsatt like god eller bedre kvalitet, samt kostnadseffektivitet
- Mer helhetlige og koordinerte tjenester til pasienter og brukere gjennom forpliktende samarbeidsavtaler og avtalte behandlingsforløp

Forslaget til Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester legger til rette for at kommunene skal ta et større ansvar for pasienter som til nå har vært spesialisthelsetjenestens hovedansvar.

Regjeringens intensjon er at forslagene til ny lov skal medføre økt aktivitet i kommunene:

- ✓ Kommunen skal øke innsatsen i forhold til forebygging, tidlig intervensjon og tiltak mot unødvendig innleggelse av pasienter i sykehus, herunder også systemarbeid i forhold til oppfølging av disse plikter.
- ✓ Kommunen skal ha økt innsats på samarbeid og samordning med andre kommuner, fylkeskommuner og helseforetak, herunder plikt til å inngå avtaler med helseforetak.
- ✓ Kommunen skal etablere en egen pasient-koordinator til mennesker med behov for Langvarige og sammensatte tjenester.
- ✓ Kommunen kan få et ansvar for å opprette et tilbud om øyeblikkelig hjelp. Oppgaven vil kun gjelde for pasientgrupper som kommunen selv har mulighet til å utrede, behandle eller yte omsorg for i stedet for innleggelse på sykehus.
- ✓ Kommunens ansvar for å følge opp allmennlegetjenesten, herunder i forhold til kvalitet, presiseres.

- ✓ Kommunen skal vurdere samarbeidsløsninger med helseforetak og andre kommuner, Om mer krevende behandlingstilbud slik som distriktsmedisinske sentre eller lokal medisinske sentra.
- ✓ Alle tjenester og organisering skal vurderes i forhold til en foreslått forsvarlighetsstandard.
- ✓ Kommunene kan til en viss grad påvirke behovet for behandling av psykiske lidelser og rusmiddelavhengighet i spesialisthelsetjenesten.
- ✓ Kommunen skal legge større vekt på rehabilitering.

Forslag til Lov om folkehelse legger også et større ansvar på kommunene i forhold til følgende områder:

- ✓ Ansvar for folkehelsearbeid legges til kommunen som sådan. I dag ligger ansvaret i Kommunens helsetjeneste. Forslaget innebærer at kommunen skal bruke alle sine sektorer for å fremme folkehelse, ikke bare helsesektoren.
- ✓ Kommunen skal fastsette mål og strategier for folkehelsearbeidet egnet for å møte Kommunens egne helseutfordringer. Mål og strategier skal forankres i planprosessene etter plan- og bygningsloven.
- ✓ Kommunen skal iverksette nødvendige tiltak for å møte lokale utfordringer.
- ✓ Kommunens ansvar for å ha oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer blir konkretisert slik at de får et tydelig bilde av hva som er de lokale helseutfordringer i Den enkelte kommune. Statlige helsemyndigheter og fylkeskommunene skal gjøre Opplysninger tilgjengelig og understøtte kommunene.
- ✓ En drøfting av kommunens helseutfordringer skal blant annet danne grunnlag for lokal planstrategi. På samme måte skal en drøfting av fylkets helseutfordringer inngå i regional planstrategi.
- ✓ De store folkesykdommene krever fornyet og samlet innsats i alle berørte sektorer.

VURDERING

En har gått gjennom forslag til nye lover innenfor helse-, omsorgs- og folkehelseområdet og er positiv til at endringer i oppgaver for kommunen lovreguleres.

De nye lovene ser bra ut i sin helhet. Spesielt koblingen mot den nye folkehelseloven synes gunstig. Nye oppgaver for fastleger er lite beskrevet, men dette kommer sannsynligvis inn i tilhørende forskrifter etter hvert.

Det er imidlertid svært viktig at de tjenesteområdene som reguleres og de nye pliktene som tillegges kommunene ikke påfører kommunene oppgaver som fører til store økonomiske utgifter og problemer med å skaffe kompetent arbeidskraft.

