

FLEKKEFJORD KOMMUNE

Saksfremlegg

Saksbehandler: Bernhard Nilsen
Arkivsaksnr: 10/1440
Arkiv: G00

SAKSGANG			
Styre, utvalg, komite m.m.	Møtedato	Saksnr.	Saksbehandler
Utvalg for helse og velferd	18.01.2011	001/11	BNI

Høring - forslag til ny helse- og omsorgslov og ny folkehelselov og ny folkehelselov

Saksdokumenter:

Nr	T	Dok.dato	Avsender/Mottaker	Tittel
1	I	18.10.2010	Helse- og omsorgsdepartementet HOD	Høring - forslag til ny kommunal helse- og omsorgslov
4	I	25.10.2010	Postmottak HOD	Høring - forslag til ny folkehelselov
2	I	23.12.2010	ULOBA	Regjeringen svekker BPA-ordningen

UHV-001/11

Vedtak:

Utvalg for helse og velferd slutter seg til det fremlagte forslaget til høringsuttalelse for Flekkefjord kommune.

Saksopplysninger:

Helse- og omsorgsdepartementet sendte den 18.10.2010 på høring forslag til **ny helse og omsorgslov** og forslag til **ny folkehelselov**. Høringsfristen er 18.1.2011. Samtidig pågår det en høring i forbindelse med ny helse- og omsorgsplan.

Planen er at de nye lovene skal vedtas i Stortinget våren 2011 og at de skal iverksettes fra 1.1.2012. Bakgrunnen er St.meld. nr 47. Samhandlingsreformen., og målene med denne er blant annet:

- Økt livskvalitet og redusert press på helsevesenet gjennom satsning på helsefremmende og forebyggende arbeid
- Dempet vekst i bruk av sykehustjenester ved at en større andel 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

Lov om kommunale helse og omsorgstjenester slår sammen to lover, lov om sosiale helsetjenester og lov om kommunehelsetjenester. Forslag til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester legger blant annet til rette for at kommunene skal ta et større ansvar for pasienter som til nå har vært spesialisthelsetjenestens hovedansvar. Kommunene får et "sørge-for-ansvar" og loven er i stor grad en pliktlov, ikke en rettighetslov.

Loven legger også til rette for økt kommunal innsats i forhold til forebygging, tidlig intervensjon og tiltak mot unødvendig innleggelse av pasienter i sykehus, økt samarbeid med andre kommuner, fylkeskommuner og helseforetak, herunder plikt til å inngå avtaler med helseforetak. Rehabilitering trekkes eksplisitt frem som et område hvor kommunehelsetjenesten vil ha forutsetninger for å overta oppgaver fra spesialisthelsetjenesten.

Kommunene foreslås å få betalingsplikt for utskrivingsklare pasienter og det skisseres to mulige nye finansieringsordninger som svar på ny oppgavedeling. Videre innebærer lovforslaget at kommunene plikter å etablere en egen pasientkoordinator til mennesker med behov for langvarige og sammensatte tjenester, samt at etablering av koordinerende enheter blir lovpålagt.

Kommunenes ansvar for pasient- og pårørende opplæring, forskning og utvikling økes slik at det i større grad harmoniserer med oppgavene til spesialisthelsetjenesten. Lovforslaget tydeliggjør videre kommunenes overordnede ansvar for fastlegeordningen og foreslår innføring av nasjonale kvalitets- og funksjonskrav. Helse og omsorgsdepartementet ber høringsinstansene særskilt vurdere i hvilken grad kommunene skal plikte å etablere øyeblikkelig hjelp tilbud.

Ny lov om folkehelse legger blant annet et større ansvar på kommunene i forhold til sektorovergripende folkehelsearbeid, krav om å ha oversikt over helsetilstanden og forhold som påvirker denne, samt krav til forankring av mål og strategier i planprosesser. Hovedtrekk i lovforslaget er at:

- ❑ Ansvaret for folkehelsearbeid legges til kommunen som sådan. I dag ligger ansvaret i kommunen ved sin 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.
- ❑ 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.
- ❑ Kommunene skal iverksette nødvendige tiltak for å møte lokale utfordringer.

Nedenfor følger en gjennomgang av de ulike forslagene strukturert på bakgrunn av kapittel-inndelingen i Lov om ny helse- og omsorgslov før det gis en tilsvarende gjennomgang av forslagene i ny Folkehelselov, også denne gjennomgangen med basis i kapittel-inndelingen i høringsdokumentet. I etterkant av hvert avsnitt følger forslag til høringsuttalelse fra Flekkefjord kommune. Avslutningsvis gis noen generelle merknader til høringsdokumentene og forutsetningene som legges til grunn for implementering av lovene.

Rådmannens forslag til høringsuttalelse for Flekkefjord kommune bygger i det alt vesentligste på det forslaget prosjektkoordinator for helsennettverk i Lister, Inger Marethe

Egeland, har utarbeidet på vegne av alle de seks kommunene i Listerregionen. Kommunens merknader er gjengitt i kursiv skrift. En samlet oversikt over høringsdokumentene finnes på:

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/hoeringer/hoeringsdok/2010/horing2.html?id=621189>

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/hoeringer/hoeringsdok/2010/horing1.html?id=621026>

Vurderinger:

Flekkefjord kommune mener det er viktig med en større omlegging av dagens helse- og omsorgstjenester i lys av de utfordringene vi står ovenfor i fremtiden mht. demografisk utvikling, økningen i antall mennesker med kroniske lidelser, samt erkjennelsen at pasienter og brukere opplever dagens tjenester som fragmenterte og støtter derfor intensjonene bak samhandlingsreformen.

KAPITTEL 6 LOVFORSLAGETS STRUKTUR, FORMÅL OG VIRKEOMRÅDE

Forslaget til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester skal erstatte og harmonisere dagens kommunehelsetjenestelov og sosialtjenestelov. Dagens lovmessige skille mellom helsetjenester etter kommunehelsetjenesteloven og omsorgstjenester etter sosialtjenesteloven vil dermed bli opphevet. Departementets lovforslag bygger på at øvrig helselovgivning som utgangspunkt skal komme til anvendelse på alle tjenestene etter den nye loven. Dette betyr at klageadgang, tilsyn, personellens yrkesutøvelse m.m. vil bli regulert i andre lover, og at det i den nye loven som hovedregel ikke blir nødvendig å skille mellom helsetjenester og andre tjenester.

Den nye loven vil medføre en felles tjeneste med felles regelverk. Enkelte deler av sosialtjenesteloven ble skilt ut i lov 18. desember 2009 nr. 131 om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen. Dette gjelder reglene om økonomisk sosialhjelp, kvalifiseringsprogram og kvalifiseringsstønad. Loven omfatter også kommunens ansvar for å medvirke til å skaffe boliger til personer som ikke selv kan ivareta sine interesser på boligmarkedet og plikt til å skaffe midlertidig husvære for dem som ikke klarer det selv. I forslag til ny folkehelselov foreslås det blant annet at gjeldende bestemmelser om miljørettet helsevern i kommunehelsetjenesteloven kapittel 4a, samt enkelte andre bestemmelser om folkehelsearbeid, flyttes til den nye folkehelseloven.

I ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester foreslås en formålsbestemmelse som kombinerer innholdet i sosialtjenesteloven § 1-1 og spesialisthelsetjenesteloven § 1-1. Loven vil i stor grad innrettes mot en rendyrket "pliktlov" eller "tjenestelov" for kommunene, noe som innebærer at hvilke personer loven gjelder for og hvilke rettigheter den enkelte pasient har etter loven i stor grad vil måtte bestemmes etter annen lovregulering, hvor særlig pasientrettighetsloven vil være sentral.

Flekkefjord kommune deler departementets vurdering om at en felles lov om kommunale helse- og omsorgstjenester vil gi et bedre grunnlag for å oppnå et oversiktlig og helhetlig regelverk enn en regulering i to atskilte lover. Kommunen har ingen merknader til lovforslagets formål eller virkeområde.

KAPITTEL 7 OG 8 FORHOLDET TIL ANNEN LOVGIVNING OG NÆRMERE OM FORHOLDET TIL HELSEPERSONELLOVEN

I lovforslaget foreslås det at helsepersonelloven skal gjelde for alt personell som yter tjenester etter den nye loven. Dette vil innebære at personell som i dag yter tjenester omfattet av sosialtjenesteloven, men som ikke er å anse for helsehjelp i henhold til

helsepersonellovens definisjon (for eksempel hjemmehjelp og støttekontakt, men ikke personer som mottar omsorgslønn), i fremtiden vil være underlagt helsepersonellovens bestemmelser knyttet til yrkesutøvelsen. For personell som i dag yter tjenester etter sosialtjenesteloven, vil endringen medføre en utvidelse og klargjøring av plikter i forhold til den enkelte tjenestemottaker og tjenesteutøvelsen.

Departementet foreslår videre at helseregisterloven bør gjelde ved all behandling av helseopplysninger for helseomsorgstjenesteformål. Dette innebærer at den databehandlingsansvarlige for opplysningene må organisere og tilrettelegge virksomheten på en slik måte at urettmessige tilegninger av taushetsbelagte pasient – og brukeropplysninger, ikke skjer.

Flekkefjord kommune er positiv til harmoniseringen i lovverket. Kommune noterer seg imidlertid at departementet ikke har foretatt en samlet utredning av hvilke administrative og økonomiske konsekvenser det vil innebære å gjøre helseregisterloven gjeldende ved all tjenesteyting (opplæring, IKT utstyr mv). En del av det personellet som ved ny lov vil bli underlagt helsepersonelloven arbeider i dag ved NAV kontor. Enkelte av NAV kontorene har valgt en såkalt generalist modell, noe som vil innebære at alt personell ved de NAV kontor som har generalist modell vil bli underlagt helsepersonelloven.

Når det gjelder dokumentasjonsplikt i forbindelse med for eksempel enkelte typer omsorgstjenester og tjenester for utviklingshemmede, er dette hjelp/tjenester hvor personellet ofte vil ha en selvstendig rolle og i stor grad er alene om å gi hjelpen. Alle som gir tjenester av typen hjemmehjelp, praktisk bistand og støttekontakter vil omfattes av helsepersonell loven og være underlagt journalføringsplikt.

Flekkefjord kommune er enig i departementets vurdering om å avgrense begrepet helseinstitusjon mot aldershjem og barnebolig. Kommunen vil understreke at det med den utvidede journalføringsplikten og krav om taushetsplikt bør sikres gode IKT-systemer og systemer for opplæring av personell, noe som vil kreve økonomiske ressurser.

Dagens regelverk om taushetsplikt i helse- og omsorgssektoren er komplisert og til dels uoversiktlig. Flekkefjord kommune støtter departementets forslag om å samordne reglene om taushetsplikt ved at helsepersonellovens regler om taushetsplikt skal gjelde for alt personell som tilbyr eller yter hjelp eller tjenester som omfattes av forslaget til lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, samt at det blir presisert at forvaltningsloven §§ 13 – 13e skal komme til anvendelse overfor enhver som utfører tjeneste eller arbeid etter loven, herunder for eksempel kommunens bestillerkontor.

