



SAMLET SAKSFRAMSTILLING

Utvalg	Møtedato	Saksnr.
Formannskap	18.01.2011	7/11

HØRING - FORSLAG TIL NY KOMMUNAL HELSE- OG OMSORGESLOV

Vedlagte dokumenter:

Høringsbrev – Forslag til ny kommunal helse – og omsorgslov datert 15.10.2010.

Ikke vedlagte dokumenter:

Høringsnotat - Forslag til ny kommunal helse – og omsorgslov (samhandlingsreformen).

http://www.regjeringen.no/pages/14377693/I-1151B_B.pdf

Hjemmel for behandling:

Delegeringsreglementet for Røyrvik kommune punkt 5.2.7 og 5.2.1

Saksopplysninger:

Helse- og omsorgsdepartementet sendte i høringsbrev 15.10.2010 og 18.10.2010 to lovforslag til høring, henholdsvis forslag til ny *kommunal helse- og omsorgslov* og ny *folkehelselov*. Begge lovforslagene er relatert til iverksetting av Samhandlingsreformen (St melding nr 47 (2008 – 2009)). Samhandlingsreformen bygger i henhold til høringsbrevene blant annet på en overordnet målsetting om å redusere sosiale helseforskjeller, og at alle skal ha et likeverdig tilbud om helse- og omsorgstjenester 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 nødvendig behandling og omsorg med kort ventetid og med størst mulig nærhet til brukeren. Målene med samhandlingsreformen er:

- Økt livskvalitet 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 den kommunale helse- og omsorgstjenesten – forutsatt like god eller bedre kvalitet samt kostnadseffektivitet.
- Mer helhetlige og koordinerte tjenester til pasienter og brukere gjennom forpliktende samarbeidsavtaler og avtalte behandlingsforløp.

De to lovforslagene vil til sammen erstatte kommunehelsetjenesteloven, sosialtjenesteloven og lov om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet. I tillegg foreslås endringer i andre lover, blant annet pasientrettighetsloven og spesialisthelsetjenesteloven. Den nye loven vil medføre en felles tjeneste med felles regelverk. Det tas sikte på at lovforslagene kan fremmes for Stortinget i form av lovproposisjoner våren 2011. Høringsfristen for begge lovforslagene er satt til 18.01.2011.

Høringsnotatene for de to lovforslagene som er på høring, er svært omfattende, med komplekse sammenhenger og forutsetninger og forslag av stor betydning for kommunene.

Forslaget til ny lov skal tydeliggjøre kommunens overordnede ansvar for helse – og omsorgstjenester, uten at kommunene pålegges bestemte måter og organisere tjenestene på. Kommunenes plikter skal videreføres, men pliktene foreslås utformet mer overordnet og profesjonsnøytralt. Dette vil gi kommunene tydeligere og mer helhetlig ansvar, samt 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 tilsynsinstans. Departementet har ikke konkludert når det gjelder spørsmålet om det er Fylkesmannen eller Helsetilsynet i fylket som skal være klageinstans og regional tilsynsinstans. Det foreslås at helsepersonelloven skal gjelde for alt personell som yter tjenester etter den nye loven (profesjonsnøytralt).

Samhandlingsreformen fremhever kommunenes ansvar for helsefremmende og forebyggende arbeid. Kommunene har pr i dag allerede slikt ansvar, men dette foreslås tydeliggjort i loven. Dette må sees i sammenheng med høringsnotatet om lov om folkehelsearbeid.

Samhandlingsreformen legger opp til økt aktivitet i kommunene. I høringsnotatet fremgår det at det er deler av pasientforløp som er aktuelle for ”overføring”, ikke konkrete eller avgrensede oppgaver. Det legges opp til gradvis oppbygging av kompetanse for å øke aktiviteten og kvaliteten i kommunene. Det må være en gjensidighet mellom kommuner og helseforetak når kommuner overtar aktiviteter. Lovpålagte avtaler vil være rammen for en slik gjensidig tilpasning. Et lovfestet avtalesystem vil kunne bidra til et mer likeverdig partsforhold i avtaler, og sikre en mer enhetlig praksis. Det tas sikte på at lovfestingen av samarbeidsavtaler trer i kraft fra 01.01.2012. Det er derfor av stor betydning at kommunene og helseforetaket forbereder avtaleinngåelse i løpet av 2011. Departementet har allerede etablert et samarbeid med KS for å forberede kommunene på å følge opp forslaget om en lovfestet avtaleplikt.

