

Høringsuttalelse til ” ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester” Eigersund kommune.

Kapittelinnholdet i høringsuttalelsen er hentet fra kapitlene i høringsnotatet.

Det synes positivt med en opprydning i lovgivningen og en felles lovregulering. Personell som i dag yter tjenester til brukere/pasienter, arbeider ofte side om side, og oppgavene går over i hverandre. Mer av oppgavene som spesialisthelsetjenesten har hatt ansvar for, skal overføres til kommunehelsetjenesten. Hvordan dette skal skje synes uklart. Hvilke oppgaver dette omhandler er lite definert. Det vil være nødvendig at det blir trukket opp hovedlinjer for dette, slik at ansvarsforhold bedre kan avklares. Det trengs presiseringer om de nasjonale føringene for de ulike pasientgruppene. Det oppleves som vanskelig å lage kommunale planer og strategier, når økonomiske overføringer ofte lar vente på seg over lengre tid. Rammeoverføringene til kommunene vil være avgjørende for hvorvidt man vil kunne oppfylle den nye loven om kommunale helse- og omsorgstjenester som skal bidra til gjennomføringen av samhandlingsreformen. Finansieringsmodeller for utskrivningsklare pasienter og kommunal medfinansiering må bygges på objektive, demografiske kriterier.

Det trekkes frem eksempler på krevende pasienter som kommunene skal behandle gjerne flere ganger pr. uke pga. store endringer, og behovene tilsier det. Vi foreslår at krevende oppgaver som tjenesteyterne i hver kommune i dag bruker ressurser på å utføre, heller burde ha vært samkjørt interkommunalt. Kommunegrensene setter i dag en stopper for samarbeid om felles pasientutfordringer. Det bør komme frem i lovforslaget at kommunegrensene ikke skal være et hinder i å etablere gode samarbeidsorganer. Enklere områdeinndelinger bør være mulig i utførelsen av tjenesteoppgavene. Dette vil være ressursbesparende og komme den enkelte pasient til gode. Det bør komme en sentral anbefaling at en utfører arbeidsoppgavene innen for områder for de enkelte krevende pasientgrupper.

Verdighet kan være vanskelig å måle, og man kan stå i fare for at denne overordnede målsetting kun blir fine ord. Vi anser verdighet som et vanskelig men viktig fokus, noe som stadig er i endring, og som ikke er en statisk tilstand og som vil være vanskelig både juridisk og folkelig.

Kap 2-3

Bakgrunn for høringsnotatet

Dagens helse- og omsorgstjeneste i kommunene, utviklingstrekk og fremtidige utfordringer

Formuleringene i dette kapitlet synes utydelige. Hvem skal behandles? Det kommer an på hvilke eller hvor mange diagnoser en har for at behandling blir aktuelt. Det er utydelige formuleringer ift. risiko og hvor man bør iverksette tiltak.

Samhandlingsreformen og Stortingsmelding 47/2009 tar det nærmest for gitt at jo mer man setter inn av forebyggende tiltak i og utenfor helsetjenesten, jo mindre trengs av kurative spesialisthelsetjenester. Dette synes å være en forenklet forestilling. Dersom forebygging virker, vil befolkningen også bli eldre og muligens ha større behov for helsetjenester. Kommunene tar ofte skylden for at sykehusene har kapasitetsproblemer. Vi viser til Anders Grimsmo sitt innlegg fra fellesseminaret mellom KS Rogaland og Legeforeningen

29.september, og beskrivelsene som der viser at hovedmengden av innleggelser gjøres av sykehuset selv (legevakt/ poliklinikk).