KAPITTEL 9 FORHOLDET TIL FORVALTNINGSLOVEN

I henhold til pasientrettighetsloven er hovedregelen at forvaltningsloven ikke gjelder ved tildeling av helsehjelp. I dag gjelder imidlertid forvaltningsloven ved tildeling eller bortfall av sykehjemsplass, for vedtak om hjemmesykepleie og ved tildeling av omsorgstjenester. I forslag til ny helse- og omsorgslov foreslås det at forvaltningsloven skal gjelde for kommunens virksomhet, med unntak for vedtak om hjelp etter § 3-2.

I forslag til ny helse- og omsorgslov skal reglene om enkeltvedtak som utgangspunkt gjelde ved tildeling av hjelp som ytes på institusjon eller i hjemmet, og som strekker seg over et visst tidsrom. Forslaget innebærer imidlertid at forvaltningslovens regler om enkeltvedtak ikke skal gjelde ved tildeling av kortvarige tjenester i hjemmet, for eksempel hjemmehjelp, eller korttidsplass på institusjon, for eksempel på sykehjem.

Flekkefjord kommune er enig i at det nye forslaget vil bidra til en smidigere ordning enn i dag i tilfeller der det er nødvendig å gi akutt og kortvarig hjelp, for eksempel ved behov for korttidsplass i institusjon.

KAPITTEL 10

KOMMUNENS ANSVAR FOR Å SØRGE FOR NØDVENDIGE HELSE- OG OMSORGSTJENESTER

I følge dagens lovgivning skal kommunene "sørge for" nødvendig helsetjeneste ifølge kommunehelsetjenesteloven og "yte tjenester etter" sosialtjenesteloven. Sosialtjenesteloven omfatter alle som oppholder seg i kommunen, mens kommunehelsetjenesteloven omfatter alle som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen. Forslag om en felles lov om kommunale helse- og omsorgstjenester skal harmonisere dagens kommunehelsetjenestelov og sosialtjenestelov.

I forslaget § 3-1 første ledd heter det derfor at kommunen skal "sørge for at personer som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester". Begrepet "sørge for" pålegger kommunen ansvaret for at tjenestene gjøres tilgjengelige for de som har rett til å motta tjenester. Kommunene skal fortsatt kunne velge om de ønsker å utføre de nødvendige tjenestene selv eller inngå avtale om dette med andre.

Flekkefjord kommune er positive til at den foreslåtte reguleringen innebærer en tydeligere ansvars plassering, og at kommunen står fritt til å velge hvordan tjenestene skal organiseres. Når 1. og 2. linjetjenesten begge får et "sørge-for-ansvar" krever det at det i forarbeidene til loven, eller i selve lovteksten, angis tydelig hvilken ansvarsfordeling som er gjeldende. Ved uenighet bør uenigheten avgjøres av et uavhengig tvisteløsningsorgan. Kommunene bør utnevne leder for tvisteløsningsorganet dersom dette skal håndteres lokalt.

KAPITTEL 11

KOMMUNENS PLIKT TIL Å TILBY ELLER YTE KONKRETE HELSE- OG OMSORGSTJENESTER

Ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester skal utformes som en mer rendyrket pliktlov for kommunen, mens den enkeltes rettigheter i størst mulig grad samles i pasientrettighetsloven, Forslaget gir kommunene større frihet når det gjelder organisering av ulike tjenester og når det gjelder sammensetning av nødvendig fagkompetanse for å oppfylle kommunens plikter. Med unntak for bruk av begrepet "fastlegeordning" er lovforslaget profesjonsnøytralt.

Flekkefjord kommune deler departementets syn på at forslaget til ny helse- og omsorgslov vil være mer dynamisk og anvendbar i forhold til helsefaglig utvikling og nye måter å organisere tjenestetilbudet på. Flekkefjord kommune støtter videre at det i forslaget gis mulighet for lokale tilpasninger og handlefrihet i forhold til en hensiktsmessig organisering av tjenestene ut fra lokale ønsker og behov.

KAPITTEL 12

FREMTIDENS KOMMUNEROLLE OG FORHOLDET TIL SPESIALISTHELSETJENESTEN

Samhandlingsreformen legger opp til økt aktivitet i kommunene. Forslag til ny helse- og omsorgslov angir rammene for det kommunale ansvaret for helse- omsorgstjenesten, uten i detalj å angi hvilke tjenester kommunen skal utføre. Kommunen vil med andre ord ha ansvar for å yte de helse- og omsorgstjenester som ikke saklig kan begrunnes/angis som spesialisthelsetjeneste eller tannhelsetjeneste. Departementet mener man må erkjenne at det eksisterer "gråsoner" mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, og at fordelingen av ansvar mellom de to nivåene ikke fullt ut kan løses gjennom lov eller forskriftsregulering. De eventuelle problemer som oppstår som følge av "gråsonene" forsettes redusert gjennom lovpålagte avtaler mellom helseforetakene og kommunene.

Vurderinger gjort av Helsedirektoratet tilsier at kommunene kan overta anslagsvis 10 % av liggedøgnene og 10 % av de polikliniske konsultasjonene i spesialisthelsetjenesten ved å

opprette alternative tilbud i kommunehelsetjenesten. Helsedirektoratet vurderer potensialet å være enda større; anslagsvis 20-30 % av døgn og polikliniske konsultasjoner kan like gjerne utføres i kommunal helse- og omsorgstjeneste.

De polikliniske konsultasjonene omfatter pasientgrupper med kroniske lidelser, bl.a. hjertesykdommer, diabetes, luftveislidelser (KOLS og astma) og muskel – og skjelettlidelser, mens liggedøgnene er knyttet til pasienter med kroniske lidelser som bl.a. diabetes, lungesykdommer, hjerte/karsykdommer og muskel - og skjelettlidelser.

Dersom kommunene ikke velger å bygge opp eget tilbud og fortsetter å benytte seg av spesialisthelsetjenestetilbud i samme omfang som tidligere, skal helseforetakene få midlene som er flyttet til kommunene tilbake i form av en døgn-sats for utskrivningsklare pasienter og en medfinansieringssats på 20 pst. av pasientbehandling i en mulig avgrenset modell for kommunal medfinansiering. Dersom kommunene kan overta og gi kommunale tilbud til alle aktuelle pasienter i løpet av kort tid, vil helseforetakene ikke motta inntekter knyttet til disse pasientene. Aktivitetene det tas sikte på å overføre vil kunne gis som kommunale tilbud før, i stedet for og etter sykehusinnleggelse, og vil innenfor pasientforløpet knytte seg for eksempel til akutttilbud, etterbehandling og observasjon. Dette vil for eksempel kunne bestå i ambulante team, tverrfaglige tilbud og habilitering/rehabiliteringstjenester.

De siste årene har det skjedd en gradvis oppgaveforskyvning fra spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten, uten at dette har gjenspeilet seg i finansieringssystemene. Flekkefjord kommune er positiv til en omfordeling av oppgaver forutsatt at det med følger nødvendige økonomiske rammer, men stiller seg undrende til hvordan kommunene skal kunne levere like gode tjenester til innbyggerne med 1/5 av ressursene som tilsvarende tilbud er stipulert til å kreve i spesialisthelsetjenesten, samtidig som kvaliteten forutsettes å være like god.

Flekkefjord kommune er også enig i vurderingene som tilsier at flere tjenester kan gis i kommunene, men vil understreke at oppbygging av kompetanse og tilbud nødvendigvis vil ta tid og kreve ressurser.

KAPITTEL 13 SÆRLIG OM KOMMUNENS ANSVAR FOR ØYEBLIKKELIG HJELP

I kapittel 13 omtaler departementet behovet for kommunale tilbud om døgnopphold for helse- og omsorgstjenester til pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp og døgnopphold i forbindelse med observasjon, undersøkelse og behandling. Departementet ber høringsinstansene om å kommentere behovet for å lovfeste i ny lov § 3-5 at kommunene skal sørge for tilbud om døgnopphold for helse- og omsorgstjenester til pasienter med behov for øyeblikkelig helsehjelp.

Departementet ber også om kommentarer til om en slik evt. lovfesting bør suppleres med en bestemmelse om at kommunen vil kunne oppfylle plikten ved å inngå avtale med regionalt helseforetak eller helseforetak om at sistnevnte skal utføre oppgavene på vegne av kommunen. HF skal i så fall ikke kunne motsette seg en slik løsning.

Oppgaven gjelder kun for de pasientgruppene som kommunen selv har mulighet til å utrede, behandle eller yte omsorg. I hovedsak vil dette gjelde pasienter med kjente sykdommer som ved forverring av sin tilstand kan få en på forhånd kjent og avtalt behandling. Den ønskede utviklingen innebærer derfor ikke at kommunen skal ta seg av nye pasientgrupper. For pasientene er det en fordel å få et tilbud lokalt.

I notatet står det at det døgnåpne tilbudet vil finansieres av kommunenes frie inntekter og evt bidrag fra helseforetaket, herunder i form av samarbeidsprosjekter. Regjeringen utreder en helhetlig finansieringsmodell som skal legge til rette for at kommunene kan overta døgnopphold tilsvarende 10% av liggedøgn i spesialisthelsetjenesten, knyttet til bla. somatiske obs senger, akutt plasser og utskrivningsklare somatiske pasienter.

Flekkefjord kommune er enig i at kommunen kunne ha håndtert en del av øyeblikkelig hjelp-henvendelsene fra egne innbyggere dersom nødvendig utstyr, midler til drift og kompetanse var stilt til rådighet. Det finnes en rekke mulige løsninger for å ivareta en slik plikt i kommunene, enten i sykehjem, gjennom etablering av lokalmedisinske senter, eller i form av ambulante team.

Flekkefjord kommune stiller seg likevel spørrende til om et slikt heldøgns bemannet tilbud nødvendigvis vil være rimeligere å drifte i 1. linjetjenesten fremfor i 2. linjetjenesten. Mange av landets kommuner er for små til at det er pasientgrunnlag eller tilgang på nok kvalifisert personell til at drift av et slikt døgntilbud kan forsvares. Drift av et ø-hjelp døgntilbud vil kreve samarbeid mellom flere kommuner i regionen. I dag er det kun samkommunemodellen eller vertskommunemodellen som er aktuelle når det er snakk om offentlig myndighetsutøvelse. Selv om det finnes gode eksempler på at kommunene klarer å komme fram til praktisk gode samarbeidsløsninger (eksempelvis interkommunale legevaktsordninger), så vil omfanget og arten av oppgaver her bli et annet.

Flekkefjord kommune er usikker på om de interkommunale modellene vil representere gode nok løsninger med tanke på å sikre lokaldemokratisk styring og kontroll. Mange pasienter vil foretrekke et lokalt tilbud, men dette gjelder kun dersom tilbudet har like høy kvalitet som det man kan tilby i spesialisthelsetjenesten.