Departementet diskuterer i høringsnotatet kommunalt finansieringsansvar for utskrivningsklare pasienter. Det foreslås at det lovfestes at kommuner og regionale helseforetak skal inngå samarbeidsavtaler om utskrivningsklare pasienter. Betaling kan i dag kreves 10 dager etter at kommunen har fått skriftlig varsel om at pasienten er utskrivningsklar. Departementet foreslår at kommunen får et finansielt ansvar for utskrivningsklare pasienter fra *dag en* for alle pasientgrupper. Kommunen vil få overført midler fra de regionale helseforetakene i forbindelse med denne omleggingen. Dette skjer ikke i forbindelse med innføring av dagens betalingsforskrift. Midlene skal fordeles til kommunene etter nøklene i kommunens inntektssystem eller som øremerket tilskudd. Størrelsen på beløpet som skal overføres vil til dels være bestemt av anslag antall liggedøgn for utskrivningsklare pasienter, og dels være bestemt av anslått kostnad ved utskrivningsklare liggedøgn (nasjonal fastsatt betalingsssats). Dersom kommunene skal overta og gi tilbud til alle utskrivningsklare pasienter i løpet av kort tid, kan dette medføre at sykehusene vil møte en økonomisk omstillingsutfordring som man på forhånd kan vite lite om omfanget av. Arbeidet med å utrede kommunal medfinansiering er ikke ferdig når dette høringsnotatet sendes ut.

Det er i dag et problem for effektiv samhandling at IT – systemer i deler av helsetjenesten ikke bruker de standarder som er utviklet i elektronisk samhandling. Dette medfører at systemene ikke kan snakke sammen. I den nye loven foreslås det å gi departementet myndighet til å stille krav om at dokumentasjon og kommunikasjon av helseopplysninger skal skje elektronisk. Spesialisthelsetjenesten og kommunene skal videre ta hensyn til behovet for effektiv elektronisk samhandling ved anskaffelse og videreutvikling av sine journal – og informasjonssystemer.

Vurdering:

Forslag om enhetlig lov for helse- og omsorgstjenestene i kommunene, er et skritt i riktig retning. Skillet mellom helsetjenester og omsorgstjenester viskes ut i forslaget til ny lov. Alle som skal arbeide

innenfor tjenesten skal underlegges helsepersonelloven, og innbyggernes rettigheter sikres gjennom pasientrettighetsloven. Hensikten både med forslagene til nye lover, nasjonal plan samt St. meld. 47 (samhandlingsreformen) er god, men da er det behov for en mye tydeligere lovgivning, og ikke slik lovutkastene og planutkast framstår som – nemlig der all detaljering, prioritering og føringer utsettes til senere forskrifter til loven. Dette vurderes som lite klargjørende og lite førende for det videre arbeidet med samhandlingsreformen. Kommunene kan lett sitte igjen med en opplevelse av at flere av signalene som kan leses ut fra forslagene til nye lover og nasjonal plan er både ønsket og nødvendige, men at det kan virke som virkemidlene ikke er gitt. Lovutkastene mistenkes å baseres på “spesialisthelsetjenestenes behov og verdensbilde” mer enn innrettet for å gi kommunene de redskapene og den trygghet som trengs for å gå aktivt inn i kommende omstillingsarbeid. Samlet sett kan forslagene gi inntrykk av at “problemene” i spesialisthelsetjenestene løses gjennom å overføre til kommunene, uten å være tydelig nok på ressursoverføring, kompetanseoverføring og samspillskrav. Det vil også være viktig at endringene som de nye lovene medfører må ha en gradvis innføring, slik at kommunen kan tilpasse sin organisasjon og drift til disse.

