

	Skjåk kommune Personal, kompetanse og utvikling	Arkivsak: 2010/1325-1 Arkiv: Saksbehandlar: Unnvald Bakke Dato: 28.12.2010
--	---	---

Saksframlegg

Utv.saksnr	Utval	Møtedato
2/11	Helse- og omsorgsutvalet	06.01.2011

Høyringar: Forslag til ny folkehelselov og Forslag til ny lov om kommunale helse- og omsorgstenester

Vedlegg

- 1 Forslag til ny lov om kommunale helse- og omsorgstenester
- 2 Forslag til ny folkehelselov
- 3 Høyringsbrev - Ny folkehelselov
- 4 Høyringsbrev - Ny lov om kommunale helse- og omsorgstenester

Saksutgreiing

KS Hedmark og Oppland har på oppdrag frå rådmannsutvala i dei to fylka utarbeidd eit forslag til høyringsuttale som kommunane kan nytte heilt eller delvis om dei ynskjer. Høyringssvaret utarbeidd av KS Hedmark og Oppland behandlar alle høyringsdokumenta samla og omfattar Ny folkehelselov/Ny lov om kommunale helse- og omsorgstenester/Nasjonal helse- og omsorgsplan.

1. Innleiing

Ny folkehelselov og ny lov om kommunale helse- og omsorgstenester (tidligere lov om sosiale tenester, lov om kommunehelsetenester og lov om fylkeskommunar sine oppgåver i folkehelsearbeidet), vart lagt fram for høyring 18. oktober med høyringsfrist 18. januar 2011. Forslaget medfører også justeringar i spesialisthelsetenestelova. Samtidig er arbeid med nasjonal helse og omsorgsplan på høyring.

Høyringsuttalene har spesielt konsentrert seg om ny kommunerolle (oppgåver), avtalesystemet, legetenesta, kompetanse, finansiering, IKT og implementering. I tillegg er kommunar, fylkeskommunar og statlege myndigheiter si rolle i ny folkehelselov beskrive og kommentert.

Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) har leia interdepartementale grupper som vart oppnemnt etter at Samhandlingsreforma, St. meld. nr. 47 (2008-2009) vart behandla i Stortinget 27. april 2010. KS har frå mai 2010 hatt møter med dei interdepartementale arbeidsgruppene og gjeve skriftlege og munnlege innspel. Det har i tillegg vore nedsett ei overordna arbeidsgruppe mellom Helse- og omsorgsdepartementet og KS, som har vurdert ulike økonomiske verkemidlar.

Utredningsarbeida har munna ut i forslag til ny folkehelselov, ny helse- og omsorgslov og ny nasjonal helse- og omsorgsplan (NHOP). Sistnemnte skal opp til stortingsbehandling våren 2011. HOD legg opp til at nettet skal nyttast aktivt til å lese, meine og diskutere.

Måla med samhandlingsreforma er mellom anna:

- Auka livskvalitet og redusert press på helsevesenet gjennom satsing på helsefremjande og førebyggjande arbeid
- Dempa vekst i bruk av sjukehusenester ved at ein større del av helsetenestene blir gjeve av kommunehelsetenesta – med vilkår om like god eller betre kvalitet, samt kostnadseffektivitet
- Meir heilskaplege og koordinerte tenester til pasientar og brukarar gjennom forpliktande samarbeidsavtaler og avtalte behandlingsforløp

Medan helse- og omsorgslova gjev bestemmingar om dei førebyggjande og kurative oppgåvene til helse- og omsorgstenesta i kommunane, rettar folkehelseloven seg mot dei folkehelseoppgåvene kommunen har.

Høyringssvaret er basert på attendemeldingar frå ei arbeidsgruppe i Hedmark og ei i Oppland, samt innspel frå rådmannsutvala i Oppland og Hedmark og felles fylkesstyremøte for KS Hedmark og Oppland.

2. Ei ny framtidig kommunerolle

Av høyringsnotatet går det fram at forslaga til nye lover i det alt vesentlege berre er ei vidareføring av gjeldande rett med visse presiseringar. Det er ikkje fastsett i lov at nye konkrete helseoppgåver skal påleggast kommunane og heller ikkje at konkrete eller avgrensa oppgåver skal overførast frå spesialisthelsetenesta til kommunane.

Regjeringa sin intensjon er at forslaga til ny lov skal medføre auka aktivitet i kommunane. Lovforslaga fastset direkte, eller meir indirekte blant anna gjennom formålsbestemmingar, enkeltbestemmingar og avtalesystemet med helseføretaket, visse nye krav til kommunen.

Dette gjeld blant anna;

- Kommunen skal ha auka fokus på førebygging, tidleg intervensjon og tiltak mot unødige innleggingar av pasientar i sjukehus, her og systemarbeid i høve til oppfølging av desse krava.
- Kommunen skal ha auka fokus på samarbeid og samordning med andre kommunar, fylkeskommunar og helseføretak, her og krav om å inngå avtaler med helseføretak.
- Kommunen skal etablere ein eigen pasientkoordinator til menneske med behov for langvarige og samansette tenester.
- Presisering av kommunen sitt ansvar for å følgje opp allmennlegetenesta, her og i høve til kvalitet.
- Kommunen skal vurdere samarbeidsløysingar med helseføretak og andre kommunar, slik som lokalmedisinske sentra.
- Alle tenester og all organisering skal vurderast i høve til ein foreslått standard for kva som er forsvarleg.