KAPITTEL 14 KOMMUNENS ANSVAR FOR HELSEFREMMEDE OG FOREBYGGENDE ARBEID

I lov om kommunale helse- og omsorgstjenester foreslås det økt fokus på kommunens ansvar for helsefremmende og forebyggende arbeid. Kommunen har allerede i dag et slikt ansvar, men dette foreslås ytterligere tydeliggjort i ny lov. Lovforslagets § 3-3 definerer kommunens ansvar for helsefremmende og forebyggende arbeid slik: "Helsefremmende og forebyggende arbeid etter § 3-2 skal blant annet omfatte systematiske tiltak for å identifisere personer som står i fare for å utvikle psykisk eller somatisk sykdom, lidelse eller helseproblem, sosiale problemer eller et rusmiddelproblem og iverksette forebyggende tiltak og tidlig intervensjon i henhold til anerkjent faglig standard.

Flekkefjord kommune er av den oppfatning at enhver innbygger potensielt står i fare for å utvikle psykisk eller somatisk sykdom, lidelse eller helseproblem, sosiale problemer eller et rusmiddelproblem. På denne bakgrunn vil identifisering av personer som omfattes av kommunens ansvar være en enkel oppgave, mens ressursene som vil kreves for å iverksette forebyggende tiltak og tidlig intervensjon for alle innbyggere, vil være betydelige.

Flekkefjord kommune har i denne sammenheng notert seg at det i høringsdokumentet fremholdes at "de oppgavene som er skissert i dette kapitlet innebærer en videreføring av gjeldende rett, og vil følgelig ikke medføre økonomiske eller administrative konsekvenser". Kommunen vil påpeke at utfordringene mht. folkehelse og helsefremmende arbeid ikke løses gjennom lovendring alene, men vil kreve både tid og ressurser. Uten en betydelig nasjonal innsats og tilsvarende ressurser vil alle de gode tiltakene som høringsnotatet fremhever ikke bli fulgt opp i praksis.

Flekkefjord kommune mener videre at forslaget om å presisere i fastlegeforskriften at fastlegenes listeansvar dekker forebyggende tjenester og proaktiv oppfølging, samt forslaget om å innføre nasjonale kvalitets- og funksjonskrav med tilhørende rapporteringskrav, vil være et viktig steg i riktig retning. Kommunen støtter derfor også den planlagte gjennomgangen av grønn resept – og røykeavvenningstakstene.

KAPITTEL 15 OG 16 KOMMUNELEGENS ROLLE OG FASTLEGEORDNINGEN

I høringsnotatet drøftes i hvilken grad innretningen på loven, med en overordnet ansvarsregulering for kommunene, kan tale mot å stille krav til spesifikk kompetanse i form av krav om kommunelegestilling. Departementet foreslår likevel å videreføre dagens kommunelegeordning. Kommunelegens hovedfunksjon er å være medisinskfaglig rådgiver for helse-tjenesten, øvrig administrasjon og politiske organer i kommunen. Departementet mener plikten til å ha kommunelege bør følge av både helse- og omsorgsloven og folkehelseloven, og at det i begge lover må gjøres rede for hvilke oppgaver som kan ligge til funksjonen som kommunelege etter den enkelte lov.

Flekkefjord kommune støtter departementets forslag om å videreføre rollen som kommunelege, men mener at det også bør åpnes for at noen av de oppgavene som tidligere har blitt lagt under kommunelegen kan ivaretas av andre. Flekkefjord kommune er også opptatt av at det vil bli en utfordring å utdanne og rekruttere kommuneleger med samfunnsmedisinsk kompetanse i fremtiden og at det derfor bør legges til rette for at flere kommuner kan gå sammen om å ansette en eller flere kommuneleger på heltid.

Fastlegereformen har på mange områder vært vellykket og departementet ønsker derfor å videreføre de grunnleggende strukturer fastlegeordningen bygger på, men ønsker å tydeliggjøre i fastlegeforskriften at fastlegetjenesten er et offentlig og kommunalt forankret tjenestetilbud. Dette gjelder uavhengig av om tjenesten utføres av leger som er ansatt i kommunen eller av leger som er selvstendig næringsdrivende med fastlegeavtale. For å sikre at bestemte nasjonale kvalitets- og funksjonskrav blir en del av enhver fastlegepraksis, foreslår departementet å presisere i forskriftshjemmelen til fastlegeordningen i ny kommunal helse- og omsorgslov at departementet kan gi forskrift med nærmere bestemmelser om hvilke kvalitets- og funksjonskrav kommunene kan stille til fastlegevirksomhetene.

Det foreslås videre en presisering av listeansvaret og at dette vil medføre at kommunene vil få bedre muligheter til å styre fastlegene. Dette må ses i sammenheng med nye kvalitets- og funksjonskrav. Ved å få en rapporteringsplikt, vil kommunene lettere kunne se hva fastlegene faktisk gjør og følgelig ha muligheten til å komme med krav om korrigerende arbeid i henhold til listeansvaret.

Flekkefjord kommune støtter forslaget om å presisere fastlegens listeansvar i forskrift og innføring av nye kvalitets- og funksjonskrav, da forskrift er mer oversiktlig og lettere tilgjengelig enn en avtale og fordi fastlegens oppgaver og ansvar ikke i sin helhet bør være gjenstand for forhandlinger, men nasjonale retningslinjer.

Flekkefjord kommune mener forslaget om å presisere i forskrift at fastlegens listeansvar skal omfatte proaktiv oppfølging av pasienter på egen liste i tråd med faglige normer og nasjonale faglige retningslinjer (for eksempel innkalling av pasienter som ikke selv oppsøker legen) vil være et godt tiltak, dersom det skjer i samsvar og i samarbeid med øvrig helsetjeneste i kommunen, og ikke blir noe som oppleves som "et nødvendig onde" av fastlegen og derfor gjennomføres som et rent pliktbesøk. Det er en forutsetning for fastlegenes økte oppgaver at det utdannes flere allmennpraktikere og at kommunene får ressurser til å ansette flere leger i faste kommunale stillinger.

I høringsnotatet til ny helse- og omsorgslov fremgår det at departementet ønsker å utrede en modell med 50 % per capita og 50 % stykkpris finansiering av fastlegevirksomheten. I dagens finansieringsmodell er det staten, gjennom refusjonsordninger hjemlet i folketrygdloven, og pasientene (gjennom egenandeler), som bærer hoveddelen av kostnadene knyttet til fastlegeordningen. Disse stykkprisrefusjonene utgjør om lag 75 % av fastlegens inntekter. De resterende 25 % utgjøres av per capita-tilskuddet (fast tilskudd per innbygger på listen), som utbetales av kommunen. Per capita-tilskuddet er altså en rammebasert avlønning. Den varierer ikke med fastlegens aktivitet, bare med hvor mange innbyggere som til enhver tid står på legens liste. Tilskuddet inngår i kommunenes frie inntekter.

Flekkefjord kommune støtter en omlegging av finansieringsordningen for fastlegeordningen fra 75/25 til 50/50 stykkpris/per capita tilskudd fordi dagens modell med høy stykkpris finansiering potensielt gir et for stort incitament til å behandle flest mulig pasienter, noe som fører til korte konsultasjoner og høyt arbeidspress hos leger. Videre vil annet allmennlegearbeid som lønnes på timesbasis oppfattes som mindre lønnsomt for legen enn behandling av pasienter i egen praksis. Kortere lister må kompenseres for gjennom å øke antallet fastlege i kommunene. Flekkefjord kommune forutsetter at kommunene, ved eventuelle endringer i fastlegeforskriften og finansieringsordningen, gis de økonomiske vilkårene som er nødvendige for at endringene skal kunne gjennomføres.

KAPITTEL 17 OG 18

UNDERVISNING, PRAKTISK OPPLÆRING OG VIDERE- OG ETTERUTDANNING

I dag ønsker de fleste som er ferdig utdannet sykepleier å arbeide i spesialisthelsetjenesten fremfor kommunehelsetjenesten. Dersom en større andel av og mer spesialiserte helse- og omsorgstjenester i fremtiden skal gis i kommunene må dette endres.

Flekkefjord kommune er opptatt av at utdanningsinstitusjonene i samarbeid med kommunene og spesialisthelsetjenesten, stimuleres til å utvikle forslag til nye rammeplaner som tar hensyn til fremtidens helse- og omsorgstjenester. Kommunene må settes ressursmessig i stand til å følge opp lærlinger, studenter og turnuskandidater, på lik linje med hva som er normen i spesialisthelsetjenesten.

I høringsnotatet står det at departementet vil videreføre og benytte muligheten for å utarbeide forskrift og at en felles forskrift om undervisning og praktisk opplæring i kommunal helse- og omsorgstjeneste og i spesialisthelsetjenesten kan tydeliggjøre og presisere samlet ansvar for foretakenes og kommunenes medvirkning til undervisning og praktisk opplæring av helsepersonell. Videre foreslås det at samarbeid om utdanning skal være et av områdene som skal inngå i de lovpålagte samarbeidsavtalene mellom helseforetak og kommunene. Dette legger til rette for å se utdanningsbehovet i kommunen og i spesialisthelsetjenesten i sammenheng og kan legges til grunn for en felles planlegging.

Flekkefjord kommune støtter disse forslagene og understreker viktigheten av at midler knyttet til forskning, utdanning og opplæring av pasienter og pårørende følger oppgavene.

For at pasienter og brukere skal få kunnskap om i hvilken grad de tjenester som i fremtiden forventes produsert i primærhelsetjenesten er av samme kvalitet som de tjenester som gis i spesialisthelsetjenesten er det behov for å øke innsatsen på forskning innen kommunehelsetjenesten. I dag brukes det betydelig mer ressurser til forskning innen spesialisthelsetjenesten, mens brorparten av helse- og omsorgstjenester ytes av kommunehelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten har gjerne egne forsknings- og utviklingsenheter. Departementet foreslår at forskning inngår som et frivillig tema partene skal omtale i samarbeidsavtaler.

Flekkefjord kommune mener at dersom det skal være reell likeverdighet mellom avtalepartene bør staten legge til rette for etableringen av og avsette midler til regionale FoU – avdelinger med helse- og omsorgspersonell fra de deltakende kommunene, eksempelvis i form av tilstrekkelig finansierte frikjøps- og hospiteringsordninger. Disse FoU- avdelingene bør samarbeide tett med de ulike kompetansesentrene som har blitt etablert, samt med de regionale utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester.

KAPITTEL 19 OG 20

KRAV OM FORSVARLIGE TJENESTER, KVALITET OG PASIENTSIKKERHET

Gapet mellom folks forventninger til helsetjenesten, de medisinske mulighetene og ressursene som kan stilles til disposisjon, betyr at det må foretas strenge prioriteringer for å sikre at helseressursene brukes på best mulig måte for hele befolkningen. Kvaliteten i helsetjenesten må derfor vurderes ut fra i hvilken grad helsetjenesten som helhet – gitt ressursrammer og øvrige betingelser – gir den enkelte pasient best mulig helsehjelp, samtidig som helsehjelpen skal være likeverdig og rettferdig fordelt på tvers av brukergrupper, sosial status, kjønn, etnisitet og bosted.