Røyrvik kommune vil spesielt kommentere disse punktene:

a) Samarbeidsavtalene

I høringsnotatene legges det stor vekt på å sikre bedre samhandling innad i kommunen, samt mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Det foreslås lovregulert at kommuner og spesialisthelsetjenesten skal legge til rette for samhandling mellom ulike deltjenester og med andre tjenesteytere. Det foreslås også å innføre et nytt *avtalesystem* mellom tjenestenivåene. Et lovfestet avtalesystem mellom helseforetakene og kommunene antas å kunne bidra til et mer likeverdig partsforhold i avtaler, og sikre mer enhetlig praksis. Det er også viktig for å sikre helhetlige og sammenhengende pasientforløp. Departementet ønsker imidlertid at kommunene og foretakene selv tar ansvaret for å sørge for god samhandling. Departementet foreslår *ikke* noen tilsvarende lovfestet plikt til avtalebasert samarbeid for kommuner, og kommunen støtter departementets vurderinger og konklusjon om dette.

Lovforslagene innebærer en stor omlegging av helse- og omsorgssektoren, hvor en av hovedintensjonene er å flytte oppgaver fra spesialisthelsetjenesten til kommunal helse- og omsorgstjeneste. Oppgavene som kommunene vil få ansvar for må være tilpasset de enkelte kommuners mulighet til å ivareta oppgaven. Den enkelte kommunes muligheter og begrensinger må defineres i lokale avtaler mellom kommuner og helseforetak. Før inngåelse av lokale avtaler må det foreligge en økonomisk kartlegging av konsekvensene, slik at kommunene er i stand til å ivareta de oppgavene som de likeverdige partene blir enig om å overføre fra sykehusene.

Samtidig legges det opp til betydelige økonomiske utvekslinger og insentiver mellom partene. Dette betinger igjen bruk av markedsliknende/ kontraktsbaserte reguleringsformer. Det er grunn til bekymring om hvorvidt det skisserte regimet kan bli likeverdig og balansert, og så sømløst som ønsket. Når vi her til lands har 4 tungt spesialiserte helseforetak på den ene siden og 430 kommuner av varierende størrelse på den andre, vil det være betydelig skjevhet i tyngde, kapasitet, kompetanse osv i et avtalebasert system hvor partene er overlatt til seg selv. Dessuten gir fastlegenes fortsatt ganske frittstående rolle en krevende tilleggsdimensjon til dette avtalesystemet. Selv om departementet mener at det vil utvikles standardiserte avtaler, vil skjevheten like vel være der, ikke minst i den løpende praktiseringen av avtalene.

En særlig bekymring med ett omfattende avtale -/kontraktsbasert samhandlingssystem, er de transaksjonskostnadene som dette vil medføre, særlig hvis transaksjonene i sum har store økonomiske konsekvenser og kriteriene kan tolkes ulikt av partene. De økonomiske rammene for reformen må nødvendigvis inkludere dekning for slike administrative merkostnader.

b) Økonomi

Det økonomiske opplegget for reformen virker uferdig og lite konsistent. På den ene siden legges det opp til et samhandlingsregime basert på økonomiske insentiver når det gjelder pasientflyten mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene. Her er det altså slik at innsats og kvalitet skal lønne seg. På folkehelseområdet gjelder nærmest det motsatte. Departementet argumenterer sterkt for at kommunene ikke skal gis dekning av sine kostnader for økt innsats, samtidig som den økonomiske gevinsten av kommunal innsats kommer andre enn kommunene til gode. Argumentet er at kommunenes innsats egentlig er forutsatt i gjeldende lovverk, og derfor ikke skal kompenseres. Det er vanskelig å forstå at departementet kan argumentere slik og samtidig annonsere et radikalt løft for det kommunale folkehelsearbeidet. Hele satsingen blir dermed lite troverdig, og vil skape frustrasjon i stedet for engasjement i kommunene.

Det er viktig at det økonomiske rammeverket fanger opp de ulikhetene man har mellom kommunene. Blant annet er det påvist at ulike sosioøkonomiske forhold gir merkbare ulikheter mht til folkehelse og utfordringer knyttet til dette (noe man ønsker å gjøre noe med). Departementet bør utvikle et kriteriesett for dette, særlig for å beregne utgiftsdekningen til kommunene, som reflekterer slike forskjeller i oppgavenes karakter og omfang.

c) Legetjenesten og legenes rolle

Når kommunene får større oppgaver og mer ansvar for forebyggende arbeid og helsetjenester til befolkningen, vil legetjenesten bli sentral. Kommunene vil ha behov for mer samarbeid med fastlegene og mange kommuner ønsker mulighet for mer styring av fastlegene.

Fastlegenes ansvar for de som står på listen må forsterkes, dette kan gjerne skje gjennom forskrift. Deler av befolkningen bruker fastlegeordningen for lite. Det gjelder mange ungdommer, noen med psykiske lidelser, en del funksjonshemmede, og en del med alvorlige sykdommer. En del gamle har praktiske vanskeligheter med å komme seg til fastlegen, og mange med kognitiv svikt, for eksempel demens klarer heller ikke å bruke fastlegen sin på en hensiktsmessig måte. Vi mener at fastlegens ansvar for syke mennesker bør utvides. Fastlegen må også få en sterkere plikt til å samarbeide med kommunale tjenester. Takstsystemet (Normaltariffen) må understøtte endringene. For allmennmedisinske offentlige oppgaver er det foreslått videreført mulighet for å kunne pålegge 7,5 timer pr uke. Mange kommuner, kanskje særlig små kommuner opplever dette som for lite til å dekke behovet. Kommunen mener derfor at dette bør økes til inntil 15 timer/ uke. Hva slags oppgaver som skal kunne pålegges er ikke foreslått endret.

Kommunen er ikke enig i at kommunenes andel av tilskuddet til fastlegene bør økes til 50/ 50, men bør fortsette som i dagens modell.

Samfunnsmedisinsk kompetanse er også nødvendig når kommunene får økt ansvar. Kommuneoverlegens kompetanse anses sentral i begge lovforslagene, og kommunen deler denne vurderingen. Mange kommuner strever imidlertid i dag med å rekruttere og beholde leger i disse stillingene. Interkommunalt samarbeid har vært forsøkt en del steder, men om dette bedrer rekrutteringen på sikt er så vidt vi kjenner til ikke systematisk undersøkt. Mange leger ønsker en kombinasjonsstilling, og kanskje rekrutterer slike stillinger bedre i mange kommuner. Rekrutteringen til samfunnsmedisinske stillinger i kommunene må gis betydelig oppmerksomhet i årene framover. I høringsnotatet til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester drøftes kommuneoverlegens rolle som medisinsk- faglig rådgiver *i kommunen*. I selve forslaget § 5.5 står det imidlertid at kommuneoverlegen skal være medisinsk- faglig rådgiver for helse- og omsorgstjenesten. Denne setningen bør endres slik at det står "*kommuneoverlegen er medisinsk -faglig rådgiver for kommunen*".

d) Klageinstans og tilsynsmyndighet

1) Tilsynsmyndighet

For begge lovforslag ber departementet om høringsinstansenes syn på hvem som skal være tilsynsmyndighet, Fylkesmannen eller Helsetilsynet.

Kommunen mener at Fylkesmannen bør være tilsynsmyndighet etter begge lovene. Hensynet til samordning av statlig tilsyn med kommunesektoren tilsier at tilsynet bør skje etter kommunelovens kap 10A.

2) Klage

Nåværende klagesituasjon er uoversiktlig. Kommunen er enig i vurderingen om at klagereglene bør forenkles og harmoniseres. Dette gjelder både reglene om hva det kan klages på, hvordan, hvem som er klageinstans og klageinstansens kompetanse.

Hvem skal klagen sendes til: det er foreslått at klagen skal sendes til den instans som har truffet vedtaket eller avgjørelsen, slik at denne forbereder klagebehandlingen og evt selv kan omgjøre vedtaket. Mange klager kan derved avgjøres lokalt og vi tror det er en fordel både for pasient/bruker og for kommunen som tjenesteyter.

Hvem er klageinstans: Kommunen ønsker en løsning der Fylkesmannen er klageinstans også for enkeltvedtak etter ny helse- og omsorgslov. Dette innebærer en forenkling for publikum i sammensatte saker, og også en forenkling for kommunen. Kommunen mener dette ikke vil innebære noen faglig svekkelse av klageinstansen.

Klageinstansens kompetanse til å fatte nye vedtak: Høringsnotatets forslag om at klageinstansen kan oppheve kommunens vedtak og sende saken tilbake til ny behandling i kommunen, men ikke selv treffe vedtak i saken støttes. Klageinstansen gjør da en lovlighetskontroll. Kommunens budsjettansvar og det finansielle ansvarsprinsipp tilsier at det er kommunen selv som bør fatte nytt vedtak dersom klageinstansen opphever et vedtak som ulovlig.

e) IT-system

Departementet påpeker at bruk av IT er svært viktig for å kunne sikre en tilfredsstillende produksjon og tilgang av relevant pasientinformasjon i det nye samhandlingsregimet. Dette krever en omfattende utbygging og integrering av helseinformasjonssystemer, basert på blant annet felles standarder. Kommunen er enig i at dette er en grunnleggende forutsetning for å oppnå tilfredsstillende samhandling mellom de ulike partene og de respektive nivåene. Høringsutkastet er imidlertid svært lite konkret på hvordan denne utfordringen skal takles. Med erfaring for hvor

vanskelig slik systemintegrering har vært hittil, er det sannsynlig at det vil ta lang tid før en tilfredsstillende elektronisk samhandlingsplattform er etablert.

Departementets tilnærming er å drøfte noen enkeltstående utfordringer og henvise løsningen til nye forskrifter. Ser man imidlertid på *summen* av de mange utfordringene som melder seg på IT-området, mener kommunen det vil kreves et større og mer helhetlig grep fra regjeringens side. Hvis det skal lykkes må man også sette kommunene økonomisk i stand til å gjennomføre det.

2. Kommentarer til enkelt paragrafer

a) *Vedrørende § 3-5: Kommunens ansvar for øyeblikkelig hjelp*

Høringsnotatet pålegger kommunene straks å motta pasienter som trenger helsehjelp, når det etter de foreliggende opplysninger må antas at den hjelp kommunen kan gi er påtrengende nødvendig. Departementet mener dette er et grunnleggende virkemiddel for å få til en dreining mot behandling i kommunene fremfor sykehus. Videre ber departementet i kapittel 13.4 om synspunkter på om kommunene bør pålegges en plikt til å ha et tilbud om døgnopphold i helse- og omsorgstjenesten til pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp.

Tilbudet må være like enkelt tilgjengelig som innleggelse for øyeblikkelig hjelp i sykehus og kunne rekvireres av legevakt eller fastlege. En slik plikt vil kunne være problematisk å gjennomføre for mindre kommuner. Det bør derfor kunne være en frivillig oppgave for kommunene og ikke lovfestes slik det legges opp til i høringsnotatet.

b) *Vedrørende § 6-1: Samarbeid og gjensidig bistand mellom kommuner*

I forslag til lovtekst legges det føringer for at departementet i forskrift eller enkeltvedtak kan pålegge samarbeid mellom enkeltkommuner når det anses påkrevet for en forsvarlig løsning av helse- og omsorgstjenesten i kommunene, herunder gi bestemmelser om hvilke oppgaver det skal samarbeides om og fordeling av utgifter. I departementets vurdering og forslag kapittel 25.6.2 viser departementet til at selv om det er ønskelig at mange av kommunene inngår avtalebasert samarbeid, vil departementet *ikke* foreslå å pålegge slikt samarbeid gjennom lov. Departementet påpeker også i kapittel 24.4.2 at et samarbeid mellom kommuner i utgangspunktet bør inngås frivillig. Kommunen bør ikke pålegges en lovpålagt plikt til samarbeid. Kommunen ønsker at kommunene skal få beholde retten til frivillig inngåelse av samarbeidsavtaler, gjennom de muligheter departementet skisserer for interkommunale samarbeidsmodeller i kapittel 24.3.

