

Helse- og omsorgsdepartementet
PB 8011 Dep
0030 OSLO

Vår ref.: 2011/766 - 3513/2011

Deres ref.:

Dato: 18.01.2011

Administrativ uttalelse fra Østfold fylkeskommune til forslag til helse- og omsorgslov, folkehelselov og nasjonal helse- og omsorgsplan

Vedlagt oversendes administrativ uttalelse fra Østfold fylkeskommune til forslagene til ny folkehelselov, nasjonal helse- og omsorgsplan og helse- og omsorgslov.

Sakene vil bli behandlet i opplærings-, kultur- og helsekomiteen i Østfold fylkeskommune den 15. februar. Vedtakene vil bli ettersendt umiddelbart.

Med vennlig hilsen



Knut-Johan Rognlien

folkehelsesjef, Østfold fylkeskommune

Regionalavdelingen, Seksjon for folkehelse

Postadresse: Postboks 220, 1702 Sarpsborg
Kontoradresse: Oskar Pedersensevei 39
Telefon: 69 11 70 00, Telefaks:

E-post: sentralpost@ostfoldfk.no
Internett: <http://www.ostfoldfk.no/>
Org.nr.: 974 544 407



Saksnr.: 2010/14948
Løpenr. 273/2011
Klassering: G00
Saksbehandler: Richard R. Næss

Møtebok - Saksframlegg

Behandlet av	Møtedato	Utvalgssaksnr.
Opplæring, kultur og helsekomiteen	15.02.2011	

Høring - forslag til ny kommunal helse- og omsorgslov.

Vedlegg

Sammendrag/Bakgrunn for saken

Helse- og omsorgsdepartementet har sendt ut til høring forslag om ny kommunal helse- og omsorgslov, som sammen med forslaget til ny folkehelselov vil erstatte kommunehelsetjenesteloven, sosialtjenesteloven og lov om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet.

Landets fylkeskommuner sto ikke på listen over høringsinstanser for dette lovforslaget, til tross for at Tannhelsetjenesten flere ganger i høringsnotatet nevnes som en viktig samarbeidspartner for de kommunale tjenestene innenfor helse- og omsorgssektoren. Etter at Helse- og omsorgsdepartementet ble gjort oppmerksom på glippen er fylkeskommunene kommet med på listen og har fått tilsendt høringsutkastet.

Høringsfristen er 18. januar 2011

Fakta

Om innholdet i høringsnotatet

I høringsbrevet heter det at forslaget er en oppfølging av St.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen, Innst. 212 S (2009-2010) Innstilling fra Helse- og omsorgskomiteen om samhandlingsreformen og om en ny velferdsreform. I tillegg følger høringsnotatet opp NOU 2004:18 Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene og NOU 2005:3 Fra stykkevis til helt – En sammenhengende helsetjeneste.

Samhandlingsreformen bygger blant annet på en overordnet målsetting om å redusere sosiale helseforskjeller, og at alle skal ha et likeverdig tilbud om helsetjenester uavhengig av diagnose, bosted, personlig økonomi, kjønn, etnisk bakgrunn og den enkeltes livssituasjon. Når sykdom rammer, er det viktig at folk skal oppleve at de får tilbud om behandling og pleie med kort ventetid og med størst mulig nærhet til brukeren. Målene med samhandlingsreformen er:

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

Samtidig som forslag til ny kommunal helse- og omsorgslov sendes på høring, sendes også forslag til ny folkehelselov på høring, samt en nettbasert høring om Nasjonal helse- og omsorgsplan. Den sistnevnte høringen er et ledd i Helse- og omsorgsdepartementets arbeid med planen som tas sikte på å fremmes i form av en stortingsmelding våren 2011. Det tas også sikte på at lovforslagene kan fremmes for Stortinget i form av lovproposisjoner våren 2011.

I forslag til ny kommunal helse- og omsorgslov tydeliggjøres kommunens overordnede ansvar for helse- og omsorgstjenester ("sørge-for-ansvar"), uten at kommunene samtidig pålegges bestemte måter å organisere tjenestene på. Kommunens plikter skal i all hovedsak videreføres, men pliktene foreslås utformet mer overordnet og profesjonsnøytralt. Hensikten er å gi kommunene et tydeligere og mer helhetlig ansvar og større frihet til å organisere og tilpasse tilbudet i samsvar med lokale behov. I forslaget oppheves skillet mellom helsetjenester og omsorgstjenester. I stedet foreslås en felles helse- og omsorgstjeneste med felles regelverk, herunder felles klage- og tilsynsinnsinstans. Helsepersonelloven skal gjelde for alt personell som yter tjenester etter den nye loven.

Forslaget innebærer også at pasient- og brukerrettigheter knyttet til kommunale helse- og omsorgstjenester videreføres, og at de samles i pasientrettighetsloven. Det vil medføre at rettighetene blir mer entydige og helhetlige for pasientene og brukerne, som ofte forholder seg til flere deltjenester i kommunen eller til tjenester både i kommunen og i spesialisthelsetjenesten.

Reformen fremhever kommunens ansvar for helsefremmende og forebyggende arbeid. Kommunene har allerede i dag et slikt ansvar, men det foreslås at dette tydeliggjøres i loven. Dette må ses i sammenheng med høringsnotatet om Lov om folkehelsearbeid.

Lovforslaget er ment å sikre bedre samhandling innad i kommunen, men også mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Det foreslås lovregulert at kommuner og spesialisthelsetjeneste skal legge til rette for samhandling mellom ulike deltjenester og med andre tjenesteytere. Det foreslås å innføre et nytt avtalesystem mellom tjenestenivåene.

I høringsnotatet redegjør Departementet for endringer som det på sikt kan være aktuelt å ta inn i forskriften om fastlegeordningen. Fastlegene vil være sentrale i oppfølgingen av samhandlingsreformen. For blant annet å sikre helheten i allmennlegetjenesten, samt sørge for at det legges til rette for økt fokus på

forebygging, er Regjeringen opptatt av å sikre at kommunene får bedre styring med fastlegene.

Økonomiske incentiver i form av kommunal medfinansiering og samarbeidsprosjekter mellom helseforetak og kommuner er ment å legge til rette for at både kommuner og helseforetak vil se seg tjent med å etablere slike tilbud i kommunene.

Høringsinstansene bes særskilt om å komme med innspill på om det eventuelt bør lovfestes en plikt for kommunene til å sørge for døgntilbud som gode alternativer til sykehusinnleggelser for pasienter som har behov for døgnopphold for observasjon, undersøkelse og behandling. En eventuell plikt vil i så fall være avgrenset til pasientgrupper der et slikt tilbud anses som like bra eller bedre enn innleggelse ved sykehus for pasienter og henvisende leger.

Lovforslaget skal virke til at alle virksomheter i spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal drive systematisk arbeid for å styrke pasientsikkerheten. Det foreslås å innføre lovbestemte krav til systematisk kvalitetsforbedringsarbeid i alle virksomheter i spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Et annet forslag i høringsnotatet er å gi departementet myndighet til å stille krav om at dokumentasjon og kommunikasjon av helseopplysninger skal skje elektronisk. Det finnes allerede lovhjemler som kan tas i bruk for å stille nasjonale krav til standardiserte og sertifiserte løsninger. Helseforetak og kommunehelsetjenesten skal videre legge til rette for elektronisk samhandling. Samlet sett vil dette bidra til en mer effektiv utveksling av viktige pasientopplysninger og dermed også bedre helsehjelp.

Det vil også bli foreslått å endre meldeordningen etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 slik at ordningen blir et rent læringssystem. Ved å flytte meldeordningen fra Statens helsetilsyn til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, kan helsepersonell melde om uønskede hendelser uten frykt for sanksjoner, og gi bedre data om omfang, fordeling og risiko. På den måten kan uønskede hendelser i større grad brukes som grunnlag for årsaksanalyse og læring for å forebygge og redusere faren for pasientskader.

Forholdet til annen lovgivning

Den nye loven vil i hovedsak regulere kommunens ansvar og oppgaver, mens rettigheter for pasienter og brukere, plikter for tjenesteyterne, tilsyn m.m., stort sett vil være regulert i andre lover. Dette innebærer at man vil unngå den dobbeltreguleringen som i dag finnes for kommunehelsetjenesten.

Det foreslås at all øvrig helselovgivning *som hovedregel* skal gjelde både for helsehjelp etter den nye loven og for tjenester som ikke anses som helsehjelp, altså "omsorgstjenester". Det vil i så fall ikke være nødvendig å skille mellom helsehjelp og annen type hjelp etter den nye loven. Det vil innebære en betydelig forenkling at de samme reglene i hovedsak vil gjelde uavhengig av hva slags tjenester det dreier seg om. I tillegg vil løsningen gi et mer oversiktlig regelverk, både for tjenestemottakerne (pasientene og brukerne), tjenesteyterne, kommunene og andre brukere av den nye loven.

De hensynene som ligger bak de øvrige helselovene, vil som hovedregel tilsi at reglene bør komme til anvendelse på alle tjenestene som ytes etter den nye loven.

Skillet mellom helsetjenester og sosialtjenester videreføres ikke i det nye lovforslaget. En konsekvens av dette er at det også vil bli vanskelig å skille mellom helsepersonell og annet personell i den nye loven. Behovet for samordnet regulering av kommunens personell blir derfor enda sterkere. På denne bakgrunn foreslår Departementet at Helsepersonellovens bestemmelser som hovedregel skal få anvendelse for alt personell etter den nye loven, jf. lovforslaget § 2-1. Endringen i forhold til dagens regelverk består i at også personell som yter annen hjelp etter loven enn det som etter helsepersonelloven § 3 er å anse for helsehjelp, vil reguleres av helsepersonellovens bestemmelser. Endringen vil medføre at personell som arbeider innenfor de samme og tilstøtende felt vil ha like plikter. 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. Begrepet "helsehjelp" skal forstås likt etter henholdsvis Helsepersonelloven og Pasientrettighetsloven. Etter dette foreslår derfor Departementet at det med *helsehjelp* i henhold til helsepersonelloven § 3 skal "menes enhver handling som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål og som utføres av helsepersonell".

I høringsnotatet beskrives forholdet til Helsepersonelloven, Helseregisterloven, Pasientskadeloven, Pasientrettighetsloven, Barnevernloven, Diskrimineringslovgivningen, Lov om kommunale råd for mennesker med nedsatt funksjonsevne, Ny lov om folkehelsearbeid, Sosialtjenesteloven, m fl.

Lov om tannhelsetjenesten regulerer fylkeskommunenes ansvar for Den offentlige tannhelsetjenesten. Loven gir enkelte grupper av befolkningen rett til et regelmessig og oppsøkende tilbud, rett til nødvendig tannhelsehjelp i den fylkeskommune der de bor eller midlertidig oppholder seg. Rettigheter etter Tannhelsetjenesteloven er blant annet knyttet til kommunenes og helseforetakenes institusjonsbaserte eller hjemmebaserte organisering av kommunale tjenester eller spesialisttjenester. Siden Tannhelsetjenesteloven ble utarbeidet i 1983 har tjenestetilbudet endret karakter. Behandling som tidligere ble gitt mens pasienter var innlagt på psykiatrisk og somatiske institusjoner, gis nå i stort omfang i form av polikliniske tjenester og ytelser i hjemmet. Det er behov for å gjennomgå i hvilken grad vilkårene i dagens lov er i samsvar med lovens formål, og Departementet har påbegynt et arbeid med å revidere Tannhelsetjenesteloven.

Samhandling mellom ulike deltjenester og med andre tjenesteytere.

I det nye lovforslaget pålegges kommunene en plikt til å samarbeide med andre instanser som yter helsetjenester. I lovforslagets § 3-1, 5. ledd heter det at

"Kommunen skal samarbeide med fylkeskommune, regionalt helseforetak og stat slik at helsetjenesten i landet best mulig kan virke som en enhet".

Dette er en videreføring av § 4-1, 4. ledd, i gjeldende Lov om helsetjenesten i kommunene, som gir en generell plikt til å samarbeide med fylkeskommunen.

I kapittel 6 i forslaget til ny lov er samarbeidet med Helseforetakene regulert i detalj. Tilsvarende regulering finnes imidlertid ikke i forhold til fylkeskommunene. Det innebærer at i det praktiske arbeidet vil den fylkeskommunale tannhelsetjenesten fortsatt kunne støte på motstand i forhold til utveksling av nødvendige opplysninger om individer som får rettigheter etter tannhelsetjenesteloven på grunnlag av rettigheter etter kommunehelsetjenesteloven.

I forslaget til ny lov, § 7-1, "Individuell plan" pålegges kommunen å samarbeide med andre tjenesteytere om individuell plan for å bidra til et helhetlig tilbud for den enkelte. I § 7-1, 2. ledd står:

"Dersom en pasient eller bruker har behov for tilbud både etter loven her og spesialisthelsetjenesteloven eller psykisk helsevernloven, har kommunen ansvar for å sette i gang arbeidet med planen og for å koordinere planarbeidet".

Fylkesrådmannens vurdering

Ved at landets fylkeskommuner falt ut som høringsinstans for den nye loven om kommunale helse- og omsorgstjenester, har fylkeskommunen seint i prosessen blitt oppmerksom på de sidene ved det nye lovforslaget som direkte angår fylkeskommunen som tjenesteleverandør.

For at kommunenes plikt til å samarbeide med fylkeskommunens tannhelsetjeneste skal være like tydelig som for andre ikke-kommunale helsetjenester, bør lovforslaget også eksplisitt nevne plikten til samarbeid med tannhelsetjenesten, slik den gjør mht plikten til samarbeid med spesialisthelsetjenesten og med psykisk helsevern. Ved at Tannhelsetjenesteloven nevnes ved siden av Spesialisthelsetjenesteloven og Psykisk helsevernloven, vil det bli kommunens plikt gjennom individuell plan å tilrettelegge for at pasientene får oppfylt sine rettigheter etter Tannhelsetjenesteloven.

Fylkesrådmannen har for øvrig ikke vurdert alle øvrige sider ved forslag til ny kommunal helse- og omsorgslov som grunnlag for forslag til vedtak i saken.

Fylkesrådmannens forslag til vedtak

§ 7-1 i den nye kommunale helse- og omsorgsloven bør lyde:

§ 7-1. Individuell plan

Kommunen skal utarbeide individuell plan for pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester etter loven her. Kommunen skal samarbeide med andre tjenesteytere om planen for å bidra til et helhetlig tilbud for den enkelte.

Dersom en pasient eller bruker har behov for tilbud både etter loven her og spesialisthelsetjenesteloven eller psykisk helsevernloven eller tannhelsetjenesteloven, har kommunen ansvar for å sette i gang arbeidet med planen og for å koordinere planarbeidet. Departementet kan gi nærmere bestemmelser om hvilke pasient - og brukergrupper plikten omfatter, og om planens innhold.

Sarpsborg, 18. januar 2011

Atle Haga
fylkesrådmann

Odd Roald Andreassen
fylkesdirektør



Saksnr.: 2010/11892
Løpenr. 2090/2011
Klassering:
Saksbehandler: Knut Johan Rognlien

Møtebok - Saksframlegg

Behandlet av
Opplæring, kultur og helsekomiteen

Møtedato
15.02.2011

Utvalgssaksnr.

Høringsuttalelse til forslaget til nasjonal helse- og omsorgsplan

Vedlegg

Ingen

Bakgrunn for saken

Regjeringen la frem Samhandlingsreformen i 2009. Målet med reformen er å redusere sosiale helseforskjeller og at alle skal ha et likeverdig tilbud om helse- og omsorgstjenester. Det skal satses mer på forebyggende arbeid og tidlig innsats for å begrense plager og lidelser og hindre at sykdom utvikler seg. Pasienter og brukere skal møte mer helhetlige og koordinerte tjenester. Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015) skal vise hvordan reformen skal gjennomføres, og den er en forlengelse av Nasjonal helseplan (2007-2010).

Fakta

I forbindelse med behandling av tidligere nasjonale helseplaner har fylkestinget lagt stor vekt på LEON-prinsippet som har vært bærende i helse- og helsetjenestepolitikken siden 70-tallet og er det fortsatt. (Laveste Effektive OmsorgsNivå). Det kan forstås som at hjemmet blir laveste omsorgsarena, deretter kommunale institusjoner og tjenester. Fylkestinget har også tidligere uttalt at den nasjonale helseplanen bør få frem de store linjene i helsepolitikken og sammenhengene med andre politikkområder. Herunder at det bør legges stor vekt på å bidra til et helsefremmende samfunn.

Regjeringen vil at Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015) skal bli et mer operativt redskap for prioriteringer innenfor de samlede helse- og omsorgstjenester. Den ønsker også at planen skal sikre politisk styring gjennom å være et strategisk styringsdokument. Nasjonal folkehelseplan har mål/strategier på følgende områder for å realisere samhandlingsreformen:

1. Folkehelse (Herunder nasjonale folkehelseiltak, lokalt folkehelsearbeid, sosiale ulikhet og helse, beredskap og smittevern, arbeid og helse, internasjonalt helsesamarbeid)
2. Fremtidens kommunehelsetjeneste (herunder blant annet tannhelse)
3. Helhet og sammenheng
4. Ny pasientrolle
5. Kvalitet og faglighet
6. Helsepersonell

Målene med samhandlingsreformen er:

- Økt livskvalitet for den enkelte og redusert press på helsetjenesten gjennom satsing på helsefremmende og forebyggende arbeid.
- Dempet vekst i bruk av sykehustjenester ved at en større del av helsetjenestene ytes av kommunehelsetjenesten – forutsatt like god eller bedre kvalitet samt kostnadseffektivitet – til det beste for pasientene.

- Mer helhetlige og koordinerte tjenester til brukere av helsetjenesten gjennom forpliktende samarbeidsavtaler og avtalte behandlingsforløp.
- Å sikre en bærekraftig utvikling av helsesektoren, gjennom å bidra til effektiv bruk av ressursene.

Samtidig med at den kommunale helse- og omsorgstjenesten styrkes og videreutvikles, skal spesialisthelsetjenesten omstilles. Utreddning og behandling av hyppig forekommende tilstander skal desentraliseres der dette er mulig. Ut

Av mulig virkemidler pekes det blant annet på:

Lokalmedisinske sentra vil være en arena for samarbeid mellom ulike profesjoner i kommunen, mellom kommuner og mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten.

Om sykehusstruktur sier planen blant annet at spesialisthelsetjenesten skal utvikles i en enda tydeligere spesialisert retning, som vil få konsekvenser i forhold til arbeidsfordelingen med kommunehelsetjenesten. Det kan bety at enkelte sykehus skal gjøre andre oppgaver enn i dag. I dette arbeidet legges det til grunn at dagens desentraliserte sykehustilbud skal opprettholdes. Lokalsykehusene skal spille en viktig rolle for å møte de store utfordringene vi står overfor med en større andel eldre innbyggere og flere pasienter med kroniske sykdommer og livsstilssykdommer. Planforslaget sier videre at kommuner og helseforetak bør samarbeide om samlokalisering av lokalsykehus og lokalmedisinske senter når begge parter finner det hensiktsmessig.

Forslaget til nasjonal helse- omsorgsplan ønsker å videreutvikle tilbudet om desentraliserte spesialisthelsetjenester for å møte utfordringene med økende antall eldre og flere personer med kroniske og livsstilsrelaterte sykdommer. Mange ønsker å motta behandling så nær hjemmet som mulig. En god desentralisert spesialisthelsetjeneste kan også støtte opp under kommunens muligheter til å tilby gode lokale helsetilbud.

Blant annet følgende mål foreslås:

- Videreutvikle desentraliserte spesialisthelsetjenestetilbud der dette er hensiktsmessig og kostnadseffektivt, herunder utvikling av gode samarbeidsformer mellom lokalsykehus og kommuner.
- Distriktpsikiatriske sentra skal videreutvikles.

Distriktpsikiatriske sentre (DPS) skal utvikles videre i desentralisert retning. Overføring av ressurser fra sykehus til DPS må til slik at flere kan behandles der. Dette betyr igjen at de psykiske helsetjenestene vil gjennomgå en ytterligere desentralisering i årene som kommer. Den omfattende satsingen på ambulante tjenester og poliklinikk er et viktig element i utviklingen, som også ytterligere tydeliggjør den pågående desentraliseringen av tjenesten. En viktig utfordring er å styrke akuttberedskapen ved DPS.

Blant folkehelsemål som er spesielt aktuelle for Østfold fylkeskommune nevnes følgende:

- Flere sektorer i samfunnet skal engasjere seg i folkehelsearbeid og samarbeide på tvers. Innsatsen skal være koordinert, også nasjonalt.
- Fylkeskommuner og kommuner skal ha nødvendig kapasitet og kompetanse til å ivareta oppgaver som følger av den nye folkehelseloven.
- Øke innsatsen mot fattigdom, sikre bedre levekår for de vanskeligst stilte, sette inn tiltak så tidlig som mulig for å sikre inntekt, arbeid, gode oppvekstkår, utdanning o.s.v.
- Flere skal fullføre videregående. Andelen som ikke fullfører skal reduseres. Et virkemiddel: Gode og inkluderende læringsmiljøer fra barneskolen til videregående.