Kap 4 Føringer for forslag til ny lovregulering

Viser videre til § 3-2

Det oppfattes at de fleste innstanser får tydelige formuleringer hvilke oppgavene som gjelder for dem, men kommunens oppgaver derimot synes utydelige. Lovforslaget gir for mange utydelige direktiver til hvilke oppgaver kommunene skal ha. Dette medfører at kommunene må arbeide innenfor en vanskelig gråsoner. Lovteksten bør bli mer tydelig slik at ansvarsforholdene er klare. Lovforslaget er formulert som en "plikt-lov". Lovforslaget er slik formulert at retten for den enkelte søker til å få innvilget tjenester ikke er vanskelig, men en utfordring for kommunene. Det vil være viktig at lovforslaget har en tydelig klarhet i sin oppgavehenvisning til kommunene.

Samfunnsøkonomisk har lovforslaget stor betydning. Det er i dag flere opphold i 2. linjetjenesten som anses som unødvendige. Andre instanser kunne ha mottatt pasienten, som hadde medført bla økt tilfredse pasienter og økonomisk samfunnsgevinst. Det anses ikke som optimalt at pasientene må inn til spesialisthelsetjenesten. Dersom vi skal kunne gi dem et bedre tilbud enn dagens tilbud, trengs andre ressurser. Kommunene mangler både personal, rom til å utføre tjenestene i, samt økonomi.

Spesialisthelsetjenesten definerer hva som er deres behov, og velger så bort resten. Det er for eksempel utydelig når tid en pasient er utskrivningsklar, men pr. i dag er det Spesialisthelsetjenesten som legger føring på dette punkt.

Dersom vi ønsker å satse på pasientgruppen som for eksempel kronikerne, trengs en nasjonal strategiplan. Dette er et krevende og omfattende arbeid som ikke bare kommunene kan utføre og lage planer utifra.

Øremerkede midler eller ei, er et sentralt tema og som kommunene er bedt å si noe om. Øremerkede midler er å foretrekke i den grad en får midler i en størrelsesorden som lar seg planlegge for en kommune og mulig å rapportere på. Økonomiske overføringer til kommunen blir best utnyttet dersom de er i en størrelsesorden som gir muligheter for langsiktig planlegging. Øremerkede midler må harmonere med kommunens behov når det gjelder å tilby gode og forutsigbare tjenester, samt i forhold til innbyggertallet

Helse spørsmål dreier seg mye om juridiske spørsmål og rettigheter. Kommunens administrasjon er liten og har lite juridisk kompetanse. Fylkesmannen har en rekke kvalifiserte fagfolk innen dette felt, men oppleves ofte som lite konkrete i sine veiledninger og tilsyn.

Kap 5-6. Lovforslagets hovedtrekk, struktur, formål og virkeområde

Lovforslaget synes å innebære en sterk konsentrasjon av makt hos staten på bekostning av både kommunene og tjenesteutøverne. Flere forslag i høringsnotatet vil svekke kommunesektorens stilling vis a vis staten noe som ytterligere undergraver balansen mellom stat og kommune.

Det er behov for sterkere kommunal styring av legetjenesten, og det endelige lovforslaget må avspeile det. Høringsnotatene omgår ressursproblematikken, også knyttet til legetjenesten i kommunene.

Kommunens overordnede ansvar for fastlegeordningen bør tydeliggjøres og nedfelles i forskrift. Det er tvilsomt om kommunene får mer styring med hva legene gjør ved å øke finansieringsansvaret, (50/50 fordeling av basistilskudd/takster) og vi kan dermed ikke støtte nevnte forslag om økt kommunalt finansieringsansvar.

Vi går i mot at HOD ensidig kan fastsette ansvarsfordelingen mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Kap 7 Forholdet til annen lovgivning

Det synes viktig med journalplikt også for ansatte som i dag arbeider etter sosialtjenesteloven. Dette vil styrke kvaliteten på det arbeidet som utføres. Disse pliktene må ivaretas på en slik måte at det ikke gir betydelig forskyvning av ressursene fra å levere tjenester til dokumentasjonsarbeid. Taushetsplikten vil bli styrket og en sikkerhet for bruker ved yrkesutførelse innen for samme lovverk.

