

Høringssvar fra Sør-Trøndelag fylkeskommune. Ny kommunal helse- og omsorgslov

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, men vil kommentere noen prinsipielle forhold. Ved at landets fylkeskommuner har falt ut som høringsinstans for den nye loven om kommunale helse- og omsorgstjenester, har fylkeskommunen sent i prosessen blitt oppmerksom på de sidene ved det nye lovforslaget som direkte angår fylkeskommunen som helsetjenesteleverandør.

1. Fylkeskommunene påpeker det beklagelige i at man som følge av ansvaret for tannhelse, ikke er blitt involvert i lovforslaget om kommunale helse- og omsorgstjenester.

2. 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.

3. Høringsdokumentenes innhold og noen formuleringer i dokumentene vil bety en forventning om økt interkommunalt, forpliktende samarbeid for å møte framtidige utfordringer. Dette mener vi er hensiktsmessig, og KS sammen med Fylkesmannen og HF har i Sør-Trøndelag lagt opp til kommunegrupperinger som basis for de faglige drøftelsene som nå skal pågå framover. Når det også åpnes opp for at HOD ved forskrift kan pålegge kommuner å inngå forpliktende samarbeid, kan dette tolkes å være i motstrid til intensjonen om kommunal frihet til å organisere sine tilbud.

4. Høringsdokumentenes antydninger om innføring av en rekke nasjonale kvalitetsstandarder, er muligens riktig når det gjelder å sikre likeverdighet innenfor enkelttjenester av kritisk innhold, og for eksempel innføring av felles IT-systemer for hele helseområdet. Derimot kan innføring av nasjonale standarder svekke kommunenes frihet til å utvikle kvaliteten på sine helse- og omsorgstjenester ut fra lokale forhold og utfordringer. Å bruke forskrifter på områder som i dag er avtaleregulert, krever en særlig begrunnelse.

5. Fylkeskommunen understreker behovet for en sterkere kommunal styring av legetjenesten og at det endelige lovforslaget må avspeile dette.

Saksutredning: Høring - forslag til ny folkehelselov

FYLKESRÅDMANNENS INNSTILLING

KIV-komiteen/Fylkesutvalget slutter seg til de vurderinger og synspunkt som framkommer i saksutredningen vedr. forslag til ny folkehelselov, ny kommunal helse- og omsorgslov samt Nasjonale helse- og omsorgsplan

VEDLEGG OG ANDRE SAKSDOKUMENTER

Nummererte vedlegg som følger saken

Høringsbrev

Forslag til ny folkehelselov

Fremtidens helsetjeneste: trygghet for alle

GJELDENDE FORUTSETNINGER

- Høringsnotat – forslag til ny folkehelselov
- St.meld.nr. 47 (2008- 2009) Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid
- Rapport 2010, Folkehelsearbeidet – veien til god helse for alle
- Nasjonal helse- og omsorgsplan - framtidens helsetjeneste: trygghet for alle.

BAKGRUNN

Helse og omsorgsdepartementet la 18.oktober 2010 fram forslag til ny folkehelselov – samhandlingsreformen -, med høringsfrist 18.01.2011.

Samtidig som forslag til ny folkehelselov sendes ut på høring, sendes også forslag til ny kommunal helse- og omsorgslov samt en nettbasert høring om Nasjonal helse- og omsorgsplan ut. Den sistnevnte høringen skal legge grunnlaget for helse- og omsorgstjenesten i årene framover og skal vise hvordan samhandlingsreformen skal gjennomføres.

Hovedintensjonen med samhandlingsreformen fra statens side er å sikre et bedre koordinert tilbud til pasienter med behov for sammensatte tjenester over flere nivåer. Demografisk og teknologisk utvikling, lokale forutsetninger og tilgang til kompetanse tilsier at arbeidsdelingen mellom nivåene vil måtte endres over tid.