En vil også understreke viktigheten av at endringene som de nye lovene medfører må ha en gradvis innføring, slik at kommunen kan tilpasse sin organisasjon og drift til disse. Det er svært viktig at avtalene mellom kommunen og helseforetaket tar høyde for denne gradvise innføringen, fordi dette handler om de oppgavene kommunen skal ta et meransvar for og spesialisthelsetjenesten dermed et mindre ansvar.

Det forutsettes at merkostnader som følge av nye oppgaver blir fullfinansiert fra statens side, samt at endringer i forhold til pasientforløp ikke iverksettes før kommunen er sikret økonomiske rammer for å imøtekomme endringene.

De enkelte punkt under forslag til høringsuttalelser handler om de områder i lovforslagene som en mener er viktig for at kommunen skal være i stand til å gi innbyggerne en kvalitativt god tjeneste.

Nye oppgaver/plikter/aktiviteter som er foreslått for kommunene

Det foreslås i forslaget til ny helse – og omsorgslov at kommunene skal overta en del av spesialisthelsetjenestens oppgaver. Dette er positivt, men det er i denne sammenhengen viktig å presisere følgende:

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.

I forslaget til ny helse – og omsorgslov foreslås det en lovmessig plikt til at kommunene skal etablere døgnkontinuerlig øyeblikkelig hjelp tilbud. Dette kan for kommunene i Værnsregionen løses ved interkommunalt samarbeid, om distriktsmedisinsk senter. Kommunene kan da etablere et slikt tilbud for bestemte pasientgrupper ved DMS innenfor faglige forsvarlige og økonomiske rammer. Det er imidlertid viktig å påpeke følgende i høringsuttalelsen:

Et døgnkontinuerlig øyeblikkelig — hjelp tilbud vil være avhengig av fysiske fasiliteter, kompetanse og økonomi. En lovmessig plikt for kommunene vil sette enkelte kommuner i en umulig situasjon, samt at "halv — veis løsninger" vil kunne sette pasientens liv og helse i fare. En lovmessig plikt vil kreve at staten fullt ut finansierer kostnadene knyttet til et slikt tilbud.

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 sykehustilknytning.

I forslaget til ny helse – og omsorgslov kan det virke som om det er alder som skal avgjøre hvor en får helsehjelp. Aldersgruppen 80 og oppover nevnes ofte, spesielt i forhold til kommunalt ansvar for finansiering osv. Dette er uheldig, da alle mennesker må være sikret lik rett til helsehjelp uavhengig av alder. En foreslår derfor følgende uttalelse:

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.

Kommunen bruker hvert år betydelige ressurser på rapportering av aktivitet knyttet til ressurskrevende brukere. Dagens ordning krever blant annet at alle brukerne har skriftlige vedtak med presisering av hjelpebehovet ned på timer pr uke. Det skal så rapporteres en oversikt over hvem som har gitt bistand til brukeren, Hvor lenge, og hvilken avlønning vedkommende har. Dette skal så dokumenteres med turnuslister med mer. Dette danner så grunnlaget for det økonomiske kravet fra kommunen. Dette er en meget tidkrevende prosess som gjentas årlig i alle kommuner. Denne høringen gir en mulighet for å fremme innspill for å få endret dagens ordning. En foreslår derfor følgende uttalelse:

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.

I ny lov om kommunale helse – og omsorgstjenester har departementet en relativt grundig drøfting av om kommunelegens rolle (medisinsk faglig rådgiver) i kommunene. Departementet anfører mange argumenter for å fjerne lovfestingen av kommunelegens rolle, og mange

argumenter for å beholde dagens lovfesting av kravet til medisinsk faglig rådgiver. Departementet lander til slutt på at dagens lovfesting av kommunenes plikt til å ha ansatt medisinskfaglig rådgiver bør opprettholdes. Dette mener en er noe svakt da kommuneoverlegen vil være helt sentral i arbeidet med å planlegge å gjennomføre de endringene samhandlingsreformen legger opp til. En vil derfor foreslå følgende uttalelse:

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 i dag for små økonomiske rammer til å gi et kvalitativt godt nok tilbud til mennesker med psykiske lidelser og rusavhengige. De forventningene som ligger i samhandlingsreformen vil kreve ytterligere ressurser. Det er viktig å påpeke dette og en har derfor følgende forslag til uttalelse:

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.