Med unntak av krav om å inngå avtaler med helseføretak, og krav til å etablere ein eigen pasientkoordinator, er dei nye krava til dels lite konkrete. Gjennomføringa beror derfor i stor grad på kommunen sine eigne val/ressursar/kompetanse, her og i høve til omfang av arbeid og investeringar som skal knytte seg til dei ulike plikter. Helseføretaka og sjukehusa sin medverknad vil vidare ha stor betyding for gjennomføringa av kommunen sine oppgåver. Statlege organ si tolking av regelverket både ved tilsyn, klage og bruk av ikkje rettslege bindande styringsverkemiddel, vil kunne få betyding for innhaldet i dei krav som kommunen blir pålagt, slik at spørsmålet om kva for eventuelle reglendingar som ligg føre i høve til dagens rettstilstand, trulig fyrst kan klarleggast etter at lova har virka over tid.

I tillegg til dei økonomiske, juridiske og teknologiske rammevilkår, er det viktig at kommunar og helseføretak fokuserer på følgjande i arbeidet med samhandlingsreforma:

- Behovet for høg kompetanse på samhandling i kommunar og helseføretak
- Behovet for at brukar- og innbyggjarspektivet blir ivareteke
- Behovet for ei god folkehelse

Vurdering frå KS:

Det er svært positivt at reforma vektlegg at oppgåvene skal løysast så nære pasient/ brukar som mogleg slik at tenestetilbodet blir meir heilskapleg og effektivt. Samhandling over forvaltningsnivåa er grunnleggjande for å få dette til

Det kan vera grunnlag for å stille spørsmål om i kva grad omfanget av formelle samarbeidsavtaler, utstrakt bruk av felles retningslinjer og nye administrative nivå som er foreslått (interkommunale løysingar, lokalmedisinske sentra og helsedirektoratet som ein eigen "meklingsinstans" for avtaler) bidreg til betring av tenestetilbodet for pasientane. Det kan vera fare for overbyråkratisering knytt til ny lovgeving – ei lovgeving som skal byggje opp under prinsippa om lågast mogleg omsorgsnivå (LEON).

3. Kva for mynde er foreslått gjeve til kommunane?

Det er fleire forslag i høyringsnotatet som underbyggjer og forsterkar kommunen sin mynde.

Det er m.a. vist til;

- *Verdigrunnlaget*; Det er i høyringsnotatet, som eit av fleire verdigrunnlag, peika på viktigheita av lokal handlefridom, blant anna i høve til å organisere tenestene, men også i høve til spørsmålet om rettsfastsetting av ytingar til innbyggjarane. Høyringsnotatet er slik sett meir positivt enn det som kom fram i Berntutvalet i si tid.
- *Organisere tenestene*; Høyringsbrevet med forslag til ny lovtekst er også klarare på at "sørgje for" ansvaret også inneheld retten til å organisere, legge til rette, og slik utøve mynde. Det blir t.d. framheva at kommunen kan opprette tildelingskontor som t.d. tildeler fysioterapitenester, slik at pasientar som blir utskrive frå sjukehus etter avgjerd i kommunen kan få eit heilskapleg tilbod om tenester i kommunen.
- *Pliktlov og ikkje rettslov*; Lovene skal vera pliktlover, og ikkje rettslover. Det gjev større fleksibilitet ved at kommunane kan bruke større grad av skjønn ved organisering av tenestene. T.d. er BPA og omsorgslønn ikkje foreslått som ein rett. Medan Berntutvalet framheva at det skulle leggjast "stor vekt" på brukar, går det fram av høyringsnotatet at det skal leggjast vekt på brukar sine ynskjer ved tildeling av tenester. Det er presisert at den foreslegne verdigheitsgarantien ikkje tyder meir enn at dei kommunale tenestene skal vera forsvarlege.
- *Avtalesystemet*; Kommunen og helseføretaket er pålagt å inngå avtaler, og lovforslaget stiller visse minimumskrav til innhaldet i avtalane. Dersom kommunane og føretaket ikkje blir einige, er det foreslått at direktoratet berre skal ha ein meklingsfunksjon, men korkje direktoratet eller departementet er gjeve ein påleggsfunksjon, og det er ikkje ein statleg godkjenningfunksjon for avtalane. Den einskilte kommune og helseføretak har dermed vetorett for det nærare innhaldet i avtalen.
- *Klage*; Lov om kommunale helse og omsorgstenester er ei samanslåing at to tidlegare lover - kommunehelsetenestelova og lov om sosial omsorg, der fylkesmannen var gjeve ulik kompetanse som klageorgan. Det er nå foreslått felles klagereglar, der fylkesmannen/helsetilsynet i utgangspunktet har full overprøvingsrett, men der "Helsetilsynet i fylket/fylkesmannen ved prøving av vedtak frå kommunen skal leggje stor vekt på omsynet til det kommunale sjølvstyre ved prøving av det frie skjønn, her ved kommunen sin skjønnsmessige vurdering av innretning og nivå på tenestene utover krava i lova". Det er også foreslått at helsetilsynet/fylkesmannen ikkje skal kunne treffe nytt vedtak, men berre oppheve vedtaket og sende det attende til kommunen for å treffe nytt vedtak. Dette er nytt i høve til i dag. Regelen fører til at statleg klageorgan nok blir gjeve ein noko vidare kompetanse til å prøve kommunen sine vedtak enn etter dagens lov om sosiale tenester, men samstundes blir klageorganet sin kompetanse avgrensa ved vedtak om

helsetenester. At klageinstansen ikkje kan treffe nytt vedtak er ein praktisk viktig endring, og det er forventa at forslaget vil møte kraftig motbør blant anna frå brukarorganisasjonar. Forslaget til nye rettslege standardar vil likevel kunne intensivere prøvinga av kommunen sin praktisering av lova både i høve til tilsyn og klage.

- *Vegleiarar, uttaler*, mm frå Helsedirektoratet og andre; Det er i høyringsnotatet (s. 254) uttalt at nasjonale faglege retningslinjer og vegleiarar juridisk sett berre er rettleiande, og slik ikkje bindande for kommunen. Det blir uttala at dersom kommunen velgjer ein annan praksis enn den som er foreslått i vegleiar eller retningslinjer, bør den vera basert på ei konkret og grunngjeve vurdering. Staten har dermed ikkje instruksrett over kommunane.