Sammenlignet med reguleringen innenfor spesialisthelsetjenesten og reguleringen knyttet til det enkelte helsepersonell, er kommunens virksomhetsansvar for å yte eller tilby forsvarlige tjenester mer indirekte og fragmentert regulert. Departementet foreslår derfor at det i ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 4-1 første ledd presiseres at helse- og omsorgstjenester som tilbys eller ytes i henhold til loven skal være forsvarlige.

Forsvarlighetsplikten vil innebære at kommunen skal tilrettelegge sine tjenester slik at den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og integrert helse- og omsorgstjenestetilbud og slik at helse- og omsorgstjenesten og personell som utfører tjenestene blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter. I kapitlet foreslås det også å presisere i lovforslaget at forsvarlighetsplikten vil innebære at kommunen skal tilrettelegge sine tjenester slik at den enkelte pasient eller bruker gis et verdig tjenestetilbud.

I høringsdokumentet fremheves pasientsikkerhet som et viktig element og det tas inn under definisjoner i lovforslagets § 1-3 punkt d. Departementet foreslår at videre at internkontrollforskriften revideres med hensyn til pasientsikkerhet og kvalitetsforbedringsarbeid og at det tas inn krav til virksomhetens systematiske arbeid med pasientsikkerhet, samt at ny bestemmelse om plikt til systematisk pasientsikkerhetsarbeid tas inn i ny helse- og omsorgslov § 4-2 og i spesialisthelsetjenesteloven ny § 3-4 b.

Ansvar for et kvalitativt godt tjenestetilbud påhviler kommunen, og i siste instans kommunens folkevalgte ledelse. Departementet ønsker tydelig å forankre dette ansvaret gjennom at forslaget om forskriftshjemmelen i tilknytning til kvalitet uttrykkelig gir departementet hjemmel til å stille krav til lokalpolitisk behandling av kvalitetskrav.

Hva angår krav til kvalitet, er kvalitet et begrep som går igjen i de fleste lover innen helse, sosial og omsorgsområdet i dag. Departementet foreslår følgende definisjon i høringsnotatet: "Med kvalitet forstås i hvilken grad helsetjenestens aktiviteter og tiltak øker sannsynligheten for at enkeltpersoner og grupper i befolkningen får en ønsket helserelatert velferd, og at tjenestene utøves i samsvar med dagens profesjonelle kunnskap."

Departementet mener at i den grad krav om systematisk kvalitetsforbedrings- og pasientsikkerhetsarbeid betyr at tjenestene må gjøre mer i forhold til dette enn de gjør i dag, så vil det også være mulig å spore innsparing av ressurser – tid og ekstra utgifter – på å unngå feil. Departementet mener derfor at innføring av krav om systematisk kvalitetsforbedrings- og pasientsikkerhetsarbeid heller ikke vil ha økonomiske eller administrative konsekvenser for den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

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

Gitt dagens utvikling innenfor teknologi mener Flekkefjord kommune at en definisjon av kvalitet bør inneholde en avgrensning mot tilgjengelige ressurser. Kommunen er uenig i departementets resonnering om at innføring av krav om systematisk kvalitetsforbedring og pasientsikkerhetsarbeid ikke vil ha økonomiske eller administrative konsekvenser.

Det foreslås at den enkelte pasient eller brukers rettigheter skal reguleres i pasientrettighetsloven. Det betyr at loven skal komme til anvendelse vil få betydning for pasienter og brukere som i dag ber om eller mottar tjenester omfattet av sosialtjenesteloven. I dag er både kommunens plikter og den enkeltes rettigheter samlet i sosialtjenesteloven. I henhold til lovforslaget skal kommunens ansvar og plikter reguleres i den nye kommunale helse og omsorgsloven som utformes som en ren tjenestelov, mens den enkelte pasient eller brukers rettigheter som nevnt vil bli samlet i pasientrettighetsloven.. Departementet foreslår at det innføres en felles rettighetsbestemmelse for kommunale helse- og omsorgstjenester, og at vilkårene for rett til henholdsvis helsetjenester og omsorgstjenester skal være likelydende.

Selv om en person har krav på hjelp etter kommunehelsetjenesteloven, pasientrettighetsloven eller sosialtjenesteloven, betyr ikke det at vedkommende har krav på en bestemt type hjelp fra kommunen. Dette innebærer at det reelle innholdet i rettighetsbestemmelsene er begrenset. Utgangspunktet er at det er opp til kommunen å bestemme hva slags hjelp som skal tilbys, ut fra de tilbudene og ressursene kommunen har. Men både kommunehelsetjeneste og sosialtjenesteloven forutsetter at det fins et minstenivå som kommunene ikke kan gå under med henvisning til dårlig økonomi.

Flekkefjord kommune er positiv til harmoniseringen av lovverket og støtter derfor forslaget i høringsnotatet. Kommunen stiller seg bak forslagene til harmonisering av prosessuelle rettigheter gjennom at det i pasientrettighetsloven presiseres at rett til medvirkning og informasjon, rett til samtykke og rett til journalhensyn skal gjelde både for helse- og omsorgstjenester etter ny lov.

Personer med behov for langvarige og koordinerte tjenester har etter pasientrettighetsloven § 2-5 og sosialtjenesteloven § 4-3a rett til å få utarbeidet en individuell plan. Helsetjenesten er pålagt en plikt til å utarbeide individuell plan for den enkelte, uavhengig av om det er satt frem krav om dette, jf. kommunehelsetjenesteloven § 6-2a, spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 og psykisk helsevernloven § 4-1.

Etter departementets vurdering bør det framgå tydelig av den nye loven at kommunen har plikt til å utarbeide individuell plan for personer som har behov for langvarige og koordinerte tjenester. En presisering av dette vil bare være ny for omsorgstjenestene fordi dette allerede følger av helselovgivningen. Prinsippet om samtykke fra pasienten eller brukeren vil fortsatt gjelde. Etter departementets vurdering bør hovedansvaret for å utarbeide og koordinere individuell plan ligge hos kommunen i de tilfellene en person har behov for tjenester både fra kommunen og spesialisthelsetjenesten.

Flekkefjord kommune deler departementets oppfatning av kommunen i de fleste tilfeller vil ha bedre oversikt over og nærhet til de ulike lokale tjenestetilbud enn spesialisthelsetjenesten, og at delt ansvar kan føre til at ingen tar ansvar. Kommunen mener likevel at spesialisthelsetjenesten må gis en klar plikt til å ta initiativ til og koordinere individuell plan for de pasienter som i hovedsak behandles der.

Departementets vurderer at dagens regler om at en bestemt person skal ha et hovedansvar for koordinering og oppfølging av den enkelte tjenestemottakeren bør videreføres. Koordinatorrollen skal som i dag innebære at vedkommende skal være kontaktperson og ha et hovedansvar for å følge opp innspill fra tjenestemottakeren og pårørende. I tillegg skal vedkommende ha et hovedansvar for å ta initiativ til og påse at tjenestemottakeren får et koordinert tjenestetilbud. I høringsnotatet foreslås det derfor at det innføres en egen bestemmelse om koordinator i den nye loven og en ny bestemmelse om pasientansvarlig

koordinator i spesialisthelsetjenesteloven (isteden for pasientansvarlig lege). For å tydeliggjøre ordningen med individuell plan ytterligere, foreslår departementet at det også presiseres i helsepersonelloven at helsepersonell skal ha plikt til å melde fra om pasienters og brukeres behov for individuell plan.

Forskrift om habilitering og rehabilitering pålegger kommunen og spesialisthelsetjenesten en plikt til å ha en koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomheten i kommunen og spesialisthelsetjenesten. Etter departementets vurdering bør plikten for kommunen til å ha en koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet presiseres i ny lov om kommunale helse og omsorgstjenester. Tilsvarende presisering bør tas inn i spesialisthelsetjenesteloven. Det bør også presiseres i lovteksten at disse enhetene skal ha et systemansvar for arbeidet med individuelle planer, herunder ansvar for å oppnevne koordinator

Flekkefjord kommune er enig i at det er behov for å styrke individuell plan som verktøy og at individuell plan, koordinatorrollen og koordinerende enhet bør vurderes samlet. Kommunen er likevel usikker på om det bør lovfestes at koordinerende enhet skal ha et systemansvar for arbeidet med individuelle planer og ansvar for å oppnevne koordinatorene. Mange har valgt ulike lokalt tilpassede løsninger med en ansvarsfordeling som ikke samsvarer med departementets forslag, noe som kan undergrave prinsippet om kommunal frihet mht. organisering av tjenester.

KAPITTEL 24 OG 25

ULIKE INTERKOMMUNALE SAMARBEIDSMODELLER OG AVTALEBASERT LOVPÅLAGT SAMARBEID

I høringsnotatets kapittel 24 er det redegjort nærmere for ulike former for samarbeid mellom kommuner ved ytelse av helse- og omsorgstjenester. Departementet vurderer det slik at dersom den kommunale helse- og omsorgstjenesten over hele landet i årene fremover skal utvikles i samsvar med fremtidens kommunerolle, vil det oppstå et behov for at det etableres omfattende interkommunalt samarbeid for å oppnå tilstrekkelig innbyggergrunnlag, tilstrekkelig kompetanse og nødvendig økonomisk styrke.

Kommuner som samarbeider om å løse oppgaver innenfor helse- og omsorgstjenesten, vil ikke bare kunne utvikle mer robuste fagmiljøer, de vil i følge høringsnotatet også oppnå ikke ubetydelige stordriftsfordeler i og med at det her dreier seg om kommunale sektorer som samlet belaster vesentlige deler av kommunenes økonomi/budsjett. Departementet er av den oppfatning at et slikt samarbeid i utgangspunktet bør inngås frivillig og at det vil være opp til kommunene som skal inngå samarbeid å velge den modellen som er best egnet for det samarbeid som tenkes inngått. Det vises til at interkommunalt samarbeid kan organiseres etter kommuneloven § 27, interkommunalt selskap, aksjeselskap, vertskommunemodell eller etter en samkommunemodell.

Flekkefjord kommune vil i denne sammenheng gjerne påpeke at de modeller som i dag er aktuelle for samarbeid om lovpålagte oppgaver som innebærer myndighetsutøvelse lovpålagte oppgaver kun er samkommunemodellen og vertskommunemodellen - at ingen av disse modellene er tilstrekkelig prøvd ut, og at begge kan sies å ha betydelige svakheter mht mulighet for demokratisk styring og kontroll.

Departementet mener at i de tilfeller hvor et interkommunalt samarbeid er påkrevd, men ikke inngås og dette utgjør en risiko for at pasientene ikke får de helse- og omsorgstjenester de har krav på etter loven, må departementet ha mulighet til å kunne påby et slikt samarbeid og foreslår en videreføring av kommunehelsetjenesteloven § 1-6 første ledd i ny helse- og omsorgslov.

Flekkefjord kommune er i mot at departementet skal ha mulighet til å pålegge kommuner samarbeid og vil i denne forbindelse heller understreke behovet for økonomiske incentiver for

samarbeid og pilotprosjekter som vil generere erfaringsbasert kunnskap om ulike aspekter ved kommunesamarbeid. Kombinert med "sørge for-ansvaret" vil det kunne bidra til aktiv utvikling og utprøving av samarbeidsløsninger.