Slår en sammen disse lovene må det være en fordel at helseregisterloven gjelder for all behandling innen en og samme lov. Dette medfører økt samarbeid på tvers av faggruppene, noe som er en endring av lovens målsetning. Det vil kunne medføre økt tillit mellom de ulike tjenesteytere.

Kap 8 Nærmere om forholdet til helsepersonelloven

Forsvarlighetskravet blir presisert og tydeliggjort. Det vil stilles strengere krav til alle som yter hjelp etter lovforslaget.

Dokumentasjonsplikten blir ytterligere forsterket ved ny lov. Alt helsepersonell har dokumentasjonsplikt.

Forslaget om at mottakere av omsorgslønn ikke har dokumentasjonsplikt, støttes. Det synes ikke å være behov for dokumentasjon ved slik hjelp.

Den forvaltningsmessige og yrkesmessige/ profesjonsbestemte taushetsplikten for alt personell må sikres og ikke gjøres innviklet slik at taushetsplikten står i fare. Taushetsplikten bør skjerpes for ansatte i forvaltningen når det gjelder fødested, fødselsdato og nummer, sivilstand, osv., noe som kan bedre tjenestemottakerens tillit til forvaltningen.

Kap 9. Forholdet til forvaltningsloven

Det er viktig å opprettholde forvaltningens tillit utad. Dersom det er nødvendig med unntak fra hele loven kan det være aktuelt. Et helsepersonell som tildeler/ avviser en søknad blir i dag ikke vurdert mot sin habilitet. På bakgrunn i økt byråkrati, må ikke reglene settes slik at det blir økt ressursbruk på denne vurdering og formulering. Viktigheten av tillit utad bør komme frem i loven, men med egen vurdering av habilitet.

Vedr. forvaltningslovens kap IV og V og departementets anbefaling om ikke å komme til anvendelse ved tildeling og avslag på hjelp etter pasientrettighetsloven, vil det være tidkrevende, omfattende og ressurskrevende dersom enkeltvedtak skal omfattes etter dette lovverket. Det vil være mange ulike tolkningsvurderinger på tildeling eller avslag dersom

forvaltningslovens regelverk skal gjelde her. Forvaltningslovens kap IV og V om enkelvedtak ved tildeling av tjenester i hjemmet og plass i institusjon for et tidsrom på over to uker støttes.

Kap 10. Kommunens ansvar for å sørge for nødvendige helse- og omsorgstjenester

Forslaget innebærer et "sørge-for-ansvar" for kommunene for helse- og omsorgstjenester. Kommunene skal i hovedsak ha anledning til selv å velge hvordan tjenestene skal organiseres. Kommunene kan velge om de vil levere tjenestene selv, eller inngå avtaler med andre leverandører av tjenester.

Kap 11. Kommunens plikt til å tilby eller yte konkrete helse- og omsorgstjenester

Kommunen må få full kompensasjon for nye oppgaver. Dette gjelder både utgifter for å hindre innleggelse og utgifter til å etablere og drive kommunale senger, observasjon, behandling, i tillegg til å ta imot utskrivningsklare pasienter. Da trengs økt kompetanse, noe som vil være kostnadskreven og som må tas hensyn til i statlige overføringer. Staten må bidra til at det tilrettelegges for fagpersonell til å gjennomføre desentralisert videreutdanning.

Det vil være nyttig med avgrensning mellom kommunenes ansvar i forhold til spesialisthelsetjenestens ansvar. Grensen mellom kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste avhenger bl.a. av fagutvikling. Vi er uenige i at det må være en gråsoner mellom tjenestene slik at ansvars- og oppgavedeling skal avtales lokalt.

Loven formulerer ikke nå en eksplisitt plikt til å ha en kommunal legevaktordning. Begrepet heldøgns medisinsk akuttberedskap er brukt, noe som har et annet innhold. Det kan forventes at befolkningen fortsatt vil kreve et tilbud om heldøgns utredning og behandling for plagsomme tilstander, selv om de i utgangspunktet ikke er farlige. Vi mener kommunens plikt til å organisere legevakt bør forankres i lovteksten.