Kravet om heldøgntjenester i eget hjem er økende. Heldøgntjenester i eget hjem er svært ressurskrevende og det bør derfor være klarlagt hvilke forutsetninger som må være til stede for å ha rett til slike tjenester. En har derfor følgende forslag til uttalelse:

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

I ny lov om kommunale helse – og omsorgstjenester foreslås det at det skal utarbeides kvalitets – og funksjonskrav for fast legetjenesten i kommunene. Dette vil være positivt fordi det kan gi kommunene en viss mulighet til å sikre medvirkning fra fast legene. Det foreslås derfor følgende uttalelse.

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. Det er positivt at kommunene får ta en sterkere styring over fastlegeordningen og legetjenesten i de enkelte kommunene.

Det er viktig å påpeke at nye oppgaver som overføres fra sykehus vil kreve økt kompetanse og spesialisering blant legene. Dette vil kunne medføre betydelige økte kostnader for kommunene og en har derfor følgende forslag til uttalelse:

For å ivareta de nye oppgavene som skal overføres fra sykehus til kommuner, må det lages planer for økt kompetanse / spesialisering blant legene i kommunene. Kostnader knyttet til denne kompetansehevingen må dekkes av økte statlige overføringer.

Bruk av avtaler mellom kommuner og foretak, herunder adgangen til og avtale tvisteløsningsordninger

Det foreslås i forslaget til ny helse – og omsorgslov at helsedirektoratet skal innkalle partene til mekling hvis det oppstår tvister i forhold til avtalene mellom kommuner og helseforetak.

Dette innebærer at staten som er part i avtalen også skal mekle og avgjøre ved eventuelle tvister. Dette blir helt galt og en har derfor følgende forslag til uttalelse:

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

I dag er det to statlige forvaltningsorgan som har myndighet for tilsyn og klagesaksbehandling. Fylkesmann har myndighet for klagesaksbehandling og tilsyn i saker som er hjemlet i dagens lov om sosiale tjenester. I saker som er hjemlet i kommunehelsetjenestelovgivningen er det helsetilsynet gjennomfører tilsyn og behandler klagesaker. Når tidligere Lov om sosiale tjenester og Lov om kommunehelsetjenester nå slås sammen til en ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester er det naturlig at tilsyn og klagesaksbehandling ivaretas av ett statlig organ. En vil derfor foreslå følgende uttalelse:

Statens myndighet for tilsyn og klagebehandling bør samles i ett statlig organ. Dette bør ligge til fylkesmannen i de enkelte fylkene. Dette vil hindre uklare roller og en mindre fragmentert stat i møtet mellom staten og kommuner.

Det er positivt at kvalitetskrav i forhold til pasientsikkerhet blir behandlet lokalpolitisk (/jfr § 4-2). Dette betinger imidlertid at kommuner og tilsynsmyndighet har en lik oppfatning av hvilke kvalitetsindikatorer og — krav som skal gjelde.

Slik det er i dag kan de statlige klageorganene omgjøre vedtak fattet av kommunen hvis de er uenige i vedtaket. Dette gjør at klageorganets posisjon i forhold til kommunen blir på et overordnet nivå, noe som ikke fremmer dialog og samarbeid. Forslaget i ny lov om kommunale helse – og omsorgstjenester går ut på at klageorganet skal sende saken tilbake til kommunen hvis de er uenige i vedtaket. Dette er en positiv endring og en har følgende forslag til uttalelse:

Det er positivt at statlig klageorgan fratas muligheten til å omgjøre vedtak fattet av kommunen. Dersom klageorganet er uenig med kommunens vedtak, kan det sende saken tilbake til kommunen. Dette vil gi kommunen en helt ny posisjon vis a vis klageorganet, og samtidig gi kommunen en mulighet til å vurdere saken på nytt.