For tannhelse fremheves følgende nasjonale mål:

- Det offentlige tilbudet må i større grad innrettes mot dem som trenger det mest.
- God tilgjengelighet til tannhelsetjenester. Bedre overvåking av tannhelsen i befolkningen. Det må forskes mer på årsaker til sviktende tannhelse og hvilke tiltak som har størst effekt for å bedre den.
- Samarbeidet mellom tannhelsetjenesten og kommuner, sykehus, og andre må bedres.
- Den private delen av tannhelsesektoren må i større grad ta del i å løse offentlige tannhelseoppgaver.
- Brukere av tannhelsetjenesten skal kunne velge behandler ut fra kvalitet og pris, og lettere kunne ivareta sine rettigheter.

Fylkesrådmannens vurdering

Samhandlingsreformen (St.meld.nr.47) er en tillitserklæring til kommunesektoren hvor kommunene skal være den helhetlige inngangsporten til helsetjenestene. Det er positivt at reformen vektlegger at oppgavene skal løses så nært pasient/ bruker som mulig slik at tjenestetilbudet blir mer helhetlig og effektivt. Samhandling over forvaltningsnivåene er grunnleggende for å få dette til. I forhold til den tidligere nasjonale helseplanen er det skjedd en utvikling nasjonalt der større vekt legges på blant annet folkehelse og sosiale ulikheter i helse. Det er også bra. Fylkesrådmannen mener også at de nasjonale prosessene som nå skjer er et skritt i retning av det fylkestinget tidligere har bedt om, en helsepolitikk som tydeliggjøres i forhold til LEON-prinsippet og som har et større helsefremmende fokus.

Forslaget til nasjonal helse- og omsorgsplan må sees i sammenheng med blant annet Østfold fylkeskommunes høringsuttalelse til ny folkehelselov. Der ga fylkesrådmannen uttrykk for at alle relevante departementer må ansvarliggjøres i folkehelsearbeidet. Planen fremstår derimot som generell og lite forpliktende, særlig i forhold til det folkehelsearbeid som naturlig hører inn under andre departementer enn helse- og omsorgsdepartementet. Når det i forslaget til nasjonal helse- og omsorgsplan sies at *innsatsen skal være koordinert, også nasjonalt* samsvarer ikke det med hvordan fylkesrådmannen opplever dagens praksis. Fylkesrådmannen mener derfor at det bør vurderes om det i fremtiden i stedet bør lages en egen nasjonal folkehelseplan med samordnede mål og strategier for alle departementer.

Planforslaget sier at helsetjenestene skal være blant verdens beste, og det samme bør sies om folkehelsearbeid. Tross alt er vi allerede et av de landene med best helsestatus. Da er det viktig at planen i større grad enn nå løfter frem betydningen av forebyggende og helsefremmende strategier overfor barn og unge for å redusere senere problemer innenfor rus og psykisk helse.

Østfold har utjevning av sosiale ulikheter i helse som et satsningsområde. Det er gledelig at feltet er viet et eget kapittel i planen, men det etterlyses tydeligere mål på bakenforliggende faktorer (eks. inntekt, utdanning og lignende) som forårsaker ulikheter i befolkningen.

Innenfor tannhelsesektoren støtter Østfold fylkeskommune opp om Helse- og omsorgsplanens mål og om at utvidelsen av det offentlige engasjementet på tannhelsefeltet må rettes mot de som trenger det mest. Som et ledd i dette er økt forskningsinnsats i forhold til årsaker til sviktende tannhelse viktig for hele sektoren. Vedrørende målet om bedre samarbeid mellom tannhelsetjenesten, kommuner, sykehus og andre, er det vesentlig at et slik samarbeid nedfelles i lov eller forskrift. Samhandlingen mellom offentlig og privat sektor bør utvides, og det bør legges til rette for fritt tannlegevalg for personer over 20 år. Når det gjelder gruppen under 20 år må mulige uheldige konsekvenser av fritt tannlegevalg utredes nøye. Tannhelseutviklingen i denne gruppen er og har vært svært positiv med den nåværende organiseringen og et oppsøkende tilbud.

Oppbygging av de regionale odontologiske kompetansesentrene og deres eksistens må sikres økonomisk. Kompetansesentrene må gis et spesielt ansvar for forskning og systematisk kunnskapsoppsummering/fagutvikling i den utøvende tannhelsetjenesten.

For å få til en effektiv fordeling av oppgaver mellom tannleger og tannpleiere er det viktig å utvikle gode systemer for risikovurderinger slik at pasienter i størst mulig grad får behandling på riktig nivå ved første besøk hos tannhelsetjenesten.

Økt vekt på praksisstudiet i utdannelsen av tannleger og tannpleiere kan bidra til å styrke Den offentlige tannhelsetjenesten faglig, samtidig som studentene allerede i studietiden vil møte et bredt spekter av pasienter og kliniske problemstillinger.

Spesielt når det gjelder rusmiddelavhengige og de som er blitt rusfrie, men også personer som mottar kommunale tjenester og andre grupper med spesielle behov, er det viktig at gruppene ikke defineres på en måte som virker begrensende i forhold til intensjonen om å nå de som trenger det mest.

Implementering av samhandlingsreformen må skje skrittvis, basert på kunnskap og erfaringer. Det blir viktig å sikre at sykehusene ikke bygger ned tilbud før kommunene har bygd opp sine tjenester. Det er ønskelig med distriktsmedisinske sentre i Østfold, ikke minst i de områdene som ligger lengst fra det kommende sykehuset på Kalnes.

Bedre og mer integrerte legetjenester i kommunene er et sentralt område i samhandlingsreformen og en forutsetning for økt kommunalt ansvar og større oppgaver. For å sikre at legeressursene anvendes til de prioriterte områdene er det nødvendig å knytte fastlegene tettere styringsmessig til kommunen.