Det anbefales at departementet gjennom tydelig forskrift, viser hvordan kommunene skal yte og saksbehandle tjenesten habilitering og rehabilitering. Jfr § 3 -2 1. ledd, hva tilhører 2. linjetjenesten og hva tilhører oppgaven til 1. linjetjenesten?

Kap 12 Fremtidens kommunerolle og forholdet til spesialisthelsetjenesten

Ansvars- og oppgavedeling mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten bør gjøres på faglig grunnlag, og den må være dynamisk på bakgrunn av fagutviklingen, men ikke gjenstand for vesentlige lokale variasjoner.

Kap 13 Særlig om kommunens ansvar for øyeblikkelig hjelp

Vi støtter tankene om å innføre en plikt for kommunale institusjoner til å ta i mot egnede pasienter for observasjon, diagnostikk og behandling som øyeblikkelig hjelp. En slik plikt må baseres på innleggelse fra fastlege eller legevakslege, og vil kunne inkludere innleggelse av personer med kjente kronisk sykdommer eller redusert funksjonsevne, med forverring av kjente tilstander, manglende evne til å bli tatt hånd om hjemme mv.

Det vil være en forutsetning for dette at den kommunale institusjonen hvor dette skal skje, er tilfredsstillende bemannet med ulike typer fagpersonell (spesielt allmennlege og sykepleier), og at det finnes nødvendig laboratorieutstyr og annet teknisk utstyr, noe som vil trenge økte økonomiske rammer.

Kap 14 Kommunens ansvar for helsefremmende og forebyggende arbeid

Vi savner et tydeligere skille mellom primærforebygging og sekundær-/tertiærforebygging. I kommunene er primærforebyggingen bare i liten grad en oppgave for helsevesenet. Dette er fint beskrevet i forslag til ny folkehelselov. For eksempel er utvikling av overvekt, inaktivitet og livsstilsrelaterte sykdommer et samfunnsproblem som ikke løses gjennom individrettede tiltak i helsetjenesten. Her trengs et overordnet politisk planverk innen områdene kultur og idrett, samferdsel, utdanning, skatt- og avgift, arbeidsliv og helse/omsorg som trekke i samme retning.

Det vil være nyttig å definere begrepene "helsefremmende" og "forebyggende" arbeid. Den "proaktive" virksomheten skal styres av kunnskapsbaserte retningslinjer fra "berørte myndigheter" som Kunnskapssenteret og andre eksterne premissleverandører.

Kap 15. Kommunelegens rolle - medisinsk-faglig rådgiver

Vi støtter at kommunenes plikt til å ha at en kommuneoverlege videreføres.

Kap 16. Fastlegeordningen – endringer og nye krav til fastlegene.

Det bør utvikles tiltak for rekruttering av flere allmennleger/fastleger og oppretting av utdanningsstillinger/fastlønnsstillinger. Disse bør vektlegge eldremedisin, psykisk helse, rusmedisin i både grunnutdanningen og spesialistutdanning, og dermed stimulerer til etablering av døgntilbud, rehabilitering, palliativ behandling, oppsøkende virksomhet overfor skrøpelige eldre. Det trengs en avklaring om hva den nye legerollen innebærer, hva som trengs for å realisere ambisjonene bla om mer forebygging.