Departementet foreslår lovfesting av et avtalesystem mellom kommunen og regionale helseforetak/helseforetak, som blant annet skal etablere en felles forståelse av lovgivningens fordeling av helse- og omsorgsoppgaver mellom tjenestenivåene og en felles forståelse av hvilke oppgaver partene til enhver tid skal løse. Det lovpålagte avtalesystemet skal bidra til å gi kommunene et mer likeverdig partsforhold i avtalen, og sikre en mer enhetlig praksis.

I høringsnotatet poengteres det at den faglige kompetansen som den enkelte kommune besitter, vil variere, avhengig av kommunens størrelse og andre lokale forhold. Et avtalebasert lokalt samarbeid vil ha den fordel at det kan fungere fleksibelt og dynamisk når man skal komme frem til hvilke helsehjelp det er forsvarlig og riktig at kommunen tilbyr, og hvilke oppgaver som krever spesialisert kompetanse og utstyr, og som dermed fortsatt må løses av spesialisthelsetjenesten.

En så pragmatisk holdning til hvilke oppgaver som skal løses i kommunehelsetjenesten og hvilke oppgaver og ansvar spesialisthelsetjenesten har, kan likevel undergrave prinsippet lik tilgang til gode og likeverdige helse- og omsorgstjenester, uavhengig av diagnose eller behov, alder, kjønn, personlig økonomi og bosted. Flekkefjord kommune stiller seg også spørrende til hvordan spesialisthelsetjenesten effektivt kan klare å administrere avtaler på en rekke oppgaveområder med 430 ulike kommuner. Kravet om avtaler er, i likhet med pålegg om kommunesamarbeid, vertskommunemodellen og samkommunemodellen, det som i dag aktivt drøftes av virkemidler i forhold til forutsetningen om at fremtidens helse- og omsorgstjenester vil kreve større organisatoriske enheter enn hva som er tilfellet i dag.

KAPITTEL 26 OG 27

REGLER OM KLAGE OG TILSYN

Klageordningen foreslås regulert i pasientrettighetsloven, med tilpasning til reglene om klage i forvaltningsloven. I tillegg foreslås en ny bestemmelse som avskjærer klageorganets kompetanse til å treffe nytt vedtak. Departementet har ikke konkludert når det gjelder spørsmålet om det er Fylkesmannen eller Helsetilsynet i fylket som skal være klageinstans og regional tilsynsinstans.

Flekkefjord kommune er av den oppfatning at statens myndighet for tilsyn og klagebehandling bør samles i ett statlig organ, fortrinnsvis hos fylkesmannen i fylkene. Dette slik at staten fremstår som mindre fragmentert i møtet med kommunene. Det er samtidig viktig å sikre nødvendig uavhengighet i tilsynet, i tillegg til en god styring og prioritering av områder og tema for tilsyn, metodeutvikling og harmonisering av tilsynsutøvelsen, noe som foreslås fortsatt å være Helsetilsynets rolle. Kommunen støtter forslaget om at statlig klageorgan ikke lenger vil ha mulighet til å omgjøre vedtak fattet av kommunen, men må sende saken tilbake til kommunen dersom det er uenig.

KAPITTEL 28

ØKONOMISK ANSVARFORDELING MELLOM KOMMUNER

Etter kommunehelsetjenesteloven § 1-1 skal landets kommuner sørge for nødvendig helsetjeneste for "alle som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen". Videre fastslår lovens § 2-1 at enhver har rett til nødvendig helsehjelp i den kommune der han eller hun "bor eller midlertidig oppholder seg". For den enkelte kommune innebærer dette at den ikke bare har plikt til å yte helsehjelp til sine egne innbyggere, men også til pendlere, feriegjester og midlertidig bosatte skoleelever og studenter.

Den økonomiske ansvarsfordeling mellom kommuner i tilfeller hvor personer mottar helse- og omsorgstjenester under midlertidig opphold i en annen kommune enn hjemsteds-

kommunen har oppholdsprinsippet som hovedregel, dvs. at det er den kommune hvor det enkelte pasient eller bruker oppholder seg, som til enhver tid er ansvarlig for å sørge for nødvendige helse- og omsorgstjenester. For å sikre et nyansert og fleksibelt regelverk foreslår departementet en forskriftshjemmel hvor departementet gis fullmakt til å gi nærmere forskrifter om utgiftsfordeling mellom kommuner når en pasient eller bruker får tjenester fra en annen kommune enn den kommunen der vedkommende er fast bosatt eller har fast oppholdssted.

Flekkefjord kommune mener disse problemstillingene særlig vil være aktuelle for små og mellomstore kommuner med mange feriegjester eller skoleelever/studenter og at de inntektene dette genererer vil kompensere for eventuelle merutgifter i forbindelse med helse og omsorgstjenester, men er for øvrig positiv til den foreslåtte forskriftshjemmelen for å kunne regulere utgiftsfordelingen i særtilfeller.

KAPITTEL 29 FINANSIERING OG EGENBETALING

Departementet foreslår å videreføre dagens hovedregel om at det er den enkelte kommune som er ansvarlig for utgifter til de helse- og omsorgstjenester de er forpliktet til å yte. Når det gjelder regler om egenbetaling legges det ikke frem forslag til nye egenbetalingsregler, men det foreslås en generell hjemmel for egenandeler i loven, kombinert med en egen forskriftshjemmel for nærmere utfylling av regelverket.

Flekkefjord kommune har ingen merknader til dette forslaget.

KAPITTEL 30 OG 31 KOMMUNAL MEDFINANSIERING OG KOMMUNALT FINANSIERINGSANSVAR FOR UTSKRIVNINGSKLARE PASIENTER

Kommunal medfinansiering innebærer at kommunene får et økonomisk medansvar for behandlingen i spesialisthelsetjenesten. Kommunal medfinansiering skal gi et insentiv for kommunene til å vurdere hvordan egen innretning av kommunale tjenester, både forebyggende og helsefremmende tilbud og lokalmedisinske tilbud, kan påvirke forbruket av spesialisthelsetjenester.

I St.meld nr 47 foreslås tre modeller, en generell medfinansieringsmodell, en aldersspesifikk modell avgrenset til medisinske innleggelser/behandlinger. Den generelle modellen vil kunne gi stor risiko for kommunene, da enkelte lidelser og kirurgiske inngrep er meget ressurskrevende. Departementet utreder derfor nærmere de to andre modellene.

Den kommunale medfinansieringsandelen er ved en aldersspesifikk modell (somatikk) knyttet til pasienter over 80 år, anslått til om lag 1,5 mrd. kroner. En modell avgrenset til medisinske innleggelser/behandlinger er anslått til 3,6 mrd. kroner. Arbeidet med å utrede de to modellene er ikke ferdig, men det tas sikte på at kommunal medfinansiering innføres fra 2012. Det foreslås derfor en hjemmel for departementet til å kunne gi bestemmelser om kommuners medfinansieringsansvar for pasientbehandling i spesialisthelsetjenesten, herunder kriterier for hvilke pasientgrupper eller behandlingsformer som skal være omfattet av det kommunale medfinansieringsansvaret.

Flekkefjord kommune mener at alder som kriterium for hvor man får helsehjelp må fjernes. Det er viktig at nye finansieringsmodeller er godt utredet før de innføres og at kommunene gis mulighet til å vurdere alternativene nøye. Dersom medfinansieringsansvaret skal innføres allerede fra 1.1.2012 vil dette være for kort tid til planlegging og omstilling.

Nødvendige styringssystemer og nettbaserte løsninger må være på plass for at kommuner skal kunne ha oversikt over aktivitet og kostnader må innføres før medfinansieringsansvaret implementeres. Dette krever opplæring, ressurser og tid. Flekkefjord kommune mener derfor

medfinansieringsansvaret bør innføres gradvis, gjerne gjennom pilotkommuner. De økonomiske insentivene som velges må redusere den enkelte kommunes økonomiske risiko. Videre er kommunen skeptisk til en hjemmel som åpner for at departementet alene skal kunne gi bestemmelser om kommuners medfinansieringsansvar.

I høringsnotatet foreslås det lovfestet at kommunene har ansvar for utskrivningsklare pasienter fra dag én og det foreslås at kommuner og regionale helseforetak skal inngå samarbeidsavtaler om utskrivningsklare pasienter. Det tas i utgangspunktet sikte på at kommunene får et finansielt ansvar for utskrivningsklare pasienter fra dag én for alle pasientgrupper. Kommunene vil få overført midler fra de regionale helseforetakene i forbindelse med denne omleggingen. Midlene som skal overføres til kommunene kan fordeles enten etter nøklene i kommunenes inntektssystem eller som øremerket tilskudd etter hvilke kommuner som har utskrivningsklare pasienter på sykehus.

Generelt vil overføring gjennom inntektssystemet gi rom for prioriteringseffektivitet, mens øremerking målretter virkemiddelbruken i forhold til de kommunene som i dag har et problem med å ta hjem utskrivningsklare pasienter. Størrelsen på betalingssatsen må også vurderes i forhold til insentiver og risikoen både for helseforetakene og kommunene. Generelt vil en lav betalingssats redusere risikoen, mens en høy sats vil øke insentivene.

Mangel på god kostnadsinformasjon, og kostnadsvariasjoner mellom helseforetak, avdelinger, og fra pasientgruppe til pasientgruppe, gjør det vanskelig å beregne faktisk kostnadsnivå i sykehus. Et rimelig anslag vil, i følge departementet, imidlertid være en døgnkostnad på 3 000 - 5 000 kroner. Dersom kommunene ikke bygger opp eget tilbud, men fortsetter å benytte seg av sykehusstilbud i samme omfang som tidligere, vil sykehusene få midlene som er flyttet til kommunene tilbake i form av en døgnpris.

Departementet foreslår at det i ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester lovfestes at kommunen har ansvar for utskrivningsklare pasienter fra dag én. Videre foreslås kommunen pålagt å inngå samarbeidsavtale med regionalt helseforetak om utskrivningsklare pasienter. Tilsvarende plikt for regionale helseforetak til å inngå slik avtale foreslås også lovfestet i spesialisthelsetjenesteloven, I lovforslagets § 11-4 foreslås det i tredje ledd presisert at departementet i forskrift skal fastsette nærmere bestemmelser om ordningens omfang og innhold, kriterier for når en pasient er utskrivningsklar og betalingssatser.

Det foreslås videre presisert at departementet i forskrift skal fastsette hva samarbeidsavtale etter andre ledd minimum departementet i forskrift skal fastsette nærmere bestemmelser om ordningens omfang og innhold. Departementet tar sikte på å innføre den nye ordningen for somatikk fra og med 1. januar 2012. Når det gjelder rusbehandling og behandling innenfor psykisk helsevern tilsier datasituasjonen at det fra nevnte tidspunkt kan være vanskelig å foreta tilstrekkelige beregninger av de administrative og økonomiske konsekvensene av å utvide ordningen til også å gjelde overfor disse pasientgruppene.