Målet med reformen er 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. Det skal satses mer på forebyggende arbeid og tidlig innsats for å begrense plager og lidelser og hindre at sykdom utvikler seg. I Sør-Trøndelag har KS sammen med Fylkesmannen og HF lagt opp til at kommunene har gruppert seg i ulike samhandlingsregioner som basis for de faglige drøftelsene som skal pågå framover. Fylkeskommunen er nå med i dette arbeidet og vil bruke de etablerte kommunegrupperingene til å sette folkehelse på agendaen.

Nasjonal helse- og omsorgsplan er et strategisk styringsdokument for helse og omsorgstjenesten, der folkehelse også nevnes. Helse- og omsorgsdepartementets arbeid med Planen skal fremmes i form av en stortingsmelding våren 2011. Det tas også sikte på at lovforslagene kan fremmes for Stortinget i form av lovproposisjoner i løpet av våren 2011.

Under arbeidet med forslag til ny folkehelselov og ny kommunal helse- og omsorgslov, ble de tre lovene; lov om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet, sosialtenestelova, og kommunehelsetenestelova, erstattet. Når det gjelder ny kommunal helse- og omsorgslov viser det seg at fylkeskommunene ikke står 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.

Det har vært kontakt mellom fylkene samt at regionsjefskollegiets arbeidsutvalg har bedt KS om å samordne fylkenes arbeid med ny folkehelselov og nasjonal helse- og omsorgsplan. I den forbindelse er det laget en liste med forslag til momenter som kan inngå i fylkeskommunens høringsuttalelser.

I denne saken legges det mest vekt på forslag til ny folkehelselov, men kommunal helse- og omsorgslov og ny Nasjonal helse- og omsorgsplan drøftes også kort.

FAKTISKE OPPLYSNINGER

Ny folkehelselov

Ny folkehelselov er et viktig tiltak for å kunne nå samhandlingsreformens intensjon om å forebygge mer og bedre. Formålet er å bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse og motvirker sosiale helseforskjeller. Ny folkehelselov har fire hovedprinsipper; bærekraftig utvikling, helse i alle politikkområder (eks.vis skole, kultur, samferdsel) føre-var prinsippet og utjevning av sosiale ulikheter. Hovedtrekk i lovforslaget er:

- Ansvar for folkehelsearbeid blir lagt til kommunene. Kommunene skal bruke alle sine sektorer til å fremme folkehelsen, ikke bare helsesektoren som nå har ansvaret.
- Kommunene får ansvar for å ha oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer for å få konkretisert hva de lokale helseutfordringene er i den enkelte kommune.
- Fylkeskommunene og statlige helsemyndigheter skal understøtte kommunene med oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer og får ansvar for å gjøre opplysninger tilgjengelige. Det vil bli ført tilsyn.
- Kommunene skal fastsette mål, strategier og tiltak for folkehelsearbeidet basert på egne helseutfordringer. Mål og strategier skal forankres i planprosessene etter plan- og bygningsloven.

Det er ingen store endringer i lovteksten på ny folkehelselov når det gjelder fylkeskommunen. Lovforslagets § 20 tilsvarer dagens fylkeskommunale folkehelselov § 3. Det følger av bestemmelsen at fylkeskommunene har en rolle og et ansvar i folkehelsearbeidet. Bestemmelsen formaliserer prinsippet om "helse i alt vi gjør" ved at fylkeskommunene skal fremme folkehelse innenfor de oppgaver fylkeskommunen er tillagt, samt evt. andre nødvendige tiltak for å møte kommunens helseutfordringer. Dette skal skje blant annet gjennom regional utvikling og planlegging, forvaltning og tjenesteyting og tiltak.

Endringer fra dagens fylkeskommunale folkehelselov er en tydeliggjøring av at fylkeskommunen må legge fylkets helseutfordringer til grunn for sitt folkehelsearbeid, samt at det kan være aktuelt med egne folkehelseaktiviteter/tiltak for å møte disse utfordringene.

Bestemmelsen forankrer fylkeskommunens pådriver- og samarbeidsrolle i folkehelsearbeidet gjennom alliansebygging og partnerskap, i tillegg til understøttelse av kommunenes arbeid. I den forsterkede rollen som regional utviklingsaktør og planmyndighet etter ny planlov, er det en forventning om at fylkeskommunene tar grep om folkehelsearbeidet i fylket i samarbeid med kommunene og andre relevante aktører i fylket som regionale statsetater, næringslivet, høgskole- og kunnskapsmiljøer, frivillige organisasjoner osv. Det vises for øvrig til forarbeidene til folkehelseloven for fylkeskommunene, Ot.prp. nr. 73 (2008-2009).

Ny kommunal helse- og omsorgslov

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 tilsynsinnsans. Helsepersonelloven skal gjelde for alt personell som yter tjenester etter den nye loven.

Lov om tannhelsetjenesten regulerer fylkeskommunens 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 psykiatriske 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.

Nasjonal Helse- og omsorgsplan

Planen bygger på Samhandlingsreformen og skal vise hvordan reformen skal gjennomføres. Regjeringen vil at nasjonal helse- og omsorgsplan skal sikre god politisk styring gjennom å være et strategisk styringsdokument for helsetjenesten og bli et mer operativt redskap for prioriteringer innenfor de samlede helse- og omsorgstjenestene. Planforslaget tar for seg helseutviklingen, helseutfordringer og gjennomføring av samhandlingsreformen. Under dette ligger seks hovedtema; folkehelse, framtidens kommunehelsetjenester, helhet og sammenheng, nye pasientroller, kvalitet og faglighet samt helsepersonell.

HELHETLIG DRØFTING

Ny folkehelselov

Rådmannen er positiv til forslaget om ny folkehelselov. Det er en styrke i loven at den retter seg mot alle forvaltningsnivå, og forplikter flere offentlige sektorer til å jobbe med og sammordne folkehelsearbeidet. Vi mener høringsnotatet er for svakt til å løse hovedutfordringen som begrunnet samhandlingsreformen, nemlig et bærekraftig samfunn. Folkehelsearbeid må høyere på dagsorden, og innebære en større og mer samlet satsing der alle departementer ansvarliggjøres. Pågående nasjonale reformer kan resultere i en

sektorisering av folkehelsearbeidet, noe som vil være i motstrid med både behov og intensjoner i lovforslagene og i planene.

1. Det er viktig og riktig at folkehelseloven forplikter flere fagområder/ sektorer i folkehelsearbeidet på kommunalt og fylkeskommunalt nivå. Vi ser imidlertid ikke at samme krav på tvers av ulike fagområder/sektorer gjelder sentrale myndigheter. Lovens virksomhetsområde må omfatte statlige *myndigheter* og ikke bare statlige *helsemyndigheter*.
2. I forslaget til folkehelselov er virksomhetsområdet gjeldende bare for statlige helsemyndigheter. Dette fremstår som 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 nasjonalt nivå og under andre departementer enn helsedepartementet.
3. I forslaget til helse- og omsorgsplan er et mål at *Flere sektorer i samfunnet skal engasjere seg i folkehelsearbeid og samarbeide på tvers. Innsatsen skal være koordinert, også nasjonalt*. Skal målsettingen ha troverdighet må folkehelseloven ivareta dette ved å utvide virksomhetsområdet. Et av lovens 4 prinsipper er tross alt "health in all policies".
4. Høringsnotatet problematiserer i liten grad behov for annen type folkehelsekompetanse enn den samfunnsmedisinske. Helseutfordringene krever ny kunnskap på alle nivåer, der flere faggrupper må få anerkjennelse og handlingsrom. Dersom intensjonene i loven skal lykkes, er det nødvendig med en styrking og anerkjennelse av folkehelsekompetansen innen flere fagområder og sektorer. Det bør komme tydelig fram at politisk og administrativt ledelsesnivå skal være sentrale deltakere.

Om tilsyn

1. Lovforslaget argumenterer for å utløse den lokal- og regionalpolitiske kraften i folkehelsearbeidet. Da må det være rom for å tilpasse oppgaven lokale og regionale forutsetninger. Siden det også er vanskelig å operasjonalisere feltet på en måte som gjør det egnet for å bli ført tilsyn med, bør denne funksjonen utgå. Kongens godkjenning av regional planstrategi, og internkontroll, er tilstrekkelig. Hvis tilsynsfunksjonen opprettholdes, bør denne tillegges fylkesmannen.

Om helseovervåkning

1. Det bør utredes hvordan fylkeskommunene og kommunene kan imøtekomme kravene til kompetanse, og økonomiske og administrative ressurser i forhold til helseovervåkingen
2. Hvis forskriftshjemmelen om å pålegge fylkeskommunene et ansvar for å gjennomføre befolkningsundersøkelser utløses, må data som samles inn oppleves som nyttige. I tråd med forslaget til ny folkehelselov må slike undersøkelser sees i sammenheng med planrollen og politikkutforming. Det må være rom for å ivareta regionale behov. Nasjonale retningslinjer må sikre informasjon om helsefremmende faktorer og ikke ha et ensidig fokus på sykdom og død.
3. Fylkeskommunene skal bistå kommunen i kommunale analyser og tolkninger av data og *bistå i gjennomføringen av kommunespesifikke undersøkelser, analyser og*

vurderinger. Dette er omfattende oppgaver. Formuleringene kan skape forventninger i kommunene som regionalt nivå ikke vil kunne møte.

4. Fylkeskommunens skriftlige oversikt over helsetilstanden skal gi grunnlag for *hensiktsmessig* styring og strategiutvikling for egen virksomhet, slik at folkehelse blir *tilstrekkelig ivaretatt*. Dette åpner for ulike tolkninger, men de forslåtte eksemplene gir inntrykk av at fylkeskommunene selv må etablere interne rapporteringsrutiner og foreta datainnsamling på nye områder (eksempelvis kulturminner). Dette vil beslaglegge mye ressurser, og kravet er urimelig når det ikke kompenseres. Det er mer naturlig at departementene selv lager rapporteringsrutiner og ivaretar det som burde være deres naturlige folkehelseansvar (eksempelvis gjennom elevundersøkelsen). Det vil sikre sammenlignbare data mellom fylkene. Hva med den kunnskap/oversikt Fylkesmannen allerede i dag besitter?

Om økonomiske og administrative konsekvenser

1. Fylkeskommunene ble ikke på langt nær godtgjort økonomisk da *folkehelseloven* for fylkeskommuner kom. I forslaget til ny folkehelselov fremkommer statens forventninger slik at de økonomiske og administrative konsekvensene for fylkeskommunene fremstår tydeligere enn da lovforslaget til *folkehelseloven for fylkeskommuner* var ute på høring. Særlig presiseres forventninger til helseoversikt og støttefunksjoner overfor kommunene. Fylkeskommunene må godtgjøres økonomisk for det store folkehelseansvaret de nå tillegges. (Begrunnelse for dette følger i vedlegget).
2. Skal man lykkes med å imøtekomme nasjonale folkehelsemålsettinger, så må det initieres en tverrsektoriell og nivåovergripende opptrappingsplan, der også nye potensielle virkemidler for alle nivåer blir utredet. En slik plan bør bl.a. ha som ambisjon at kommuner og fylkeskommuner skal settes i stand til å utføre lovpålegg og den må inkludere alle relevante departementer.
3. Lovforslaget utreder ikke hvor krevende et tverrsektorielt, nivåovergripende folkehelsearbeid er. Det er også store forventninger til at kommuner og fylkeskommuner skal bidra til å utjevne sosiale helseforskjeller. Det er vanskelig, og det foreligger få retningslinjer for hvordan det kan gjøres i praksis. 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.*
4. Det at kommuner og fylkeskommuner tillegges et slikt ansvar er i seg selv grunnlag for å problematisere at loven ikke skal ha økonomiske og administrative konsekvenser. *Krav om ny praksis i folkehelsearbeidet må tolkes som en ny oppgave og således godtgjøres*, all den tid den nye praksisen har store administrative og kompetansemessige konsekvenser.