Kap 17 Undervisning, praktisk opplæring og videre- og etterutdanning

Spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt omtales i forslag til helse og omsorgsplan som et viktig virkemiddel for økt kompetanse i kommunehelsetjenesten. Det er bra med tilgang til veiledning ved behov, men når de som ser få prosent av pasientene har definisjonsmakten, fører det neppe til bedre kommunal helsetjeneste og kostnadskontroll. En kommunalt finansiert spesialisthelsetjeneste bør unngås. Dersom kommunehelsetjenesten skal overta spesialisthelsetjenestens kulturer og arbeidsmetoder vil man kunne miste gevinsten av kommunehelsetjenestens brede kompetanse. Kommunehelsetjenesten vil da bli like kostbar som spesialisthelsetjenesten. Kommunehelsetjenesten trenger å utvikle seg på egne premisser. Helsepersonell må ha trygge og gode arbeidsforhold. Uønsket deltidsarbeid og midlertidige ansettelser må minimaliseres.

Kap 18 Forskning

Hittil har den største delen av ressurser og midler innen forskning tatt utgangspunkt i spesialisthelsetjenesten. Vi mener det er uheldig at det er lite forskning som har sitt utspring i kommunehelsetjenesten.

Kap 19 Krav om forsvarlige tjenester, kvalitet og pasientsikkerhet

Før det gis detaljerte forskrifter på dette området, trengs sikker kunnskap om at tiltakene det legges opp til virkelig forbedrer helsetjenesten.

Det synes lite hensiktsmessig å erstatte: "faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp" (som er nåværende formulering) med "Forsvarlig og helhetlig, integrert, verdig helsehjelp som tar hensyn til lovpålagte plikter, med forsvarlige journal- og informasjonssystemer" slik det nå legges opp til.

Det synes ikke hensiktsmessig å innføre omfattende meldesystem for avvik og nesten-avvik, uten at meldesystem og sanksjonssystem skilles tydelig.

Gode elektroniske beslutningsstøtteverktøy er nyttige og nødvendige, slik at prosedyrer osv forankres i norsk allmennmedisin. Disse bør integreres med de elektroniske journalsystemene.

Kap 24 Samarbeid mellom kommuner

Det synes å være store utfordringer i forbindelse med frivillig samarbeid mellom kommunene, og mener at myndighetene må gi sterkere føringer mtp. hvordan samarbeid skal gjennomføres.

Kap 25 Avtalebasert lovpålagt samarbeid

Det trengs føringer for å sikre likeverdige avtaleparter. Det synes ikke hensiktsmessig å henvise ansvars- og oppgavedelingen til avtaler hvor den ene parten gis sterkest definisjonsmakt.

Økonomisk kompensasjon for pasienter som benytter kostbare medikamenter er noe vi vil poengtere. Ved nåværende ordning kan kommunene spare utgifter ved å unngå at pasienter med kostbare legemidler får sykehjemsplass, og i stedet tilby dem leilighet i bofellesskap. Det trengs ordninger som medfører at kommunene utelukkende kan ta hensyn til pasientens behov. Kompensasjonene må være styrt sentralt slik at pasientene ikke risikerer å bli skadelidende og slik at kommunene ikke trenger tenke taktisk for å spare utgifter. Sykehjem som nå påtar seg oppgaver som sykehusene hittil har hatt, får nå ofte i store økninger i utgifter til legemidler. Denne problematikken vil også kunne unngås dersom kompensasjon til legemidler styres sentralt.

Lokalmedisinsk senter bør defineres som et kommunalt helsetilbud. Samlokalisering med spesialisthelsetjenesten vil lett kunne føre til at det lokalmedisinske senteret kommer mer under spesialisthelsetjenestens innflytelse og blir drevet med spesialisthelsetjenestens metoder. En utvikling mot slik kommunalt finansiert spesialisthelsetjeneste bør unngås, da dette vil kunne gjøre lokalmedisinske sentra til virksomheter med et likeartet tilbud som i sykehus, men med svakere økonomi og lavere kvalitet.

Tilsvarende bør desentralisert spesialisthelsetjeneste tydeliggjøres som fullverdig spesialisthelsetjeneste, og ikke utføre eller ha faglig ansvar for oppgaver som hører hjemme i kommunehelsetjenesten.