Vurdering frå KS:

Det er positivt at lovforslaga vil underbygge og forsterke kommunen sin mynde og at lokal handlefridom blir framheva som eit viktig verdigrunnlag.

Forslaga som blir fremma er til dels prega av detaljstyring. Dette kan føre til ein byråkratisering i forvaltninga som bringer ressursane og merksemda vekk frå brukarane av tenestene.

4. Samarbeidsavtalar og rettslege forhold

Regjeringa vil lovfeste eit krav til at kommunar/samarbeidande kommunar og helseføretak skal inngå samarbeidsavtalar. Eit føremål med avtalane er at partane skal avtale klare rammer som kan hindre at forhold omkring ansvars og oppgåver blir uklare. Dette blir praktisert allereie i dag som eit frivillig avtalesystem. Det er kravet om eit avtalebasert samarbeid som blir heimla i lov, men det er ein føresetnad at innretninga på dette samarbeidet er avklara mellom partane. Forplikande samarbeidsavtaler mellom partane vil vera eit sentralt verkty for å sikre eit heilskapleg og samanhengande tenestetilbod.

Lov om kommunale helse- og omsorgstenester underbyggjer og forsterkar i all hovudsak kommunane sin mynde. Lovforslaget er inga lovreform, men er ei vidareføring av gjeldande rett med visse presiseringar. Det blir i stor grad lagt opp til at samhandlingsreforma sin intensjon skal nåast gjennom lokale løysningar/avtaler, og slik er mykje av ansvaret for gjennomføringa av reforma lagt på kommunane.

I lovteksta, eller i kommentarane til høringsnotatet, er det ikkje prøvd å skissere kor grensene går mellom kommunehelsetenestelova og spesialisthelsetenestelova sine ansvarsområde. Det er også uklart om det er helseføretak eller kommunane som får ansvar for tenester der det blir oppretta samarbeidsløysingar som intermediære avdelingar, distriktsmedisinske senter, mm.

Forslaget til nye lover vil på mange måtar styrkje HOD (Helse og omsorgsdepartementet) sin posisjon i høve til kommunesektoren også utover gjeldande rett. HOD vil rettsleg kunne treffe avgjersler uavhengig av kva kommunane og helseføretaka har avtala, og også uavhengig av kva eit eventuelt avtala tvisteløysingsorgan måtte ha fastsett.

Det er uklart kor langt partane kan inngå bindande avtaler, og det blir da tilsvarande uklart kva for mandat og rolle eit tvisteløysningsorgan kan gjevast etter avtale.

Vurdering frå KS:

Det er viktig å få avklara kva for status avtala mellom kommunane og helseføretaka skal ha vedrørande oppgåvefordeling, og slik også kva for rolle eit tvisteløysingsorgan skal ha.

Det er også grunn til å peike på at ein ytterlegare klargjering av oppgåvefordeling, ansvar og mynde i lovverket, ville kunne føre til ein betre forståing av roller og derav lette samhandling på system og individnivå. Behovet for – og omfanget av ytterlegare forskrifter og partnarskapsavtaler kunne bli mindre. Dette også for å forhindre byråkratisering.

5. Legetenesta

Betre og meir integrerte legetenester i kommunane er eit sentralt område i

samhandlingsreforma og ein føresetnad for auka kommunalt ansvar og større oppgåver. For å sikre at legeressursane blir nytta til dei prioriterte områda er det naudsynt å knytte fastlegane tettare styringsmessig til kommunen. Det er også naudsynt at det blir stilt funksjons- og kvalitetskrav til fastlegen knytt til innbyggjarane på deira liste. Regjeringa føreset at veksten i legetenester i hovudsak skal skje i kommunane. Dette skal gje rom for auka innsats til prioriterte grupper på fastlegen si liste i tillegg til ein styrking av allmennmedisinske offentlege oppgåver. Regjeringa vil leggje til rette for sterkare kommunal styring av fastlegane. Det blir foreslått å forskriftsfeste nasjonale kvalitets- og funksjonskrav med tilhøyrande rapportering. Fastlegen sitt listeansvar blir presisert og utvida, blant anna til proaktiv oppfølging av pasientar som sjølv ikkje oppsøker legen. Regjeringa beskriv også fordelar og ulemper ved å gje kommunane større finansieringsansvar.

Vurdering frå KS:

Ei forsterka og godt integrert legeteneste i kommunen sin helse- og omsorgsteneste vil vera ein føresetnad for at kommunane skal kunne ta fleire oppgåver og eit større ansvar i helsetenesta. Det vil bli viktig i det vidare arbeid å vurdere kva for verkemidlar som må vera på plass for at kommunane skal kunne ivareta sitt auka ansvar.

6. Kompetanse

Kommunane er gjeve eit betydeleg ansvar for å realisere reforma sine målsettingar. Den nye kommunerolla med auka ansvar og nye oppgåver får store konsekvensar med behov for styrka kompetanse og godt leiarskap. Dette gjeld helsefagleg kompetansebygging knytt til nye oppgåver i kommunehelsetenesta, analysekompetanse og leiarkompetanse. Dette kompetansebehovet må i tillegg til endring i utdanningane sitt innhald og styrking av kapasitet, understøttast av etter- og vidareutdanning.

Dette stiller kommunane overfor nye kompetanseutfordringar: Korleis skal tal på kommunalt fagpersonell aukast og korleis skal kommunane styrke kompetansen blant dei som allereie jobbar i sektoren?

Det er viktig at dei myndigheitsmessige rammevilkår understøttar at det utdanna helse- og sosialpersonellet, i større grad enn til nå, blir kanalisert til den kommunale helse- og omsorgstenesta. Med unnatak av "Omsorgsplan 2015" ser det ikkje ut som om regjeringa tek tak i kapasitetsutfordringane som kommunesektoren står overfor på dette feltet.

Utdanningsinstitusjonane er i for stor grad retta inn mot arbeid i spesialisthelsetenesta. Det må leggjast vekt på å utdanne helse- og sosialpersonell som er tilpassa dei framtidige kommunale oppgåvene.

Ei stortingsmelding om utdanningane for velferdstenestene (Helse, NAV, barnevern) skal leggjast fram hausten 2011. Innan helse vil meldinga leggje premisser for tilpassing av helsefagutdanningane sitt innhald og organisering i ljøs av Samhandlingsreforma og endringar i behovet i arbeidslivet. Meldinga skal ta for seg utdanningane på fag- og yrkesopplæring, fagskule og universitets- og høgskulenivå. Etter- og vidareutdanning som er naudsynt for å leggje grunnlag for samhandlingsreforma må finansierast av staten og gjevast prioritet.

Vurdering frå KS:

- *Høyringsutkasta speglar i alt for liten grad tilboda som befolkninga mottek i kommunane i dag og den kompetansen som fins innan førebygging og spesifikke helsetenester. Dette bør utdjupast ytterligare for at utgangspunktet for å foreta endringar skal bli riktig, samt sikre tillit til - og oppslutning om endringar.*
- *Ytterlegare insitament for betre samhandling i allereie eksisterande fleirfaglege team i kommunane, der spesialisthelsetenesta bidreg med kompetanse, er eit vesentleg område å leggje innsats i vidare.*

- *Omlegginga i helse og omsorgssektoren krev kompetanseutvikling på alle nivå. Utdanningskapasiteten og innhald i utdanninga må tilpassast behova for kompetanse i kommunane og helseføretaka.*
- *Innsatsen for forskning og kunnskapsutvikling må aukast betrakteleg. Den må omfatte alle delar av omlegginga og alle aktørane, både samfunn, administrasjon og organisering, økonomiske og faglege aspekt, og ikkje minst resultat for brukarane av tenestene.*
- *Utvikling av samhandlingskompetanse er viktig på begge forvaltningsnivåa, der likeverd mellom yrkesgrupper og aktørar blir lagt til grunn og ikkje minst i leiingsutvikling.*

7. Finansiering

Det er ein føresetnad at det skal gjevast kompensasjon for auka kommunale kostnader knytt til både kommunal medfinansiering av spesialisthelsetenesta og kommunal betalingsplikt for utskrivingsklare pasientar frå første dag. For båe desse endringane er det vidare vilkår om utredning av økonomiske verknader og korleis kompensasjon skal tilførast kommunane. Det er to alternative modellar for medfinansiering som er aktuelle for det somatiske området: All behandling av personar over 80 år, eller all medisinsk behandling (uavhengig av alder). For båe modellane er det lagt til grunn 20 pst kommunal medfinansiering. Omfanget av kommunal medfinansiering er anslått til å utgjera 1,5 mrd. kroner ved den aldersbestemte modellen og 3,6 mrd. kroner ved ein modell avgrensa til det medisinske området. Dette tyder at den aldersbaserte modellen gjev lågast finansiell risiko for kommunane. Utbygging av eit kommunalt døgnbehandlingstilbod med akutthjelp er føresett finansiert ved at kommunen sparar medfinansieringskostnader og ved eventuelle bidrag frå helseføretaka. Dei to kommunale medfinansieringsordningane bør drøftast for å avklare kva for modell som bør veljast, og korleis kommunane skal kompensera. Medfinansieringsmidlar vil ikkje vera tilstrekkeleg til å finansiere alternative rehabiliteringstilbod i kommunane. Dersom spesialisthelsetenesta skal gjera mindre og kommunane meir på rehabiliteringsfeltet, må innsparingar på spesialisthelsetenesta og meirkostnader for kommunane bereknast med sikte på å flytte ressursar frå spesialisthelsetenesta til kommunane. Dei økonomiske verknadane eit døgnstilbod med akutthjelp må bereknast, med sikte på fullfinansiering. Ansvarsdelinga mellom spesialisthelsetenesta og kommunane bør samtidig klargjerast. Innafor psykiatri og rus ligg ikkje tilhøva til rette for at det kan innførast ein betalingsplikt for utskrivingsklare pasientar frå 2012.

Vurdering frå KS:

Det er behov for ein grundig kostnadsberekning av kommunal medfinansiering av spesialisthelsetenestene.

Nye oppgåver må vere fullfinansiert. Pukkelkostnader må dekkast. Det må setjast inn midlar til kapasitetsbygging og kompetanseutvikling. Det er behov for ein ytterlegare gjennomgang av oppgåvefordeling og finansiering når det gjeld rusfeltet, psykiatri, rehabilitering og gråsonfeltet mellom sosiale tenester og barnevern.

Det er ikkje ønskeleg å dele opp omgrepa habilitering/rehabilitering ytterlegare.

Når oppgåver blir flytta frå spesialisthelsetenesta til kommunehelsetenesta, blir også kostnadane flytta til kommunane. Det er da ein føresetnad at dette medfører auka overføringar til kommunane.

Berekningar viser at ein region som etablerer LMS med 10 intermediær – og observasjons plassar, får ein tilleggskostnad på 12 millionar kroner knytt til drift.

Finansiering av intermediære senge plassar treng derfor ytterlegare klargjering.

8. IKT og systemutvikling

I ny lov er det foreslått å gje departementet mynde til å stille krav om at dokumentasjon og kommunikasjon av helseopplysningar skal skje elektronisk. Eksisterande heimlar vil bli teke i bruk for å stille nasjonale krav til standardiserte og sertifiserte løysingar. Helseføretak og

kommunehelsetenesta skal vidare leggje til rette for effektiv elektronisk samhandling.

Vurdering frå KS:

Implementering av nye IKT- løysingar er ein føresetnad for ein meir effektiv samhandling. Reforma må føre til betre elektronisk samhandling i helsesektoren generelt og mellom helseføretaka og kommunane spesielt. Det må bety betre IT- løysingar og plattformer som "pratar saman" og gjer det mogleg å kommunisere betre elektronisk mellom helseføretaka, fastlegane, den kommunale helse- og omsorgssektoren og pasient/brukar.

Felles plattformer, som kommunal- og offentlig ikt -arkitektur må utviklast og finansierast sentralt.

IKT -system må leggjast til rette slik at det ikkje blir spørsmål om kommunane har råd til å nytte dei. Dei må vera opne og tilgjengelege for alle som dei er meint å tene.

Ei harmonisering av kvalitetssystem, administrative system, retningslinjer og rutinar må gjennomførast med deltaking frå alle partar, og det vil vera ein fordel med felles opplæring.

9. Implementering

Regjeringa sin intensjon er at reforma skal gjennomførast over tid, der dei ulike tiltaka blir fasa inn gradvis. Det blir arbeidd med ein eigen kronologisk framdriftsplan for iverksetjing av dei ulike verkemidlane i gjennomføringa av samhandlingsreforma.

Vurdering frå KS:

Implementering må skje skrittvis, basert på kunnskap og erfaringar. Det blir viktig å sikre at kommunane kan byggje opp sine tenester før tilbod ved sjukehusa blir bygt ned.

10. Kommunar, fylkeskommunar og statlege myndigheiter sine rollar i ny folkehelselov

Med forslaget til ny folkehelselov blir eit nytt fundament etablert for å styrkje folkehelsearbeidet i politikk- og samfunnsutvikling og i planarbeid ut frå regionale og lokale utfordringar og behov. Det blir blant anna foreslått krav til å ha god oversikt over helseutfordringane i den einskilte kommune og at desse utfordringane skal danne grunnlag for strategiar, mål og tiltak forankra i plansystemet etter plan- og bygningslova. Vidare blir det gjennom lovforslaget lagt eit grunnlag for betre samordning mellom kommunar, fylkeskommunar og statlege myndigheiter.

Hovudtrekk i lovforslaget er at:

- Ansvar for folkehelsearbeid blir lagt til kommunen. I dag ligg ansvaret i helsetenesta i kommunen. Forslaget vil seia at kommunen skal bruke alle sine sektorar for å fremje folkehelse, ikkje berre helsesektoren
- Kommuna skal fastsetje mål og strategiar for folkehelsearbeidet egna for å møte kommunen sine eigne helseutfordringar. Mål og strategiar skal forankrast i planprosessane etter plan- og bygningslova.
- Kommunen sitt ansvar for å ha oversikt over helsetilstand og påverkningsfaktorar blir konkretisert slik at dei får eit tydeleg bilde av kva som er dei lokale helseutfordringar i den einskilte kommune. Statlege helsemyndigheiter og fylkeskommunane skal gjera opplysningar tilgjengelege og understøtte kommunane
- Ei drøfting av kommunen sine helseutfordringar skal blant anna danne grunnlag for lokal planstrategi. På same måte skal ei drøfting av fylket sine helseutfordringar inngå i regional planstrategi
- Kommunane skal setja i verk naudsynte tiltak for å møte lokale utfordringar

Vurdering frå KS:

Det er positivt at folkehelsearbeidet blir tydeleggjort og dermed styrka gjennom lokale og regionale planstrategiar i samhandling mellom kommunar, fylkeskommunar og statlege helsemyndigheiter. Det verkar likevel å vera underforstått at den nye folkehelselova skal

føre til betre folkehelse utan nemneverdige administrative eller økonomiske konsekvensar for kommunane. Dette stiller ein seg tvilande til, sidan det blir stilt krav til samarbeid, overvaking og statistikkarbeid samt at folkehelse blir inkludert som tema i heile kommunen sitt planarbeid.

Dessutan er det allereie utfordringar for kommunane å skaffe tilstrekkeleg kompetanse, t.d. innan samfunnsmedisin. Dette må leggjast vekt på i det vidare arbeidet.

Folkhelsekoordinatorstilling er viktig i kommunane, for å stimulere til arbeid på tvers av sektorar og nivå. Stillinga bør vera sentralt administrativt plassert og ha nærleik til det politiske nivået. Det er grunn til å etterspørje korleis folkehelse tilsvarande skal ivaretakast tverrdepartementalt i staten sentralt.

KS sitt forslag til uttale:

Vi sluttar oss til intensjonane om ei heilskapleg helse- og omsorgsteneste, og meiner det er rett å ha ei målsetting om at alle skal ha eit likeverdig tilbod om helsetenester uavhengig av diagnose, bustad, personleg økonomi, kjønn, etnisk bakgrunn og livssituasjon.

Lokalmedisinske sentra og lokalsjukehus må gjennom reforma sikrast investerings- og driftsmidlar som dekkjer dei framtidige behova for tenester. Det må klargjerast kva for oppgåver dei skal løyse.

Vi vil påpeike nokre utfordringar som kommunesektoren har erfart frå tidligare reformer, t.d. NAV -etableringa. Det er viktig at den kunnskapen som er hausta frå implementeringa av NAV blir nytta i arbeidet med samhandlingsreforma. Dette gjeld spesielt IKT løysingar, økonomi, kompetanse og samhandling på tvers av forvaltningsnivå.

Ny lov om kommunale helse og omsorgstenester

Vi har følgjande kommentarar til høyringsutkastet:

- Det er svært positivt at reforma vektlegg at oppgåvene skal løysast så nær pasient/brukar som mogleg slik at tenestetilbodet blir meir heilskapleg og effektivt.
- Det er positivt at lovforslaga vil underbygge og forsterke kommunen sin mynde og at lokal handlefridom blir framheva som eit viktig verdigrunnlag.
- Det er viktig å få avklara kva for status avtala mellom kommunane og helseføretaka skal ha når det gjeld oppgåvefordeling, og slik også kva for rolle eit tvisteløysningsorgan skal ha. Tydeliggjering av oppgåver, ansvar og mynde i lovverket vil kunne minske behovet for ytterlegare forskrifter, avtaler og tvisteløysningsordningar.
- Ei forsterka og godt integrert legeteneste i kommunane si helse- og omsorgsteneste vil vera ein føresetnad for at kommunane skal kunne ta fleire oppgåver og eit større ansvar i helsetenesta. Det vil bli viktig i det vidare arbeid å vurdere kva for verkemidlar som må vera på plass for at kommunane skal kunne ivareta sitt auka ansvar.
- Utdanningskapasitet og innhald må tilpassast ut frå behova for kompetanse i kommunane og helseføretaka. Forskingsinnsatsen og kunnskapsutviklinga må aukast betrakteleg og omhandle alle aktørar. Utvikling av samhandlingskompetanse er viktig i båd forvaltningsnivåa.
- Det er behov for ein grundig kostnadsberekning av kommunal medfinansiering av spesialisthelsetenestene. Det er grunn til tru at det blir betydelege pukkelkostnader i ei overgangsperiode som må finansierast. Nye oppgåver må finansierast fullt ut før dei blir overført til kommunane.
- Reforma må bidra til betre elektronisk samhandling i helsesektoren generelt og mellom helseføretaka og kommunane spesielt. Det må bety betre IT- løysningar og plattformer som gjer det mogleg å kommunisere betre elektronisk mellom helseføretaka, fastlegane, den kommunale helse- og omsorgssektoren og pasient/ brukar. Bruk av systema må leggjast til rette slik at det ikkje blir forhindra av store kostnader.

- Implementering av reforma må skje skrittvis, basert på kunnskap og erfaringar. Det blir viktig å sikre at sjukehusa ikkje byggjer ned tilbod før kommunane har bygd opp sine tenester.

Ny lov om folkehelse

Vi har følgjande kommentarar til høyringsutkastet:

- Det er positivt at samhandlingsreforma sin intensjon har større fokus på å fremje folkehelse og bidra til å motvirke at sosiale helseforskjellar blir forsterka.
- Vi tek til orientering at lova ønskjer å sikre at offentlege myndigheiter samordnar si verksemd knytt til folkehelsesarbeidet. Samstundes blir det i lova lagt opp til stor grad av overlapping mellom oppgåver og mellom ulike nivå. Kommunane er bekymra for at denne samhandlinga vil føre til at kommunen må bruke uforholdsmessig mykje ressursar på å administrere arbeidet.
- Vi meiner at § 27 i lovforslaget om allmenn moglegheit for samarbeid mellom kommunar (første ledd) ikkje tilfører noko nytt. Bestemmingar om kommunesamarbeid høyrer naturleg heime i Kommuneleva. Det fremjar ikkje heilskapleg tenking dersom ulike særlover skal innføre eigne heimlar for samarbeid mellom kommunar på einskilde område/einskilde fagområde.
- Lovutkastet har som føresetnad at kommunane har ein betydeleg samfunnsmedisinsk kompetanse. Kommunen er positiv til dette, men ønskjer å peike på dei store utfordringane som ligg i å rekruttere tilstrekkeleg samfunnsmedisinsk kompetanse til kommunesektoren. Det går ikkje fram av høyringa kva for naudsynte tiltak sentrale myndigheiter planlegg for å betre denne situasjonen.
- Det må sikrast nok ressursar til investeringar og drift knytt til dei oppgåvene som her blir tillagt kommunane. Det blir peika på at førebyggjande arbeid i seg sjølv er langsiktig, at lovforslaget krev rekruttering av medarbeidarar med høg og dels spesialisert kompetanse og at det må påreknast ei lang periode der (langsiktige) tiltak må finansierast utan at ein direkte gevinst kan målast i same periode.

Vurdering

KS sitt forslag til høyringsuttale er grundig gjennomarbeidd og understrekar dei viktigaste endringar i den nye lovgevinga;

Ny kommunal helse- og omsorgslov; Den nye kommunerolla med auka kommunalt ansvar – fokus på førebygging, tidleg intervensjon og LEON -prinsippet (lågaste effektive omsorgsnivå – at oppgåvene skal løysast så nær pasient/brukar som mogleg). Krav om endringar i avtalesystemet mellom kommunar og helseføretak og krav om meir forpliktande samarbeidsavtaler. Kommunane må, med auka ansvar og større oppgåver, få meir styring av fastlegane. Nye kompetanseutfordringar gjer at utdanningskapasiteten og innhald i utdanninga må tilpassast behova for kompetanse i kommunane og helseføretaka. Det er behov for grundig kostnadsberekning av kommunal medfinansiering av spesialisthelsetenestene, og nye oppgåver må finansierast fullt ut. Viktig å understreke at gode IKT- løysingar som ”pratar saman” er ein føresetnad for ein meir effektiv samhandling mellom helseføretaka, fastlegane, den kommunale helse- og omsorgssektoren og pasient/brukar. Det er og viktig at reforma må gjennomførast over tid, der dei ulike tiltaka blir fasa inn gradvis, og at eksisterande tilbod ikkje blir fjerna før kommunane er i stand til å tilby minst like gode alternativ.

Ny folkehelselov; Det er positivt at samhandlingsreforma har større fokus på å fremje folkehelse og bidra til å motvirke at sosiale helseforskjellar blir forsterka.

Lova er tenkt å sikre at offentlege myndigheiter samordnar si verksemd knytt til folkehelsesarbeidet. I forslaget til lov er folkehelsa "flytta" frå helsetenestene til kommunen, og nærare det politiske nivået – intensjonen er at folkehelsearbeidet skal integrerast i den samla kommunale planstrategien. Folkehelsekoordinatorar vil vere viktige i kommunane, for å stimulere til arbeid på tvers av sektorar og nivå.

Rådmannens innstilling

Skjåk kommune sluttar seg til KS sitt forslag til høyringsuttale:

Vi sluttar oss til intensjonane om ei heilskapleg helse- og omsorgsteneste, og meiner det er rett å ha ei målsetting om at alle skal ha eit likeverdig tilbod om helsetenester uavhengig av diagnose, bustad, personleg økonomi, kjønn, etnisk bakgrunn og livssituasjon.

Lokalmedisinske sentra og lokalsjukehus må gjennom reforma sikrast investerings- og driftsmidlar som dekkjer dei framtidige behova for tenester. Det må klargjerast kva for oppgåver dei skal løyse.

Vi vil påpeike nokre utfordringar som kommunesektoren har erfart frå tidligare reformer, t.d. NAV-etableringa. Det er viktig at den kunnskapen som er hausta frå implementeringa av NAV blir nytta i arbeidet med samhandlingsreforma. Dette gjeld spesielt IKT løysingar, økonomi, kompetanse og samhandling på tvers av forvaltningsnivå.

Ny lov om kommunale helse og omsorgstenester

Vi har følgjande kommentarar til høyringsutkastet:

- *Det er svært positivt at reforma vektlegg at oppgåvene skal løysast så nær pasient/brukar som mogleg slik at tenestetilbodet blir meir heilskapleg og effektivt.*
- *Det er positivt at lovforslaga vil underbyggje og forsterke kommunen si mynde og at lokal handlefridom blir framheva som eit viktig verdigrunnlag.*
- *Det er viktig å få avklara kva for status avtala mellom kommunane og helseføretaka skal ha når det gjeld oppgåvefordeling, og slik også kva for rolle eit tvisteløysningsorgan skal ha. Tydeliggjering av oppgåver, ansvar og mynde i lovverket vil kunne minske behovet for ytterlegare forskrifter, avtaler og tvisteløysningsordningar.*
- *Ei forsterka og godt integrert legeteneste i kommunane si helse- og omsorgsteneste vil vera ein føresetnad for at kommunane skal kunne ta fleire oppgåver og eit større ansvar i helsetenesta. Det vil bli viktig i det vidare arbeid å vurdere kva for verkemidlar som må vera på plass for at kommunane skal kunne ivareta sitt auka ansvar.*
- *Utdanningskapasitet og innhald må tilpassast ut frå behova for kompetanse i kommunane og helseføretaka. Forskingsinnsatsen og kunnskapsutviklinga må aukast betrakteleg og omhandle alle aktørar. Utvikling av samhandlingskompetanse er viktig i både forvaltningsnivåa.*
- *Det er behov for ein grundig kostnadsberekning av kommunal medfinansiering av spesialisthelsetenestene. Det er grunn til tru at det blir betydelege pukkelkostnader i ei overgangsperiode som må finansierast. Nye oppgåver må finansierast fullt ut før dei blir overført til kommunane.*
- *Reforma må bidra til betre elektronisk samhandling i helsesektoren generelt og mellom helseføretaka og kommunane spesielt. Det må bety betre IT-løysningar og plattformer som gjer det mogleg å kommunisere betre elektronisk mellom helseføretaka, fastlegane, den kommunale helse- og omsorgssektoren og pasient/brukar. Bruk av systema må leggjast til rette slik at det ikkje blir forhindra av store kostnader.*
- *Implementering av reforma må skje skrittvis, basert på kunnskap og erfaringar. Det blir viktig å sikre at sjukehusa ikkje byggjer ned tilbod før kommunane har bygd opp sine tenester.*

Ny lov om folkehelse

Vi har følgjande kommentarar til høyringsutkastet:

- Det er positivt at samhandlingsreforma sin intensjon har større fokus på å fremje folkehelse og bidra til å motvirke at sosiale helseforskjellar blir forsterka.
- Vi tek til orientering at lova ønskjer å sikre at offentlege myndigheiter samordnar si verksemd knytt til folkehelsesarbeidet. Samstundes blir det i lova lagt opp til stor grad av overlapping mellom oppgåver og mellom ulike nivå. Kommunane er bekymra for at denne samhandlinga vil føre til at kommunen må bruke uforholdsmessig mykje ressursar på å administrere arbeidet.
- Vi meiner at § 27 i lovforslaget om allmenn moglegheit for samarbeid mellom kommunar (første ledd) ikkje tilfører noko nytt. Bestemmingar om kommunesamarbeid høyrer naturleg heime i Kommuneleva. Det fremjar ikkje heilskapleg tenking dersom ulike særlover skal innføre eigne heimlar for samarbeid mellom kommunar på einskilde område/einskilde fagområde.
- Lovutkastet har som føresetnad at kommunane har ein betydeleg samfunnsmedisinsk kompetanse. Kommunen er positiv til dette, men ønskjer å peike på dei store utfordringane som ligg i å rekruttere tilstrekkeleg samfunnsmedisinsk kompetanse til kommunesektoren. Det går ikkje fram av høyringa kva for naudsynte tiltak sentrale myndigheiter planlegg for å betre denne situasjonen.
- Det må sikrast nok ressursar til investeringar og drift knytt til dei oppgåvene som her blir tillagt kommunane. Det blir peika på at førebyggjande arbeid i seg sjølv er langsiktig, at lovforslaget krev rekruttering av medarbeidarar med høg og dels spesialisert kompetanse og at det må påreknast ei lang periode der (langsiktige) tiltak må finansierast utan at ein direkte gevinst kan målast i same periode.

Behandling i Helse- og omsorgsutvalet - 06.01.2011

Vedtak i Helse- og omsorgsutvalet - 06.01.2011

Skjåk kommune sluttar seg til KS sitt forslag til høyringsuttale:

Vi sluttar oss til intensjonane om ei heilskapleg helse- og omsorgsteneste, og meiner det er rett å ha ei målsetting om at alle skal ha eit likeverdig tilbod om helsetenester uavhengig av diagnose, bustad, personleg økonomi, kjønn, etnisk bakgrunn og livssituasjon.

Lokalmedisinske sentra og lokalsjukehus må gjennom reforma sikrast investerings- og driftsmidlar som dekkjer dei framtidige behova for tenester. Det må klargjerast kva for oppgåver dei skal løyse.

Vi vil påpeike nokre utfordringar som kommunesektoren har erfart frå tidligare reformer, t.d. NAV -etableringa. Det er viktig at den kunnskapen som er hausta frå implementeringa av NAV blir nytta i arbeidet med samhandlingsreforma. Dette gjeld spesielt IKT løysingar, økonomi, kompetanse og samhandling på tvers av forvaltingsnivå.

Ny lov om kommunale helse og omsorgstenester

Vi har følgjande kommentarar til høyringsutkastet:

- Det er svært positivt at reforma vektlegg at oppgåvene skal løysast så nær pasient/brukar som mogleg slik at tenestetilbodet blir meir heilskapleg og effektivt.

- Det er positivt at lovforslaga vil underbygge og forsterke kommunen si mynde og at lokal handlefridom blir framheva som eit viktig verdigrunnlag.
- Det er viktig å få avklara kva for status avtala mellom kommunane og helseføretaka skal ha når det gjeld oppgåvefordeling, og slik også kva for rolle eit tvisteløysningsorgan skal ha. Tydeliggjering av oppgåver, ansvar og mynde i lovverket vil kunne minske behovet for ytterlegare forskrifter, avtaler og tvisteløysningsordningar.
- Ei forsterka og godt integrert legeteneste i kommunane si helse- og omsorgsteneste vil vera ein føresetnad for at kommunane skal kunne ta fleire oppgåver og eit større ansvar i helsetenesta. Det vil bli viktig i det vidare arbeid å vurdere kva for verkemidlar som må vera på plass for at kommunane skal kunne ivareta sitt auka ansvar.
- Utdanningskapasitet og innhald må tilpassast ut frå behova for kompetanse i kommunane og helseføretaka. Forskingsinnsatsen og kunnskapsutviklinga må aukast betrakteleg og omhandle alle aktørar. Utvikling av samhandlingskompetanse er viktig i baa forvaltningsnivåa.
- Det er behov for ein grundig kostnadsberekning av kommunal medfinansiering av spesialisthelsetenestene. Det er grunn til tru at det blir betydelege pukkelkostnader i ei overgangsperiode som må finansierast. Nye oppgåver må finansierast fullt ut før dei blir overført til kommunane.
- Reforma må bidra til betre elektronisk samhandling i helsesektoren generelt og mellom helseføretaka og kommunane spesielt. Det må bety betre IT- løysningar og plattformer som gjer det mogleg å kommunisere betre elektronisk mellom helseføretaka, fastlegane, den kommunale helse- og omsorgssektoren og pasient/ brukar. Bruk av systema må leggjast til rette slik at det ikkje blir forhindra av store kostnader.
- Implementering av reforma må skje skrittvis, basert på kunnskap og erfaringar. Det blir viktig å sikre at sjukehusa ikkje byggjer ned tilbod før kommunane har bygd opp sine tenester.

Ny lov om folkehelse

Vi har følgjande kommentarar til høyringsutkastet:

- Det er positivt at samhandlingsreforma sin intensjon har større fokus på å fremje folkehelse og bidra til å motvirke at sosiale helseforskjellar blir forsterka.
- Vi tek til orientering at lova ønskjer å sikre at offentlege myndigheiter samordnar si verksemd knytt til folkehelsesarbeidet. Samstundes blir det i lova lagt opp til stor grad av overlapping mellom oppgåver og mellom ulike nivå. Kommunane er bekymra for at denne samhandlinga vil føre til at kommunen må bruke uforholdsmessig mykje ressursar på å administrere arbeidet.
- Vi meiner at § 27 i lovforslaget om allmenn moglegheit for samarbeid mellom kommunar (første ledd) ikkje tilfører noko nytt. Bestemmingar om kommunesamarbeid høyrer naturleg heime i Kommunelova. Det fremjar ikkje heilskapleg tenking dersom ulike særlover skal innføre eigne heimlar for samarbeid mellom kommunar på einskilde område/einskilde fagområde.
- Lovutkastet har som føresetnad at kommunane har ein betydeleg samfunnsmedisinsk kompetanse. Kommunen er positiv til dette, men ønskjer å peike på dei store utfordringane som ligg i å rekruttere tilstrekkeleg samfunnsmedisinsk kompetanse til kommunesektoren. Det går ikkje fram av høyringa kva for naudsynte tiltak sentrale myndigheiter planlegg for å betre denne situasjonen.
- Det må sikrast nok ressursar til investeringar og drift knytt til dei oppgåvene som her blir tillagt kommunane. Det blir peika på at førebyggjande arbeid i seg sjølv er langsiktig, at lovforslaget krev rekruttering av medarbeidarar med høg og dels spesialisert kompetanse og

at det må påreknast ei lang periode der (langsiktige) tiltak må finansierast utan at ein direkte gevinst kan målast i same periode.

Samrøystes.