Flekkefjord kommune støtter forslaget om å gi kommunene ansvar for utskrivningsklare pasienter fra dag én, men vil presisere at det vil ta tid og ressurser å bygge opp gode (inter-) kommunale tilbud. Det er viktig at det etableres nasjonale retningslinjer for definisjon av når en pasient er utskrivningsklar. Kommunen er usikker på om departementet i forskrift bør kunne fastsette bestemmelser om ordningens omfang, innhold, kriterier for når en pasient er utskrivningsklar og betalingssatser. Dette bør legges til et uavhengig organ, hvor kommunene er en likeverdig part. Flekkefjord kommune mener videre at døgnprisen bør settes på et nivå som gir kommunene et insentiv og mulighet til å etablere gode tilbud.

KAPITTEL 32 LOVENDRINGER SOM UNDERSTØTTER ELEKTRONISK SAMHANDLING

I ny lov foreslås det å gi departementet myndighet til å stille krav om at dokumentasjon og kommunikasjon av helseopplysninger skal skje elektronisk. Departementet tenker seg at

plikten til elektronisk kommunikasjon skal innføres gradvis på ulike områder. Selve lov- hjemmelen til å gi forskrift forutsettes ikke i seg selv ha økonomiske og administrative konsekvenser. Konsekvensene vil først oppstå ved en forskriftsregulering og vil avhenge av hvem som forpliktes, i hvilket omfang kravet gjøres gjeldende og hvilke overgangsordninger som benyttes. En konkret vurdering av økonomiske og administrative konsekvenser vil derfor måtte gjøres ved en eventuell forskriftsregulering. Departementet ber særskilt om synspunkter fra høringsinstansene om når krav til elektronisk dokumentasjon og kommunikasjon vil kunne innføres for ulike brukergrupper og innen hvilke områder.

Flekkefjord kommune er positiv til departementets forslag. Kommunen ønsker å ta i bruk elektronisk kommunikasjon, men per dags dato har kostnadene vist seg å være høye, kanskje høyere enn de foreløpige gevinstene. Flekkefjord kommune ønsker å innføre elektronisk kommunikasjon så snart de nødvendige nasjonale avklaringer og standardiseringer er på plass. Kommune mener det vil være naturlig med en bred utrulling av systemet, slik at de fleste områder og brukergrupper omfattes samtidig. Dette for å unngå usikkerhet blant de ansatte og ulike rutiner/praksis fra område til område og fra bruker til bruker.

Flekkefjord kommune har ingen innvendinger mot forslaget om at kommunene skal innrette journal- og informasjonssystemene slik at de er forsvarlige, men er usikker på hvordan om kommunens rolle som likeverdig part ovenfor spesialisthelsetjenesten kan forstås i forslaget om at spesialisthelsetjenesten og kommunene skal ta hensyn til effektiv elektronisk samhandling ved anskaffelse og videreutvikling av sine journal- og informasjonssystemer.

Forslaget innebærer at kommunen og spesialisthelsetjenesten må orientere seg om omforente standarder, gjøre samhandling til et viktig hensyn i anskaffelsesprosesser og ha dialog med samarbeidende virksomheter. Flekkefjord kommune er positive til forslaget om å forskriftsfeste krav om obligatorisk sertifisering for, i første omgang, avgrensede funksjonsområder i den programvare som benyttes ved behandling av helseopplysninger.

KAPITTEL 33 OG 34

BRUK AV TVANG OG MAKT

Sosialtjenesteloven har særskilte regler om bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemming. Sosialtjenesteloven har også regler om tiltak overfor rusmiddelavhengige, herunder tvang. Det er et mål på sikt at reglene om bruk av tvang i helse- og omsorgstjenesten blir bedre samordnet enn de er i dag. Departementet har imidlertid ikke utredet dette nærmere i høringsforslaget, slik at forslagene i høringsnotatet om regulering av tvang i hovedsak innebærer en videreføring av gjeldende rett på området.

Flekkefjord kommune mener at regler for bruk av tvang og makt overfor personer med kognitiv svikt må tas inn i lov om kommunale helse og omsorgstjenester på lik linje med psykisk utviklingshemmende og rusmisbrukere, da saksbehandlingsregler, fylkesmannens rolle og gjennomføring for disse tre gruppene har mange likhetstrekk.

KAPITTEL 35

PASIENT OG BRUKERMEDVIRKNING

Departementet foreslår at det for kommunene innføres en ordning som tilsvarer den som gjelder for spesialisthelsetjenesten og som innebærer at kommunene må ha en systematisk tilnærming til å involvere pasienter og brukere i utvikling av de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Departementet foreslår at kommunene skal få plikt til å sørge for at representanter for pasienter og brukere blir hørt i forbindelse med utvikling av kommunens samlede helse- og omsorgstjeneste. Det foreslås også at kommunene får en plikt til å sørge for at alle virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester omfattes av loven, etablerer systemer for innhenting av pasienters og brukeres erfaringer og synspunkter.

Flekkefjord kommune støtter forslaget, men vil understreke at gode systemer og rutiner for brukermedvirkning krever relativt mye ressurser, både med hensyn til tid og kompetanse, samt midler til å gi brukerne en fornuftig kompensasjon. Det er viktig at de som deltar opplever deltakelse som noe positivt for begge parter og for tjenestene som helhet.

KAPITTEL 36 OG 37

KOMMUNALT BEREDSKAP SARBEID OG POLITIATTEST

Departementet foreslår å videreføre dagens bestemmelser i kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven. For øvrig vil departementet understreke at der beredskap er regulert i spesiallovgivning, vil spesiallovgivningen primært måtte legges til grunn. Dette gjelder for eksempel smittevern etter smittevernloven.

Kommunehelsetjenesteloven § 3-6 om at kommunen ved ulykker og andre akutte situasjoner som forårsaker ekstraordinær pågang av pasienter kan pålegge helsepersonell som tjenestegjør i kommunen å utføre nærmere tilvist arbeid, foreslås videreført i lovforslaget. Tilsvarende bestemmelse er ikke inntatt i sosialtjenesteloven og departementet foreslår derfor at lovforslagets § 5-3 kun skal rette seg mot helsepersonell.

Kravet til politiattest skal gjelde enhver som yter tjenester til barn eller utviklingshemmede enten de er ansatt i kommunen eller er private som yter tjenester på vegne av kommunen. Eneste begrensningen i kravet til politiattest er dersom det er tale om personell som kun sporadisk yter slike tjenester og som i alminnelighet ikke vil være alene med barn eller personer med utviklingshemming. Lovforslaget er en videreføring av gjeldende rett, men presiserer at bestemmelsen gjelder også for tjenesteytere som gjør oppdrag for kommunen uten å være ansatt enten i kommunen eller i en privat virksomhet.

Flekkefjord kommune har ingen kommentarer til departementets forslag.

KAPITTEL 38

ØVRIGE FORHOLD

I kapittel 38 drøftes andre forhold som er av betydning for gjennomføringen av samhandlingsreformen, spesielt hvordan sikre gode pasientforløp. Departementet ber om en vurdering av om den generelle vurderingsfristen bør være kortere enn 30 dager for alle henvisninger (for eksempel 10 virkedager) eller om en kortere frist eventuelt bare bør gjelde for enkelte pasientgrupper. Samtidig bes det tas stilling til om ordlyden i bestemmelsene skal endres slik at det kommer klart frem at den individuelle frist som settes for (prioritert) nødvendig helsehjelp i noen tilfeller kan være tidspunktet for innkalling til utredning og ikke nødvendigvis tidspunktet for selve behandlingen.

Flekkefjord kommune er opptatt av at de som trenger utredning får dette så raskt som mulig, slik at faren for forverring av sykdom/lidelse unngås. 30 dager er lenge å vente på å få en nærmere utredning, det samme vil for øvrig også 10 dager være. Kommunen mener det bør være maksimum 10 dagers vurderingsfrist.

Flekkefjord kommune savner en diskusjon og en nasjonal strategi og satsning innenfor områdene omsorgsteknologi og telemedisin. Norge bør ta en mer offensiv rolle mht. å utvikle, teste og implementere omsorgsteknologi og telemedisinske løsninger. Det finnes allerede en rekke produkter på markedet, men det er ressurskrevende for enkeltkommuner å kjøpe inn, utvikle systemer for å ta i bruk og drifte. Samhandling mellom kommuner krever dessuten at flere kommuner har nødvendig investeringsevne og endringskompetanse samtidig. Telemedisin er utbygd i områder med spredt bebyggelse. Kommunen mener økt bruk av telemedisin bør være en målsetning nasjonalt.

Departementet legger til grunn at lovendringene vil resultere i få eller ingen økonomiske og administrative konsekvenser. De områdene hvor det vil forventes at endringene vil og konsekvenser skal utredes nærmere.

Flekkefjord kommune opplever at det er mye som fremdeles er uklart, særlig hva angår finansiering av reformen. Det fremheves i noen sammenhenger at reformen er en endringsreform og at den er nødvendig for å møte de utfordringene vi står ovenfor i fremtiden. I andre sammenhenger, som i kap. 39 og i avsnittene under hvert kapittel, der økonomiske og administrative konsekvenser utredes, fremheves det at endringene er som justeringer å regne eller allerede er del av dagens oppgaver og derfor ikke vil medføre økonomiske eller administrative konsekvenser.

Flekkefjord kommune mener at dersom samhandlingsreformen skal være en reell endringsreform, må det avsettes tilstrekkelige ressurser, både administrative og økonomiske, til å gjennomføre denne på en tilfredsstillende måte.

OM FORSLAGET TIL NY LOV OM FOLKEHELSE:

Høringsnotatet består av fire deler, hvor del I er Innledning, del II er Bakgrunn, del III Forslag til ny lov om folkehelsearbeid med redegjørelse for departementets vurderinger og forslag og del IV som inneholder selve lovforslaget. Flekkefjord kommune deler departementets syn på utfordringsbildet og er enig i at en bedre balanse mellom behandling og forebygging over tid, vil føre til at færre vil bli syke og at sykdom utsettes. En slik forskyvning vil på sikt gi menneskelige og velferdsmessige gevinster i form av lavere sykkelighet og dødelighet og en mer funksjonsfrisk og arbeidsdyktig befolkning. Høringsuttalelsen fra Flekkefjord kommune vil i hovedsak omhandle del III av høringsdokumentet.

KAPITTEL 8 OVERORDNET STRUKTUR OG PRINSIPPER FOR NY LOVREGULERING

I følge høringsnotatet er en viktig side av folkehelsearbeidet at mange sektorer arbeider med oppgaver som har innvirkning på folkehelsen. Departementet foreslår derfor at loven skal omfatte alle sektors arbeid med folkehelse. En slik struktur skal bidra til at folkehelse løftes inn i de oppgaver og virkemidler kommuner og fylkeskommuner allerede har.

Flekkefjord kommune deler departementets vurdering av at forebygging og folkehelsearbeid har en tendens til å nedprioriteres til fordel for kurative oppgaver, både fordi det er vanskelig å måle effekten av forebygging og fordi gevinsten først kommer etter flere år og da gjerne i form av redusert behov for spesialisthelsetjenester. Retningslinjene for særlovgivning rettet mot kommunesektoren bygger på en forståelse av at staten bør gi kommunene reell myndighet og handlingsrom, slik at de kan finne kostnadseffektive og gode løsninger tilpasset lokale forhold. Det må foretas en avveining mellom de nasjonale hensyn som kan begrunne statlig styring og de hensynene som begrunner lokal handlefrihet. Flekkefjord kommune vil understreke at hensynet til lokal handlefrihet bør veie tungt, da kommunene har ulike forutsetninger og ulikt sett med lokale virkemidler.