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

Det foreslås i forslaget til ny helse – og omsorgslov en videreføring av dagens regler for bruk av tvang og makt ovenfor personer med psykisk utviklingshemming og rusmisbrukere. Det er imidlertid ikke foreslått regler for bruk av tvang og makt ovenfor personer med kognitiv svikt (for eksempel demente). En mener dette er svært uheldig og vil derfor foreslå følgende uttalelse:

Reglene for bruk av 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

Det foreslås i forslaget til ny helse – og omsorgslov at dagens finansiering av fast legeordningen endres fra 75 % refusjon og 25 % per capitatilskudd, til 50 % refusjon og 50 % per capitatilskudd. Dette innebærer at kommunene pålegges å finansiere økt per capitatilskudd. En kan ikke se hensikten med dette forslaget og foreslår følgende uttalelse til dette:

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 fastlege ordningen har ingen innvirkning på den påvirkning kommuner har på selve legetjenesten.

Skal en sikre en god gjennomføring av samhandlingsreformen er en helt avhengig av at fast legene har økonomiske rammer som motiverer for dette. En foreslår derfor følgende uttalelse:

Takstsystemet for fast legene bør endres, og det bør oppmuntres til økt samhandling med kommunens helse- og sosialtjenester i planlegging, enkeltsaker og veiledning som ikke er kurativ virksomhet.

Skal ny lov om kommunale helse – og omsorgstjenester og ny folkehelselov legges til grunn for gjennomføringen av samhandlingsreformen vil dette medføre betydelige nye oppgaver for kommunene. De nye oppgavene vil kreve godt kvalifiserte ansatte på alle nivå i tjenestene. Kommunene vil derfor få et stort behov for kompetent arbeidskraft i årene fremover. I årene fremover forventes det et stramt arbeidsmarked preget av mangel på kompetent arbeidskraft. For å sikre at kommunene greier å rekruttere tilstrekkelig kompetent arbeidskraft i årene fremover foreslås det følgende uttalelse:

Det vil være behov for økte ressurser til grunnutdanning, lærlingordning og etter- og videreutdanning for å kunne imøtekomme kommunenes behov for kompetent arbeidskraft i årene framover. Dette er noe som staten må ta hensyn til i rammeoverføringene til kommunene.

Helseovervåking / statistikk

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

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

Det foreslås i forslaget til ny helse – og omsorgslov og lov om folkehelse at staten skal kunne pålegge kommuner å samarbeide interkommunalt om enkelte tjenester. Interkommunalt samarbeid vil være helt avgjørende for å kunne tilby tjenester av et faglig høyt nivå til en fornuftig kostnad. Spesielt gjelder dette innenfor forebyggende helsearbeid. Et pålegg om samarbeid vil ikke motivere kommunene. Interkommunalt samarbeid vil fungere best når kommunene frivillig går inn på dette. Det hører heller ikke hjemme med et slikt lovpålegg i en særlov. Skal kommunene pålegges dette må det i tilfellet gjøres gjennom kommuneloven. En foreslår derfor følgende uttalelse:

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

Innspill til enkeltparagrafer i ny Lov om kommunale helse og omsorgstjenester

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

- 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, interkommunalt, 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.

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.

Fast legens 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

Forslaget til plassering av ansvaret for folkehelsearbeidet i kommunene positivt. Både flyttingen fra helsetjenesten til kommunen som sådan, men også den synliggjøringen av kommunalt ansvar og oppgaver i dette arbeidet, etter at en de siste årene har hatt en ugrei situasjon med ansvar plassert i kommunene og økonomiske ressurser plassert i Fylkeskommunene. Dette lovforslaget synes således, med rette, å ta inn over seg at det først og fremst er i kommunene at folkehelsearbeidet gjøres, og at kommunen er hovedaktøren i det lokale folkehelsearbeidet. På bakgrunn av dette har en følgende forslag til uttalelse:

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

Kommunen 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.

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