c) *Vedrørende kapittel 7: Individuell plan, koordinator og koordinerende enhet*

Kommunene pålegges her et overordnet ansvar for å sette i gang arbeidet med en individuell plan og for å koordinere planarbeidet. I tillegg pålegges kommunene å oppnevne koordinatorene for pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester. Plikten til å opprette individuell plan er tidligere nedfelt både i kommunehelsetjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven. Etter departementets vurdering i kapittel 22.4.3 bør hovedansvaret for å utarbeide og koordinere individuell plan nå ligge hos kommunen i de tilfellene en person har behov for tjenester både fra kommunen og spesialisthelsetjenesten. Denne tydeliggjøringen av et overordnet ansvar pålagt kommunene finner kommunen fornuftig. Skal kommunene kunne følge opp dette ansvaret må det også følge tilstrekkelige ressurser med plikten.

d) *Vedrørende § 8-1: Undervisning og praktisk opplæring*

Kommunene plikter å medvirke til undervisning og praktisk opplæring av helse- og omsorgspersonell. Deler av kommunehelsetjenesten i Norge har allerede en omdømmeutfordring. Skal kommunene kunne legge til rette for optimale læringsprosesser i ulike helseprofesjonsutdanningers praksisstudier må de sikres rammer som gir muligheter for

dette. Kommende helse- og omsorgsarbeidere må få oppleve meningsfulle, utviklende og kunnskapskrevende utfordringer i kommunehelsetjenesten, noe som krever godt tilrettelagte og planlagte praksisstudier. Kommunene må sikres tilstrekkelige ressurser til organisere praksisstudiene og gi god veiledning i tett samarbeid med utdanningsinstitusjonene. Gjennom positive og kvalitativt gode praksisstudier vil kommunene enklere kunne rekruttere nyutdannet helse- og omsorgspersonell til sine helse- og omsorgstjenester.

e) Vedrørende § 8-2: Videre- og etterutdanning

Nord-Trøndelag er et distriktsfylke med ulike utfordringer knyttet til kompetanse og rekruttering. Utfordringene i nordre del av fylket er lange geografiske avstander og en spredt bebyggelse. Innbyggerne i Nord-Trøndelag har et lavere utdanningsnivå enn gjennomsnittet i landet for øvrig. I følge SSB har kun 18,2 % av innbyggerne i Nord-Trøndelag en kortere universitets eller høgskoleutdanning (t.o.m 4 år), mens landsgjennomsnittet ligger på 20,8 %. Kun 3,5 % av innbyggerne i Nord-Trøndelag har i 2009 lengre universitets- eller høgskoleutdanning (over 4 år), mens landsgjennomsnittet ligger på 6,5 %. Ut fra dette kan man anta at kommunene i Nord-Trøndelag i utgangspunktet har et lavere kompetansenivå på sine ansatte i helse- og omsorgstjenestene enn gjennomsnittet i landet for øvrig. Dette gir kommunene i Nord-Trøndelag større utfordringer i å fylle den kompetanse som kreves når samhandlingsreformen skal implementeres. Det blir svært viktig at lovutkastene sikrer kommunene tilstrekkelige rammer til å tilrettelegge for relevant og nødvendig videre- og etterutdanning for sine helsearbeidere på alle faglige nivå. Kunnskapsdepartementet må forplikte utdanningsinstitusjoner på ulike nivå til å tilrettelegge for videre- og etterutdanninger som er tilpasset kommunehelsetjenestens behov, gjerne i form av desentraliserte deltidsutdanninger.

Rådmannens forslag til vedtak:

Formannskapet i Røyrvik kommune har følgende kommentarer til forslag til ny lov om kommunal helse – og omsorgslov:

1. Departementet foreslår ikke og lovfestet plikt til avtalebasert samarbeid for kommuner, og kommunen støtter departementets vurderinger og konklusjon om dette.
Oppgavene som kommunene vil få ansvar for må være tilpasset de enkelte kommuners mulighet til å ivareta oppgaven. Den enkelte kommunes muligheter og begrensinger må defineres i lokale avtaler mellom kommuner og helseforetak. Før inngåelse av lokale avtaler må det foreligge en økonomisk kartlegging av konsekvensene, slik at kommunene er i stand til å ivareta de oppgavene som de likeverdige partene blir enig om å overføre fra sykehusene.
2. Det økonomiske opplegget for reformen virker uferdig og lite konsistent. Det er viktig at det økonomiske rammeverket fanger opp de ulikhetene man har mellom kommunene.
Departementet bør utvikle et kriteriesett for dette, særlig for å beregne utgiftsdekningen til kommunene, som reflekterer slike forskjeller i oppgavenes karakter og omfang.
3. Kommunen er ikke enig i at kommunenes andel av tilskuddet til fastlegene bør økes til 50/ 50, men bør fortsette som i dagens modell.
4. Kommunen mener at Fylkesmannen bør være tilsynsmyndighet etter begge lovene. Hensynet til samordning av statlig tilsyn med kommunesektoren tilsier at tilsynet bør skje etter kommunelovens kap. 10A. Kommunen er enig i vurderingen om at klagereglene bør forenkles og harmoniseres. Dette gjelder både reglene om hva det kan klages på, hvordan, hvem som er klageinstans og klageinstansens kompetanse. Kommunen ønsker en løsning der Fylkesmannen

er klageinstans også for enkeltvedtak etter ny helse- og omsorgslov. Dette innebærer en forenkling for publikum i sammensatte saker, og også en forenkling for kommunen. Kommunen mener dette ikke vil innebære noen faglig svekkelse av klageinstansen.

5. IT er svært viktig for å kunne sikre en tilfredsstillende produksjon og tilgang av relevant pasientinformasjon i det nye samhandlingsregimet. Dette krever en omfattende utbygging og integrering av helseinformasjonssystemer, basert på blant annet felles standarder. Kommunen er enig i at dette er en grunnleggende forutsetning for å oppnå tilfredsstillende samhandling mellom de ulike partene og de respektive nivåene. Høringsutkastet er imidlertid svært lite konkret på hvordan denne utfordringen skal takles. Det bør derfor utarbeides mer definerte planer for hvordan man på sikt skal kunne utføre elektronisk samhandling.
6. Kommunens ansvar for øyeblikkelig hjelp bør kunne være en frivillig oppgave og ikke lovfestes slik det legges opp til i høringsnotatet. En slik plikt vil kunne være problematisk å gjennomføre for mindre kommuner.
7. Kommunen bør ikke pålegges en lovpålagt plikt til samarbeid. Kommunen ønsker at kommunene skal få beholde retten til frivillig inngåelse av samarbeidsavtaler.
8. Hovedansvaret for å utarbeide og koordinere individuell plan bør ligge hos kommunen i de tilfellene en person har behov for tjenester både fra kommunen og spesialisthelsetjenesten. Denne tydeliggjøringen av et overordnet ansvar pålagt kommunene finner kommunen fornuftig. Skal kommunene kunne følge opp dette ansvaret må det også følge tilstrekkelige ressurser med plikten.
9. Det blir svært viktig at lovutkastene sikrer kommunene tilstrekkelige rammer til å tilrettelegge for relevant og nødvendig videre- og etterutdanning for sine helsearbeidere på alle faglige nivå. Kunnskapsdepartementet må forplikte utdanningsinstitusjoner på ulike nivå til å tilrettelegge for videre- og etterutdanninger som er tilpasset kommunehelsetjenestens behov, gjerne i form av desentraliserte deltidsutdanninger.

Behandling/vedtak i Formannskap den 18.01.2011 sak 7/11

Formannskapets vedtak:

Formannskapet i Røyrvik kommune har følgende kommentarer til forslag til ny lov om kommunal helse – og omsorgslov:

1. Departementet foreslår ikke og lovfestet plikt til avtalebasert samarbeid for kommuner, og kommunen støtter departementets vurderinger og konklusjon om dette. Oppgavene som kommunene vil få ansvar for må være tilpasset de enkelte kommuners mulighet til å ivareta oppgaven. Den enkelte kommunes muligheter og begrensinger må

- defineres i lokale avtaler mellom kommuner og helseforetak. Før inngåelse av lokale avtaler må det foreligge en økonomisk kartlegging av konsekvensene, slik at kommunene er i stand til å ivareta de oppgavene som de likeverdige partene blir enig om å overføre fra sykehusene.
2. Det økonomiske opplegget for reformen virker uferdig og lite konsistent. Det er viktig at det økonomiske rammeverket fanger opp de ulikhetene man har mellom kommunene. Departementet bør utvikle et kriteriesett for dette, særlig for å beregne utgiftsdekningen til kommunene, som reflekterer slike forskjeller i oppgavenes karakter og omfang.
 3. Kommunen er ikke enig i at kommunenes andel av tilskuddet til fastlegene bør økes til 50/ 50, men bør fortsette som i dagens modell.
 4. Kommunen mener at Fylkesmannen bør være tilsynsmyndighet etter begge lovene. Hensynet til samordning av statlig tilsyn med kommunesektoren tilsier at tilsynet bør skje etter kommunelovens kap. 10A. Kommunen er enig i vurderingen om at klagereglene bør forenkles og harmoniseres. Dette gjelder både reglene om hva det kan klages på, hvordan, hvem som er klageinstans og klageinstansens kompetanse. Kommunen ønsker en løsning der Fylkesmannen er klageinstans også for enkeltvedtak etter ny helse- og omsorgslov. Dette innebærer en forenkling for publikum i sammensatte saker, og også en forenkling for kommunen. Kommunen mener dette ikke vil innebære noen faglig svekkelse av klageinstansen.
 5. IT er svært viktig for å kunne sikre en tilfredsstillende produksjon og tilgang av relevant pasientinformasjon i det nye samhandlingsregimet. Dette krever en omfattende utbygging og integrering av helseinformasjonssystemer, basert på blant annet felles standarder. Kommunen er enig i at dette er en grunnleggende forutsetning for å oppnå tilfredsstillende samhandling mellom de ulike partene og de respektive nivåene. Høringsutkastet er imidlertid svært lite konkret på hvordan denne utfordringen skal takles. Det bør derfor utarbeides mer definerte planer for hvordan man på sikt skal kunne utføre elektronisk samhandling.
 6. Kommunens ansvar for øyeblikkelig hjelp bør kunne være en frivillig oppgave og ikke lovfestes slik det legges opp til i høringsnotatet. En slik plikt vil kunne være problematisk å gjennomføre for mindre kommuner.
 7. Kommunen bør ikke pålegges en lovpålagt plikt til samarbeid. Kommunen ønsker at kommunene skal få beholde retten til frivillig inngåelse av samarbeidsavtaler.
 8. Hovedansvaret for å utarbeide og koordinere individuell plan bør ligge hos kommunen i de tilfellene en person har behov for tjenester både fra kommunen og spesialisthelsetjenesten. Denne tydeliggjøringen av et overordnet ansvar pålagt kommunene finner kommunen fornuftig. Skal kommunene kunne følge opp dette ansvaret må det også følge tilstrekkelige ressurser med plikten.
 9. Det blir svært viktig at lovutkastene sikrer kommunene tilstrekkelige rammer til å tilrettelegge for relevant og nødvendig videre- og etterutdanning for sine helsearbeidere på alle faglige nivå. Kunnskapsdepartementet må forplikte utdanningsinstitusjoner på ulike nivå til å tilrettelegge for videre- og etterutdanninger som er tilpasset kommunehelsetjenestens behov, gjerne i form av desentraliserte deltidsutdanninger.

Enstemmig vedtatt.