Fylkesrådmannens forslag til vedtak

1. Det bør utredes om det bør lages en nasjonal folkehelseplan med samordnende mål og strategier for alle departementer.
2. Nasjonal helse- og omsorgsplan bør ha som ambisjonsnivå at folkehelsearbeidet skal være blant verdens beste.
3. Nasjonal helse- og omsorgsplan bør innarbeide mer presise mål på å bedre bakenforliggende faktorer som fører til ulikheter i helsetilstanden.
4. Avsnittene i fylkesrådmannens vurdering som omhandler tannhelsetjenesten legges ut i den nettbaserte høringen, under området Tannhelsetjenesten.
5. Arbeidet med psykisk helse og rus må i større grad prioritere forebyggende og helsefremmende arbeid overfor barn og unge.
6. Det er behov for flere distriktsmedisinske sentra for å sikre nærhet til innbyggerne og utfylle tilbudet gitt av spesialisthelsetjenesten.
7. Kommunene må gis mer tid og forutsetninger for å kunne imøtekomme forsterkede lovkrav og det høye ambisjonsnivået i forslaget til nasjonal helse- og omsorgsplan.
8. Østfold fylkeskommune støtter regjeringens ønske om å stimulere til større kommunal innflytelse over fastlegene, ikke minst for å sikre offentlig legearbeid.
9. Østfold fylkeskommune slutter seg til målsettingene om en desentralisert spesialisthelsetjenestestruktur.

Sarpsborg, 11. januar 2011

Atle Haga
fylkesrådmann

Odd Roald Andreassen
fylkesdirektør



Saksnr.: 2010/11858
Løpenr. 1094/2011
Klassering: G10
Saksbehandler: Knut Johan Rognlien

Møtebok - Saksframlegg

Behandlet av
Opplæring, kultur og helsekomiteen

Møtedato
15.02.2011

Utvalgssaksnr.

Høringsuttalelse til forslag til ny folkehelselov

Vedlegg

Forslag til lov (lovtekst)

Bakgrunn for saken

Lov om fylkeskommuners ansvar i folkehelsearbeidet trådte i kraft 1. januar 2010 som en del av Forvaltningsreformen. Da forslaget til lov om folkehelse for fylkeskommuner var på høring i 2009, ga en rekke fylkeskommuner følgende tilbakemelding:

Det bør på sikt i stedet lages en mer omfattende lov om folkehelse, der alle nivåers ansvar, myndighet, oppgaver og virkemidler i det helsefremmende arbeidet inngår og sammenhengen mellom disse synliggjøres.

Regjeringen har fulgt opp forslaget og vil i forbindelse med revideringen av kommunehelse-tjenesteloven lages en ny folkehelselov. I tillegg foreslås det en ny helse- og omsorgslov, som i motsetning til den mer grupperettede folkehelseloven har en individinnretning.

Fakta

Hovedtrekk i lovforslaget er at:

- Ansvar for folkehelsearbeid legges til kommunen som sådan, ikke helsetjenesten. Forslaget innebærer at alle sektorer skal fremme folkehelse.
- Kommunen skal fastsette mål og strategier for folkehelsearbeidet forankret i planprosessene etter plan- og bygningsloven.
- Kommunens ansvar for å ha oversikt over lokal helsetilstand og påvirkningsfaktorer blir konkretisert. Statlige helsemyndigheter og fylkeskommunene skal gjøre opplysninger tilgjengelige og understøtte kommunene.
- En drøfting av kommunens og fylkeskommunens helseutfordringer skal blant annet danne grunnlag for lokal og regional planstrategi.
- Kommunene skal iverksette nødvendige tiltak for å møte lokale utfordringer.

Loven bygger på fire prinsipper, som samsvarer godt med fylkesplanen "Østfold mot 2050":

1. Bærekraftig utvikling
2. Health in all policies, helse på alle politikkområder
3. Føre var-prinsippet
4. Utjevning (jfr. sosiale ulikheter i helse).

Lovforslaget består av to paragrafer som omhandler fylkeskommunen, og i forhold til eksisterende folkehelselov tydeliggjøres helseovervåkingsansvaret. Det skapes forventninger i kommunene om at fylkeskommunene i fremtiden skal fylle en viktig støttefunksjon.

Fylkeskommunen må aktivt ta stilling til den informasjon som gjøres tilgjengelig, gjøre en vurdering av behov for nærmere kartlegginger, årsaksforhold og konsekvenser, og i nødvendig utstrekning foreta videre kartlegginger og utredninger. Oversikten skal gi grunnlag for hensiktsmessig styring og strategiutvikling for egen virksomhet slik at folkehelse blir tilstrekkelig ivaretatt. Departementet foreslår at oversikten skal foreligge som et skriftlig dokument og blant annet legges til grunn ved fylkestingets vedtak om regional planstrategi, og ved fylkestingets årlige gjennomgang av status for folkehelsearbeidet i fylket.

Lovforslaget legger opp til tilsyn med bl.a. fylkeskommunens folkehelsearbeid, og det bes spesielt om en tilbakemelding på hvor dette bør ligge.

Om økonomiske og administrative konsekvenser

Regjeringen mener at lovforslaget ikke har økonomiske og administrative konsekvenser, som i hovedsak begrunnes med at oppgavene allerede er lovpålagte/finansiert.

Det pekes på at folkehelsekoordinatorer er viktig for fylkeskommunene, fordi de er et bindeledd til regionale folkehelsepartnerskap og arbeider aktivt for å realisere målsettingene i fylkesplanen i Østfold.

I høringsnotatet beregnes kostnader til evt. koordinatorstillinger blant annet ved at kommuner med mindre enn 10.000 innbyggere gis 20 % stillingsressurs. Beregningen tar dernest utgangspunkt i at større kommuner gis en koordinatorstilling i 100 %. Totalt vil dette koste 175 millioner kroner. Selv om spørsmålet utredes foreslås det ikke at dette finansieres.

Fylkesrådmannens vurdering

Et samfunn som ikke er bærekraftig var en hovedutfordring som begrunnet samhandlingsreformen. De 3 høringsprosessene på folkehelseloven, helse- og omsorgsloven og nasjonale helse og omsorgsplan må sees i sammenheng som et bidrag til å løse utfordringen. Folkehelsearbeid bør imidlertid høyere på dagsorden med en større satsning der alle departementer ansvarliggjøres må til. Hvis ikke kan Samhandlingsreformen i praksis føre til en sektorisering av det kommunale folkehelsearbeidet i helsetjenestene.

Om lovens virksomhetsområde

Lovens virksomhetsområde foreslås på nasjonalt nivå å være statlige *helsemyndigheter* og ikke statlige *myndigheter*. Dette er et paradoks i forhold til lovens formål om å fremme folkehelse og bidra til å motvirke sosiale helseforskjeller. Skal vi lykkes med å utjevne sosiale helseforskjeller ligger de fleste virkemidlene på forskjellige departementer. Fylkesrådmannen påpeker at en rekke ulike sektorer allerede har et lovpålagt forebyggende og helsefremmende ansvar, men at det er problematisk for lavere nivåer å koordinere nasjonale initiativ hvis de spriker i forskjellige retninger. Det er arbeidskrevende og kan føre til ulike tolkninger. Lovens virksomhetsområde bør derfor utvides slik at den omfatter alle departementer.

Folkehelse i kommunal og regional planstrategi

Lovforslaget inneholder bestemmelser om at drøfting av helseutfordringer skal inngå i kommunal og regional planstrategi. Dette kan *åpne opp for tilsvarende pålegg i fremtiden på andre områder enn folkehelse*. I reguleringen av kommunal og fylkeskommunal planlegging, må staten balansere hensynet til statlig styring med hensynet til lokalt selvstyre.

Bestemmelsene om kommunal og regional planstrategi i Plan- og bygningsloven er ikke parallelle. I bestemmelsene om kommunal planstrategi, er det bl.a. bestemt:

"Planstrategien bør omfatte en drøfting av kommunens strategiske valg knyttet til samfunnsutvikling, herunder langsiktig arealbruk, miljøutfordringer, sektorenes virksomhet og en vurdering av kommunens planbehov i valgperioden."

I oppstillingen av hva planstrategien bør omfatte, vil det ikke være urimelig at helseutfordringer også tas med, parallelt med arealbruk. Det er imidlertid ikke rimelig at helseutfordringer, og bare helseutfordringer, skal inngå i strategien. Overlater staten til det lokale selvstyret å avgjøre om arealbruk skal drøftes i planstrategien, bør det også være opp til det lokale selvstyret å avgjøre om helseutfordringer skal drøftes i planstrategien. I begge tilfeller bør det være tilstrekkelig at staten anbefaler at disse temaene bør drøftes i planstrategien. Det vises i denne sammenheng også til at Regjeringen skal sende brev til fylkeskommunene ved oppstart av regional planstrategi hvert fjerde år for å klargjøre statlige forventninger.

Om tilsyn med fylkeskommunene

Regjeringen ønsker tilbakemelding om hvor tilsynsfunksjonen bør legges. Det er vanskelig å operasjonalisere folkehelsearbeidet på en hensiktsmessig måte. Lovforslaget argumenterer for eksempel for å utløse den lokal- og regionalpolitiske kraften i folkehelsearbeidet, og da må det være rom for å tilpasse oppgaven lokale og regionale forutsetninger. Fylkesrådmannen synes derfor at funksjonen bør utgå. Kongens godkjenning av regional planstrategi, og internkontrollen som loven også legger opp til, bør være tilstrekkelig. Hvis tilsynsfunksjonen opprettholdes, bør verken fylkesmann eller helsetilsyn i fylket være tilsynsmyndighet. Det er uheldig om førstnevnte skal føre tilsyn da de deltar i de regionale folkehelsepartnerskapene.

Om ansvaret for helseovervåking og økonomiske og administrative konsekvenser

Flere aktører gis i lovforslaget et ansvar for helseovervåking, eksempelvis kommuner og fylkeskommuner. Det medfører risiko for både dobbeltarbeid og ansvarsfraskrivelse. Det må presiseres hvilket ansvar de ulike aktørene skal ha slik at man utfyller hverandre.

Hvis forskriftshjemmelen om å pålegge fylkeskommunene et ansvar for å gjennomføre befolkningsundersøkelser utløses, må data som samles inn oppleves som nyttige og sees i sammenheng planrollen og politikkutformingen. Det må være rom for å ivareta regionale behov. Nasjonale retningslinjer må sikre informasjon om helsefremmende faktorer.

Fylkeskommunene ble ikke fullt ut godtgjort økonomisk da *folkehelseloven* for fylkeskommuner kom. I forslaget til ny folkehelselov fremstår statens forventninger tydeligere enn da lovforslaget til *folkehelseloven* for fylkeskommuner var ute på høring. Særlig presiseres forventninger til helseoversikt og støttefunksjoner overfor kommunene.