Helsedirektoratet som er et organ nær tilknyttet en av partene, bør ikke være meklingsinstans hvis partene ikke kommer til enighet.

Kap 28 Økonomisk ansvarsfordeling mellom kommuner – oppholdsprinsippet

Interkommunalt samarbeid vedr. tilbud til ressurskrevende personer kan gi store økonomiske

utfordringer for vertskommunene. Oppholdsprinsippet i lovverket kan den sammenheng være en utfordring ved utflytting fra egen kommune. Det bør være mulig å sikre vertskommunene på en bedre måte slik at de kan unngå ekstra utgifter pga interkommunal samarbeid.

Kap 29 Finansiering og egenbetaling

For å kunne gi et likeverdig helsetjenestetilbud er det nødvendig at helsevesenet tilgodeser pasienter med lavere sosial og økonomisk status. Egenandeler på allmennlegetjenester er et problem i denne sammenheng. Dette kan bidra til at helsetjenesten forsterker, heller enn å motvirke, sosiale helseforskjeller.

Fastlegen bør være lett tilgjengelig for sårbare ungdommer. Som eksempel nevnes prevensjonsveiledning, rusproblemer, psykisk lidelse, overgrep og skader. Egenandeler kan hindre at disse gruppene søker lege.

Kap 30 Kommunal medfinansiering

De foreslåtte ordningene vil sannsynligvis kreve mer ressurser enn det som eventuelt spares. Modellene bør prøves ut og evalueres før det innføres som gjennomgående system. De økonomiske konsekvensene må kartlegges bedre, økte kostnader forutsettes fullfinansiert. En avgrenset modell for kommunal medfinansiering av sykehusbehandling, vil indirekte definere pasientgrupper som skal ha redusert tilgang til sykehustjenester. Det er svært uheldig og kan i verste fall bety nedprioritering til sykehusbehandling for pasientgrupper som trenger det aller mest: de eldste og skrøpeligste. Utvikling av nye tilbud i kommunehelsetjenesten trenger et bedre finansieringsgrunnlag enn de midlene kommunen vil få ved en ordning med kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenester. Pasientenes rett til nødvendige spesialisthelsetjenester kan ikke begrenses av at kommunen ønsker å bruke midlene til annet formål.

Kap 31 Kommunalt finansieringsansvar for utskrivningsklare pasienter

Dersom kommunene skal ha finansieringsansvar for utskrivningsklare pasienter, kan det ikke lenger være sykehusene alene som definerer når pasienten er utskrivningsklar. En pasient må ikke kunne defineres som utskrivningsklar før epikrisen er skrevet.

Kap 32 Lovendringer som understøtter elektronisk samhandling

Vi støtter forslag til endringer i lov og forskrift mtp. forsvarlighet, standardisering, krav til kravspesifikasjoner og bedre kommunikasjonsløsninger. Dette vil forutsette at staten må være villig til å finansiere et nasjonalt sammenhengende IKT system for helsetjenesten, noe som er et viktig statlig ansvar.

Elektronisk pasientjournal og elektroniske meldinger er en nødvendighet for å kunne yte en god tjeneste som bidrar til gode pasientforløp. Allmennlegene har EPJ og er på helsenett. Likevel oppleves problemer med meldingsutveksling. Det må bli enklere å sende meldinger og brukerne bør ha et gratis helsenett. Finansiering er en begrensende faktor for IKT-utvikling i helsevesenet.

Skal vi få optimalt utbytte av helsenettet og mulighetene for meldingsutveksling, trengs velfungerende og funksjonelle adresseregistre som kan lette samhandlingen. Norsk Helsenett må ha et ansvar for at NHN adresseregister blir tatt aktivt i bruk. Hittil har det vært et gap

mellom det NHN har oppfattet som et ferdig register og det sektoren trenger for at registeret skal brukes i daglig praksis.

Kap 33 Rettssikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemning

Det synes lite hensiktsmessig at bestemmelser om bruk av tvang og makt overfor personer med psykisk utviklingshemning og rusmiddelbrukere står i helse og omsorgsloven, mens helsehjelp til personer uten samtykkekompetanse som motsetter seg nødvendig helsehjelp, står i pasientrettighetsloven. Den omfattende dokumentasjonen som kreves er neppe det beste virkemiddelet for å redusere bruken av tvang og makt.

Kap 34 Særlige tiltak overfor rusmiddelmissbrukere, herunder bruk av tvang

Det er skuffende at denne lovrevisjonen bare viderefører tidligere rettsregler fra Lov om sosiale tjenester. Vi hadde ønsket oss en reell lovrevisjon på dette område som vurderte minst følgende forhold:

- Saksbehandlingsreglene for dette området er svært omstendelige og tidkrevende. For eksempel i tilfeller med overdose, bør det "automatisk" være grunnlag for tilbakeholdelse i inntil 10 dager for utrede/vurdere videre behandling
- Videre er det krevende for førstelinjetjenesten å holde seg oppdatert på spesialisthelsetjenestens tilbud og faglig kunnskap om tvang. Det bør vurderes om spesialisthelsetjenesten i større grad burde ta ansvar for utredning/saksbehandling
- Eigersund kommune hadde ønsket at inntak og tilbakehold i Institusjon uten samtykke, fikk med et nytt vilkår. I tilfeller hvor personer "var til vesentlig fare for andre" hadde man lovhjemmel for å benytte institusjonsplassering uten samtykke - på samme måte som innenfor lovgivning for psykisk helsevern. Vi har sett slike uheldige eksempler med omfattende rusbruk er vedvarende fare for andre, der påtalemakt og psykiatri ikke finner grunnlag for tvang, institusjonsplass uten samtykke burde da være mulig å benytte.

Kap 39 Økonomiske og administrative konsekvenser

Gjennomføring av samhandlingsreformen vil kreve en betydelig ressursøkning i kommunehelsetjenesten. Lovforslaget har som formål å legge til rette for gjennomføring av samhandlingsreformen. Hovedelementet i samhandlingsreformen er økt satsing på forebyggende og helsefremmende arbeid i kommunehelsetjenesten, og at en større del av helsetjenestene skal ytes av kommunehelsetjenesten.

Som en avslutning vil vi presisere viktigheten av en fullfinansiering til kommunehelsetjenesten. Skal kommunene kunne planlegge på sikt det som lovgivningen krever og videre kunne tilby et kvalitativt godt kommunalt helse og omsorgstilbud til sine innbyggere nå og på lengre sikt, må de økonomiske overføringer fra statlige hold være mer forutsigbare enn de er i dag. Forutsigbarheten bør ligge innenfor en 5- til 10-årsperiode. Dette anses som nødvendig dersom kommunene skal kunne planlegge gode og bedre tiltak. Også menneskelige ressurser er en faktor som må tas med i en langsiktig planlegging, da disse trengs dersom det skal være realistisk å kunne gjennomføre kommunale og statlige satsingsområder. Avklaringer på hva som er kommunens oppgaver er viktig i en tid hvor lovformuleringene viser til økt kommunalt ansvar og oppgaver.

Vedlegg til Høringsuttalelse til "Lov om folkehelsearbeid"
og Høringsuttalelse til " ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester" fra Eigersund
kommune.

Høringsuttalelsene er utarbeidet i en samlet arbeidsgruppe sammensatt av følgende personer
fra Eigersund kommune:

Kommunalsjef for Levekår Kåre Ingvar Helland
Kommuneoverlege Bjarne Rosenblad
Leder for Nav, Eigersund, Egil Tengs
Leder Lagård bo- og servicesenter Margrethe Askvik Håland
Helsefaglig ansvarlig Anne Brit Wetlesen Tengesdal
Fagkonsulent Sigrund Berge Midbrød

Eigersund 2011-01-13