KAPITTEL 9 FORMÅL OG VIRKEOMRÅDE

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

Flekkefjord kommune har ikke innvendinger mot formålet og virkeområdet for den nye folkehelseloven, slik dette fremgår av hhv. § 1 og § 2.

KAPITTEL 10 FORHOLD TIL ANNET REGELVERK

Annet regelverk vil fortsatt ha stor betydning for folkehelsearbeidet etter innføring av ny folkehelselov, og vil gjelde i tillegg til folkehelseloven. For eksempel vil det at kommunen har oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer være en forutsetning for målrettet bruk av virkemidlene i plan og bygningsloven. Videre vil fortsatt smittevernloven, tobakkskadeloven og alkoholloven m.v. være viktige folkehelselover, sammen med andre sektors regelverk som for eksempel vegtrafikkloven, forurensningsloven m.v.

Mens helse- og omsorgsloven gir bestemmelser om helse og omsorgstjenestene i kommunene, retter folkehelseloven seg mot kommunen som sådan, og tiltakene som kan følge av loven vil kunne iverksettes i mange ulike sektorer, for eksempel i skoler og barnehager, samferdselssektor og i helsetjenestene.

Flekkefjord kommune er positiv til at det sektorovergripende ansvaret for folkehelsearbeid tydeliggjøres, og vil ovenfor departementet understreke betydningen av at det sektorovergripende samarbeidet om folkehelse gjenspeiles på nasjonalt nivå, herunder i styringsbrev, rundskriv, forskrifter og lovendringer fra andre departement.

KAPITTEL 11 OPPGAVER OG ANSVAR I FOLKEHELSEARBEIDET

Departementet foreslår i høringsnotatet at kommunen gis et bredt ansvar for folkehelse, jf. forslag til § 4, første ledd, at kommunen skal fremme psykisk og somatisk helse, bidra til utjevning av sosiale helseforskjeller og bidra til å sikre befolkningen mot faktorer som kan ha negativ innvirkning på helsen. Dette vil være en videreføring av det ansvaret som kommunen har i dag, men med den endring at ansvaret tydelig legges til kommunen som sådan (og ikke som i dag til kommunen ved sin helsetjeneste), samt at arbeidet med å utjevne sosiale helseforskjeller tydeliggjøres som en viktig del av folkehelsearbeidet.

Flekkefjord kommune er positive til denne presiseringen av kommunens samlede ansvar for folkehelse. Det er viktig å understreke at kommunens ansvar følges opp av gode nasjonale retningslinjer og eksempler på tiltak som har effekt. Det vil også være behov for økte ressurser i kommunene mht. å innhente og analysere data, evaluere og dokumentere effekten av ulike tiltak.

For å sikre politisk forankring av de prinsipielle og overordnede sidene av folkehelsearbeidet foreslås det en ny bestemmelse i § 6 første ledd om at kommunen i forbindelse med kommunal planstrategi skal ta stilling til helseutfordringene i kommunen. Helseutfordringene skal basere seg på en oversikt over helsetilstanden i kommunen og beskrives i kommunal planstrategi. På bakgrunn av beskrivelsen av helseutfordringene skal kommunen fastsette mål og strategier for folkehelsearbeidet.

KAPITTEL 12 OVERSIKT OVER HELSETILSTAND OG PÅVIRKNINGSFAKTORER

Forslaget til ny lov om folkehelsearbeid vil gjelde for både kommuner og fylkeskommuner, og den vil også regulere statlige helsemyndigheters understøttelse av folkehelsearbeidet regionalt og lokalt. Loven vil erstatte folkehelsebestemmelsene i kommunehelsetjenesteloven, inkludert miljørettet helsevern, og lov om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet. Departementet foreslår at kommunen i forslaget til ny folkehelselov § 5 får som oppgave å ha oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer.

Oversikt over befolkningsutvikling, helsetilstand og påvirkningsfaktorer er nødvendig for å synliggjøre utfordringene og for å kunne sammenlike mellom kommuner, regioner og befolkningsgrupper. En slik oversikt er en forutsetning for å måle utvikling over tid, fastsette mål for utvikling av målrettede tiltak og for å måle effekt av tiltak. Et kunnskapsbasert og effektivt folkehelsearbeid forutsetter gode systemer for å fremskaffe slike oversikter og evne og kapasitet til å vurdere og analysere disse.

Utarbeidelse av gode oversikter forutsetter at kommunene har faglig kompetanse til å ivareta oppgaven. Kommunene, spesielt de mindre, har vært lite rustet til å ivareta et slikt ansvar på egen hånd. Det har manglet systemer og tilrettelegging fra nasjonale og regionale myndigheter til å understøtte kommunene slik at de kan være i stand til å ivareta sitt ansvar.

Flekkefjord kommune mener det er positivt at Helsedirektoratet er i gang med å utvikle en overordnet strategi for kunnskapsbasert folkehelsearbeid som blant annet vil sikre, en sterkere og mer relevant kunnskapsutvikling på folkehelsefeltet og samle systematiske samfunnsøkonomiske vurderinger av forebyggende tiltak.

KAPITTEL 13 FOLKEHELSETILTAK I KOMMUNENE

Departementet forslår i ny folkehelselov § 6 en bestemmelse om at kommunen skal fastsette mål og tiltak i folkehelsearbeidet. Mål og tiltak skal omfatte all aktuell kommunal virksomhet, herunder lokal samfunnsutvikling, planlegging, forvaltning og tjenesteyting. Kommunen skal videre fastsette mål og strategier for folkehelsearbeidet, og at disse skal inngå i kommunens plansystem etter plan- og bygningsloven. Kommunens folkehelsepolitikk skal være et svar på de utfordringer som fremkommer av oversikten over lokal helsetilstand, befolkningsutvikling og påvirkningsfaktorer jf. § 5, samt være av en slik karakter at de påfølgende aktiviteter (delmål og tiltak) skal kunne måles mot disse.

Det er et krav om at kommunen skal iverksette nødvendige tiltak for å møte kommunens helseutfordringer, jf. § 6 tredje ledd. Kommunen har et spesielt ansvar å iverksette tiltak innenfor de områder kommunen har størst helseutfordringer, og hvor kommunen har de beste forutsetninger for forbedringstiltak.

Forsvarlighetskravet på folkehelseområdet knyttes opp til om kommunen i sin virksomhet driver folkehelsearbeidet på en slik måte at det ikke medfører vesentlig tap av leveår i god helse, eller at det opprettholdes vesentlige helseforskjeller. Dersom kommunen unnlater å følge opp utfordringer og unnlattelse opplagt medfører vesentlig tap av liv i god helse, er dette uforsvarlig.

Bestemmelsen i § 6 tredje ledd lister opp en del tiltaksområder som kan være aktuelle. Disse områdene er de som i dag er de største helseutfordringene generelt, og omfatter tiltak for økt fysisk aktivitet, god ernæring, ulykkesforebygging, begrense tobakks- og alkoholforbruk, samt å fremme gode fysiske og sosiale miljø- og samfunnsforhold.

Flekkefjord kommune mener at rusarbeid ikke kommer godt nok frem i høringsnotatet, da dette primært kun omhandler arbeid i forhold til alkohol, og bare så vidt nevner narkotiske stoffer og medikamenter.

Det er i følge Flekkefjord kommune viktig at hensynet til lokale forskjeller gjenspeiles i lovforslagets formulering om krav til å iverksette nødvendige tiltak for å møte helseutfordringene. Kommunen er likevel usikker på hvordan man skal forstå begrepet "nødvendige", da det både er snakk om at kommunene må prioritere ulike tiltak på bakgrunn av lokale helseutfordringer mv, samtidig som forsvarlighetskravet vil være et universelt og handle om tjenester til alle innbyggerne for å forhindre vesentlige tap av leveår i god helse eller at vesentlige helseforskjeller opprettholdes.

Kommunale prioriteringer vil kunne føre til at man i kommuner med få innbyggere som røyker men har en stor andel overvektige, for eksempel vil måtte velge bort røykesluttskurs til fordel for tilbud om fysisk aktivitet og kostholdsveiledning. I andre kommuner vil utfordringsbildet kanskje være motsatt. Prioriteringer vil komme til å stride mot forsvarlighetskravet og prinsippet om lik rett til helsetjenester. Uten en betraktelig økning i ressurser vil folkehelse også i fremtiden kunne bli et område hvor man "gjør litt av alt" og at resultater og effekter følgerlig uteblir eller vanskelig lar seg måle.

KAPITTEL 14 MILJØRETTET HELSEVERN

Miljørettet helsevern bestemmelsene i kommunehelsetjenesteloven foreslås tatt inn i forslag til ny folkehelselov som en videreføring av gjeldende rett. Departementet foreslår at det i loven § 18 første ledd fastsettes at departementet i forskrift kan fastsette bestemmelser om overtredelsesgebyr ved brudd på bestemmelsene om miljørettet helsevern i kapittel 3 eller forskrifter i medhold av loven.

Når det gjelder utmåling av gebyret samt bestemmelser om klage på vedtak om overtredelsesgebyr og betaling av gebyret, foreslår departementet at det også forskriftsreguleres, men det foreslås at det i loven angis noen kriterier for hvordan størrelsen på overtredelsesgebyret skal fastsettes i forskrift.

Når det gjelder hvem som skal ha kompetanse til å pålegge gebyr, vil det som regel være mest naturlig at dette er kommunen, som også har vedtaksmyndighet i de øvrige reaksjonsbestemmelsene i loven. I visse tilfeller kan det også være hensiktsmessig at andre offentlige myndigheter gis myndigheten, for eksempel politiet ved kontroll av biler under et kjøreforbud. Det foreslås at departementet kan fastsette i forskrift hvem som skal ha myndighet til å pålegge overtredelsesgebyr. Hvem som skal ha myndighet til å ilegge overtredelsesgebyr, må vurderes ut i fra hvilken type overtredelse det vil være aktuelt gi et gebyr for.

Flekkefjord kommune er enig at overtredelsesgebyr er et bedre virkemiddel enn straffeforfølgelse og støtter forslaget. Påleggelse av gebyr vil da være enda en oppgave på listen over kommunale oppgaver i forbindelse med miljørettet helsevern.

KAPITTEL 15 OG 16 BEREDSKAP

Etter departementets vurdering er det behov for å ha beredskapsbestemmelser i lov om Folkehelsearbeid. Dette dreier seg om forebyggende og skadebegrensende tiltak ved ekstraordinære situasjoner knyttet til biologiske, kjemiske, fysiske og sosiale hendelser for eksempel å vurdere helserisiko ved en mulig eller faktisk hendelse, populasjonsrettede tiltak blant annet for å begrense eksponering, informasjon til befolkningen, helseovervåkning mv. Det foreslås også at kommunen bør få en plikt til å melde til Folkehelseinstituttet der det er avdekket opphopning av helseutfall som kan mistenkes å skyldes kjemisk påvirkning over tid.