Fylkesrådmannen mener at lovforslaget har økonomiske og administrative konsekvenser både for kommuner og fylkeskommuner, selv om høringsnotatet argumenterer for det motsatte. Fylkeskommunene skal for eksempel bistå kommunen i kommunale analyser og tolkninger av data og *bistå i gjennomføringen av kommunalspesifikke undersøkelser, analyser og vurderinger*. Det er potensielt store oppgaver og skaper forventninger i kommunene.

Fylkeskommunens skriftlige oversikt over helsetilstanden skal gi grunnlag for hensiktsmessig styring og strategiutvikling for egen virksomhet, slik at folkehelse blir tilstrekkelig ivare tatt. Dette åpner for ulike tolkninger, men de forslåtte eksemplene gir inntrykk av at fylkeskommunene selv må etablere interne rapporteringsrutiner på nye områder. Dette vil beslaglegge mye ressurser. Det er mer naturlig at departementene selv lager rutiner og ivaretar det som burde være deres naturlige folkehelseansvar (eksempelvis elevundersøkelsen). Det vil sikre sammenlignbare data mellom fylkene.

I Ot.prp. nr. 73 2008–2009 *Om lov om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet* omtalte Helsedepartementet den innlagte forskriftshjemmelen som kan brukes til å pålegge fylkeskommunene å gjennomføre befolkningsundersøkelser: *Ved en eventuell forskrift vil*

økonomiske konsekvenser bli utredet på normal måte. Høringsnotatet som nå foreligger er tveetydig og kan leses som at en iverksettelse av forskriften uansett ikke vil godtgjøres.

Lovforslaget utreder ikke hvor krevende folkehelsearbeidet er. Det er også store forventninger til at kommuner og fylkeskommuner skal bidra til å utjevne sosiale helseforskjeller. Det er vanskelig. I Helsedirektoratets utviklingstrekkrapport for 2010 står det: *For det første har vi først de siste 20 årene begynt å få tilstrekkelig kunnskap om fordelingen av helse og helsedeterminanter til å innse at sosial ulikhet faktisk er et problem. For det andre er det også i denne perioden at vi har begynt å få kunnskap om hva som forårsaker den ulike fordelingen. Og for det tredje vet vi fortsatt ikke nok om fordelingseffekter av ulike typer tiltak og politikk.*

At lovforslaget ikke skal ha økonomiske konsekvenser er med andre ord lite sannsynlig. Sentrale myndigheter har, gjennom samhandlingsreformen argumentert for folkehelsearbeid som alternativ til ensidig behandlingsfokus. Hvis feltet allerede er tilstrekkelig ivaretatt, synes det underlig at tidligere signaler og nasjonale evalueringer har skapt en helt annen forståelse.

Tannhelsetjenesten sitter i dag på betydelig mengde data om tannhelseutviklingen blant barn og unge, men mangler verktøy for å gjøre opplysningene tilgjengelig for kommunene. Når det gjelder tannhelseutviklingen i den øvrige befolkningen foretas det ingen systematisk innhenting av data. Det vil medføre en betydelig kostnad å skaffe de nødvendige verktøy for å få fram disse opplysningene.

Fylkeskommunen skal fremme helse i egen virksomhet og gjennom sitt ansvar for tannhelsetjenesten, være en viktig aktør i folkehelsearbeidet. Et godt samarbeid mellom kommunene og tannhelsetjenesten vil være nødvendig for å få til et godt folkehelsearbeid. Det som gir god tannhelse gir også god helse. Det fremkommer ikke tydelig nok i høringsforslaget at et slikt samarbeid skal ivaretas.

Fylkesrådmannens forslag til vedtak

Østfold fylkeskommune avgir følgende uttalelse til forslaget til ny folkehelselov:

1. I tråd med lovens prinsipper om "health in all policies", bør forslaget til ny folkehelselov utvide sitt virksomhetsområde slik at det omfatter alle statlige myndigheter.
2. Det er behov for en tverrsektoriell og nivåovergripende opptrappingsplan for det samlede folkehelsearbeidet, der nye virkemidler for alle nivåer utredes. Den må sikre at kommuner og fylkeskommuner settes i stand til å utføre lovpålegg og må inkludere relevante departementer.
3. Lovforslaget har økonomiske og administrative konsekvenser for kommuner og fylkeskommuner som det ikke er kompensert fullt ut for tidligere. *Krav om ny praksis i folkehelsearbeidet må tolkes som en ny oppgave og dermed godtgjøres.* Hvis forskriftshjemmelen om å pålegge fylkeskommuner om å gjennomføre befolkningsundersøkelser utløses, må dette fullt ut kompenseres økonomisk.
4. Folkehelsekoordinatorer i kommunene er viktige. De må finansieres, men en 20 % stilling er ikke tilstrekkelig noen steder verken økonomisk eller kompetansemessig.
5. Det er uheldig at særlovgivningen på folkehelse i for liten grad forplikter ulike aktører til tverrsektorielt arbeid og samordning og dette forholdet bør korrigeres.
6. Formuleringen i § 4 hvor "kommunen skal medvirke til at helsemessige hensyn blir ivaretatt av frivillige organisasjoner", er uheldig. Prinsipielt må en være varsom med å gå for langt i styringen av frivillig sektor. Paragrafen bør modereres, eventuelt slettes.

7. Kommunen bør gis en plikt til å samarbeide med fylkeskommunen ved tannhelsetjenesten om felles befolkningsrettede tiltak.

Sarpsborg, 6. januar 2011

Atle Haga
fylkesrådmann

Odd Roald Andreassen
fylkesdirektør