Frivillige

- Formuleringen i § 4 tredje ledd hvor "kommunen skal medvirke til at helsemessige hensyn blir ivaretatt av frivillige organisasjoner", er uheldig. Prinsipielt må en være varsom med å få for langt i styringen av frivillig sektor uyt i fra prinsippet om frivillige organisasjoners autonomi. Paragrafen bør modereres, eventuelt fjernes.

Ny kommunal helse- og omsorgslov

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, men vil kommentere noen prinsipielle forhold.

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

1. Fylkeskommunene påpeker det beklagelige i at man som følge av ansvaret for tannhelse, ikke er blitt involvert i lovforslaget om kommunale helse- og omsorgstjenester.
2. 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
3. Høringsdokumentenes innhold og noen formuleringer i dokumentene vil bety en forventning om økt interkommunalt, forpliktende samarbeid for å møte framtidige utfordringer. Dette mener vi er hensiktsmessig, og KS sammen med Fylkesmannen og HF har i Sør-Trøndelag lagt opp til kommunegrupperinger som basis for de faglige drøftelsene som nå skal pågå framover. Når det også åpnes opp for at HOD ved forskrift kan pålegge kommuner å inngå forpliktende samarbeid, kan dette tolkes å være i motstrid til intensjonen om kommunal frihet til å organisere sine tilbud.
4. Høringsdokumentenes antydninger om innføring av en rekke nasjonale kvalitetsstandarder, er muligens riktig når det gjelder å sikre likeverdighet innenfor enkelttjenester av kritisk innhold, og for eksempel innføring av felles IT-systemer for hele helseområdet. Derimot kan innføring av nasjonale standarder svekke kommunenes frihet til å utvikle kvaliteten på sine helse- og omsorgstjenester ut fra lokale forhold og utfordringer. Å bruke forskrifter på områder som i dag er avtaleregulert, krever en særlig begrunnelse.
5. Fylkeskommunen understreker behovet for en sterkere kommunal styring av legetjenesten og at det endelige lovforslaget må avspeile dette

Nasjonal helse og omsorgsplan

1. Planen fremstår som for generell og lite forpliktende, særlig i forhold til det folkehelsearbeid som naturlig hører inn under andre departementer enn helse- og

omsorgsdepartementet. Det bør i stedet lages en egen nasjonal folkehelseplan med samordnede mål og strategier for alle departementer.

2. Forslaget til nasjonal folkehelseplan må operasjonalisere og synliggjøre folkehelsemål og tiltak innenfor alle relevante sektorer, inklusive på de bakenforliggende faktorene (inntekt, utdanning o.s.v.) som så langt i for liten grad er omtalt.
3. I kapitlet ” Gjennomføring av samhandlingsreformen” bør det presiseres hvordan reformen skal sikre at man ikke bare fokuserer på helsetjenesten, men også på helsefremmende og forebyggende arbeid for å skape livskvalitet og utjevning av sosial ulikhet.
4. Samhandlingsreformen vil framstå som en forhandlingsreform der løsningene vil variere lokalt/regionalt. Dette krever at staten og de ulike tilsynene aksepterer dette og etterlever dette i sine roller.
5. Nasjonal helse- og omsorgsplan har som ambisjonsnivå at helsetjenestene skal være blant verdens beste. Tilsvarende bør sies om folkehelsearbeidet.

FYLKESRÅDMANNENS KONKLUSJON

Fylkesrådmannen anbefaler at KIV-komiteen/Fylkesutvalget slutter seg til de vurderinger og synspunkt som framkommer i saksutredningen vedr. forslag til ny folkehelselov, ny kommunal helse- og omsorgslov samt Nasjonale helse- og omsorgsplan.