Flekkefjord kommune har ingen merknader til forslagene i dette kapitlet.

KAPITTEL 16 INTERNASJONALT HELSEREGLEMENT (IHR)

Departementet foreslår at det i ny folkehelselov gis hjemmel for i forskrift å gi nærmere bestemmelser for å gjennomføre IHR i forskrift. Forslaget til ny folkehelselov retter seg mot alle typer miljøfaktorer, mens strålevern- og smittevernloven er begrenset til å omhandle en miljøfaktor.

Departementet foreslår at det i folkehelseloven gis en bestemmelse om etablering av IHR - register, jf. lovforslaget § 30 andre ledd. Et IHR- register vil etableres ved IHR- varsler til Nasjonalt folkehelseinstitutt (eventuelt Statens strålevern ved atom/strålingshendelser) og lovforslaget tar høyde for at et slikt register kan være enten aidentifisert (der det ikke er behov for å følge enkeltsykdomstilfeller) eller personidentifiserbart uten samtykke (der det er behov for å følge enkeltsykdomstilfeller). Samtykke vil ikke være aktuelt i en beredskapssituasjon, blant annet fordi det er viktig med rask og komplett varsling for å kunne overvåke sykdomsutvikling. Et IHR-register vil da ha hjemmelsgrunnlag i egen lov (folkehelseloven) i tråd med helseregisterloven § 8 første ledd. Departementet foreslår videre at det i forskrift gis hjemmel for å pålegge offentlige tjenestemenn og private å varsle og melde til registeret.

Flekkefjord kommune har ingen merknader til disse forslagene.

KAPITTEL 17 BEHOV FOR HELSEFAGLIG KOMPETANSE I KOMMUNENE

I følge retningslinjene for statlig regelverk rettet mot kommunesektoren må det foreligge tungtveiende nasjonale hensyn dersom staten skal styre kommunesektoren gjennom regler. Bestemmelser som stiller faglige kompetansekrav må begrunnes særskilt ut fra blant annet følgende hensyn: Rettssikkerhet, herunder sikring av minoriteters rettigheter. Samordnet og omstillingsorientert forvaltning. Liv, helse og sikkerhet.

Etter departementets syn er det for å sikre liv og helse samt også rettsikkerhet nødvendig å sette krav til samfunnsmedisinsk kompetanse. Primært er dette knyttet til hastevedtak innen miljørettet helsevern, helseberedskap og smittevern som er kritisk med hensyn til liv og helse. Videre anser departementet det som viktig at kommunene har tilgang på samfunnsmedisinsk kompetanse for å gjennomføre de analyser, vurderinger og tiltak som følger av forslaget til ny folkehelselov kapittel 2.

Departementet anser det som hensiktsmessig om flere kommuner går sammen om å ansette en eller flere kommunelegestillinger på heltid. Lovforslaget § 27 andre ledd legger derfor opp til at kommuner kan etablere samarbeid for å sikre nødvendig kompetanse til gjennomføring av oppgavene

Flekkefjord kommune er opptatt av at kommunenes handlefrihet mht. organisering av tjenestene ikke svekkes, men er positive til at det i større grad åpnes for at flere kommuner kan gå sammen om å ansette i kommunelegestillinger på heltid.

KAPITTEL 18 SAMARBEID MELLOM KOMMUNER

Det bør etter departementets mening i utgangspunktet være opp til kommunene å finne ut om de bør samarbeide med andre kommuner for å etterleve de kravene som stilles til kommunens aktivitet etter forslag til ny folkehelselov. Videre bør det i utgangspunktet være opp til kommunene å finne ut hvilke oppgaver det bør samarbeides om og hvilken samarbeidsform som er mest hensiktsmessig.

Departementet understreker videre at for noen kommuner vil det være hensiktsmessig og nødvendig å samarbeide med andre kommuner for å sikre tilstrekkelig kompetanse på folkehelsearbeid i kommunen og etterleve kravene i forslag til ny folkehelselov. Departementet foreslår derfor å videreføre bestemmelsen i kommunehelsetjenesteloven § 1-6 i lovforslaget § 27 første ledd er det gjort en språklig endring for å oppdatere begrepsbruken i kommunehelsetjenesteloven. Dersom det er påkrevd/nødvendig for kommunene å samarbeide for å etterleve de krav folkehelseloven stiller, vil det foreligge en plikt til slikt samarbeid. Departementet mener det fortsatt bør være en åpning i loven for å pålegge samarbeid fra statlig hold. Det foreslås videre at det i forbindelse med pålegg om samarbeid, kan fastsettes krav om hva det skal samarbeides om og fordeling av utgifter.

Flekkefjord kommune mener det i utgangspunktet ikke er behov for å gi Helse- og omsorgsdepartementet hjemmel til å pålegge kommunene å samarbeide. Kommunene vil kunne etablere fornuftige løsninger innen folkehelse etter eget initiativ.

KAPITTEL 19 INTERNKONTROLL OG TILSYN

Departementet mener at tilsyn etter det foreliggende lovforslaget bør knyttes opp mot en forsvarlighetsstandard. Forsvarlighetskravet knyttes opp til om kommunen i sin virksomhet driver folkehelsearbeidet på en slik måte at det ikke medfører vesentlig tap av leveår i god helse, eller at det opprettholdes vesentlige helseforskjeller.

Normeringen av et forsvarlighetskrav må ta utgangspunkt i kommunens ressursituasjon i dag, men legge vekt på hva som gir mest helse innenfor gitte ressurser jf. blant annet forholdet mellom forebygging vs. behandling. Dette innebærer at kommunen må prioritere både mellom tiltak og tjenester i en gitt tidsperiode, samt prioritering av tiltak over tid.

Dersom kommunen ikke har nødvendig oversikt over sine helseutfordringer, jf. lovforslaget § 5, er dette utforsvarlig. Dersom kommunen har oversikt men ikke tatt stilling til hva dette innebærer av tiltak og prioritering, er dette uforsvarlig, jf. § 6 første og andre ledd. Dersom kommunen unnlater å følge opp tiltak og dette opplagt medfører vesentlig tap av liv i god helse, er dette utforsvarlig, jf. § 6 tredje ledd.

Det er her likevel viktig å vurdere de rammer som kommunen og fylkeskommunen arbeider innenfor i forholdt til kapasitet. Noen kommuner har større utfordringer enn andre og har ikke kapasitet til å gjøre alt samtidig. Dette innebærer at i en vurdering av forsvarlighet må det også tas hensyn til at kommunen har prioritert tiltak over tid i forhold til kapasitet. Her vil også lokal skjønn og politiske prioriteringer veie tungt.

Flekkefjord kommune vil påpeke at tilsyn knyttet opp mot forsvarlighetskrav som igjen er knyttet opp mot prioriteringer og kommunenes ressursituasjon, vil føre til at kommuner med mye ressurser vil gi flere tjenester enn kommuner med lite ressurser.

KAPITTEL 20 ØKONOMISKE OG ADMINISTRATIVE KONSEKVENSER

Høringsnotatets har som grunnholdning at lovforslaget i hovedsak er en videreføring av kommunens ansvar og at økt krav til systematikk mv. vil ikke medføre økte kostnader for kommunen, men et mer effektivt folkehelsearbeid.

Flekkefjord kommune er delvis uenig i denne fremstillingen og vil påpeke at en styrking av folkehelsearbeidet, dersom det skal gi de forventede resultater, også vil måtte få økonomiske og administrative konsekvenser. Effekter av tiltak vil, som departementet understreker flere ganger i høringsnotatet, ta flere år før de gir seg utslag i befolkningens helse og reduserte utgifter (primært i spesialisthelsetjenesten). Sannsynligheten for "kuppelkostnader", mao. en ekstra ressursinnsats i noen år før gevinstene synliggjøres, vil derfor være stor.

Flekkefjord kommune noterer seg videre at det i notatet kapittel 20 står at kravet om oversikt over helseutfordringer vil bli en presisering av eksisterende krav og er en forutsetning for riktigere prioriteringer og mer effektive tiltak. Det vises i denne sammenheng til at kommunene i forbindelse med samhandlingsreformen ble styrket med 230 millioner kroner i frie inntekter fra 2010 og at kommunen bør prioritere folkehelse og forebygging og at oppbygging av systemer som gir oversikt over helsetilstanden og over faktorer som påvirker helsen prioriteres. Kommunen vil i denne sammenheng understreke at det er viktig at det innføres nasjonale systemer som vil gi oversikt over helsetilstanden, ikke 430 ulike systemer.

AVSLUTTENDE KOMMENTARER

Flekkefjord kommune vil som en del av sin høringsuttalelse i tillegg få presisere følgende:

- *Lovforslagets omfang mht. nye og endrede oppgaver til kommunene er ikke i tråd med tiden som gjenstår frem til dato for implementering 1.1.2012. Oppgaver må ikke overføres eller pålegges før kommunene er sikret nødvendig kompetanse, og ressurser. En gradvis innføring og pilotprosjekter er nødvendig for en mest mulig smidig gjennomføring*
- *Endringene vil kreve økonomiske og administrative konsekvenser, spørsmålet er hvem som vil bære kostnadene. Formuleringen i høringsnotatet tilsier at dette blir kommunene.*
- *Høringsnotatet er ufullstendig i den forstand at mange av de viktigste endringsforslagene skal utredes i etterkant og reguleres i form av forskrifter.*
- *En rekke av forslagene i notatet bærer preg av at spørsmål omkring et effektivt, forpliktende og demokratisk forankret kommunesamarbeid ikke er løst. Mange av oppgavene vil kreve utstrakt kommunesamarbeid, uten at dagens modeller for denne typen samarbeid er gode nok. Dette kan resultere i "halvveis" løsninger, og til et bredt spekter av ukoordinerte og usammenhengende avtaler og tilpasninger ikke gir den nødvendig styring med praksis og oppgaveutøvelse.*
- *Forutsetningen om at kommunehelsetjenesten innenfor definerte oppgaveområder vil kunne levere tjenester med like god kvalitet som spesialisthelsetjenesten til 1/5 av kostnadene bør dokumenteres godt fra nasjonale myndigheters side. Uten solid dokumentasjon på dette vil neppe innbyggerne la seg overbevise om at så er mulig. Man må da anta at de legene vil fortsette å henvise til spesialistbehandling, både fordi de ønsker det beste for sine pasienter og fordi pasientene selv vil kreve dette.*
- *Endringsforslag som forutsetter nye IKT-systemer, bl.a. data om helsetilstanden i befolkningen og systemer for elektronisk meldingsutveksling, må utredes sentralt og implementeres lokalt på bakgrunn av en felles nasjonal standard.*

Rådmannens forslag til

vedtak:

Utvalg for helse og velferd slutter seg til det fremlagte forslaget til høringsuttalelse for Flekkefjord kommune.

18.01.2011 Utvalg for helse og velferd

Behandling:

Rådmannens innstilling ble enstemmig vedtatt.

Ansvar for oppfølging:

Underretning sendes til: