

KOMM. OG REG. DEP
13 OKT 2005
05/1594-18
650.0
KO / KJ / DV



Kommunal- og regionaldepartementet
Postboks 8112 Dep

0032 Oslo

Vår ref. FG/EH/ab

Deres ref. 05/1594-2 DV

Dato. 10. oktober 2005

Lokaldemokratikommisjonens første utredning – NOU 2005:6 Samspill og tillit – Om staten og lokaldemokratiet

LHL, Landsforeningen for hjerte- og lungesyke har gjennomgått forannevnte utredning om hvilke konsekvenser utviklingen av forholdet mellom staten og kommunene har for lokaldemokratiet.

LHLs hovedsynspunkter

- LHL støtter kommisjonens vurdering av at lokaldemokratiet er en helt nødvendig del av et godt fungerende demokrati.
- LHL støtter kommisjonens vurdering av at kommunene også i fremtiden må være generalistkommuner.
- LHL vil understreke behovet for statlig styring som redskap for å sikre rettssikkerhet, likhet og likeverdighet.
- LHL er uenig i kommisjonens anbefaling om at bruk av rettighetslovgivning bør begrenses.
- LHL ser lovfesting av individuelle rettigheter for funksjonshemmede og kronisk syke som helt avgjørende for å sikre deres muligheter til deltakelse i samfunnet.
- LHL mener retten til rehabilitering må lovfestes.
- LHL støtter kommisjonens anbefaling om at det må utvikles et system som sikrer at nye statlig initierte reformer som skal iverksettes av kommunene, er tilstrekkelig finansiert.
- LHL støtter kommisjonens anbefaling om at balansen i kommuneøkonomien gjenoprettes.
- LHL mener statlig tilsyn med kommunesektoren er nødvendig for å sikre at kommunene etterlever regelverket og ivaretar nasjonalt vedtatte mål.
- LHL er uenig i at omfanget av tilsyn med kommunesektoren bør reduseres slik det ble foreslått fra tilsynsutvalget i NOU 2004:17 og slik Lokaldemokratikommisjonen også går inn for.

Landsforeningen for hjerte- og lungesyke



Postadresse Pb 43/5 Nydalen, 0402 Oslo
Besøksadresse Sandakerveien 99, Oslo

Telefon 22 79 93 00
Telefaks 22 22 38 33

E-post post@lhl.no
Internett www.lhl.no

Bankgiro 8200 02 33311
Organisasjonsnr. 940 190 738

LHLs utgangspunkt for å uttale seg

LHL er som interesseorganisasjon for mennesker med hjerte- og lungesykdom opptatt av saker som har betydning for mennesker med kronisk sykdom og funksjonshemming, enten det er på helse- og sosialfeltet, skole, transport eller andre samfunnsområder. En hovedoppgave for LHL er å påvirke prioriteringer ved å avdekke hindringer hjerte- og lungesyke og andre med kronisk sykdom og funksjonshemming møter i samfunnet. LHL arbeider for samfunnsmessige løsninger som er forankret i menneskerettigheter, demokrati og rettsstatens prinsipper. LHL er som organisasjon en del av det demokratiske styringssystemet hvor berørte parter har rett til å bli hørt i beslutningsprosesser.

LHLs mål er et samfunn med full likestilling og deltakelse for mennesker med kronisk sykdom og funksjonshemming. Det er ut fra disse mål også forslagene fra Lokaldemokratikommisjonen blir vurdert i vår organisasjon. Vi ønsker her spesielt å kommentere forholdet mellom lokaldemokrati og rettighetsfesting og betydningen av å sikre likeverdig tilbud av velferdstjenester uavhengig av bosted og personlig økonomi.

Lokaldemokrati og rettigheter – ikke enten eller, men både og ...

LHL er enig i Lokaldemokratikommisjonens syn om at lokaldemokratiet er en helt nødvendig del av et godt fungerende demokrati. Vi opplever heller ikke at det er noen stor uenighet om behovet for å ha et lokaldemokrati. Diskusjonstemaet er hvor stort handlingsrommet for lokaldemokratiet skal være på de ulike områdene.

LHL støtter kommisjonens anbefaling om at kommunene må opprettholdes som generalistkommuner. Vi mener at et system med generalistkommuner som likestiller kommunene med hensyn til rammer, lovpålagte oppgaver og finansieringssystem, er det som er best egnet til å sikre likeverdige velferdstjenester.

LHL har merket seg at kommisjonen i betydelig grad ønsker å nyansere Makt- og demokratiutredningens svært pessimistiske konklusjoner om at lokaldemokratiet på det nærmeste er avvirket (*NOU 2005:6 Samspill og tillit, side 9 "Lokaldemokratiet er vingeklippet av rettighetslovgivning og effektivitetshensyn"*). Vi mener kommisjonen her bidrar til et bedre utgangspunkt for å drøfte framtidens lokaldemokrati og forholdet mellom lokaldemokrati og sentralmakt. Kommisjonens peker på at det på flere områder er større handlingsrom enn det den offentlige debatten tilsier; *jfr utredningen side 11- Det er fortsatt mange områder hvor den kan drives lokalpolitikk."*

Både Lokaldemokratikommisjonen og forskere kommisjonen har trukket inn, drøfter utviklingen av lokaldemokratiet og forholdet mellom lokaldemokratiet og den statlige styringen som skjer når individuelle rettigheter lovfestes. Kommisjonen slår fast at *"Rettigheter innebærer at makt overføres fra den lovgivende til den dømmende makt, men samtidig bidrar rettigheter til å skape nye muligheter som samfunnets svake grupper kan benytte i forsvaret for sine interesser. Det kan hevdes at det lokale selvstyret har kommet styrket ut når kommunene har fått tildelt flere oppgaver og mer ressurser. Ved at oppgavegjennomføringen desentraliseres, plasseres samtidig den offentlige styringskapasiteten på det kommunale nivået. Det gir både lokalpolitikere, rikspolitikere, og kommunalt ansatte en mulighet til å utvikle gode offentlige tjenester."* (*NOU 2005:6 Samspill og tillit, side 10*)

LHL tolker dette som en betydelig justering av det som var Maktutredningens konklusjon om lokaldemokratiet. Det betyr samtidig ikke at lokalnivået er tilstrekkelig for å sikre likeverdige tilbud til alle.

Den erfaringen som mennesker med kronisk sykdom og funksjonshemming gjennom år har gjort, er at lokaldemokrati er ikke en tilstrekkelig garanti for å få den hjelp som er nødvendig for å leve et fullverdig liv. På mange viktige velferdspolitiske områder vil funksjonshemmede og kronisk syke utgjøre en minoritet og ha andre behov og ønsker enn det flertallet har. I mange kommuner blir dette av ulike årsaker ikke tilstrekkelig hensyntatt. Det gjør at bosted og kommunetilhørighet i mange tilfeller blir avgjørende for hvilket tilbud en får, hvorvidt det fyller dine behov eller om det er mangelfullt.

Etter LHLs mening er det i møte med minoritetene og som ivaretaker av minoritetens interesser, at lokaldemokratiet ikke strekker til. Spesielt påtakelig vil dette bli når kommunene har dårlig økonomi. I ett av vedleggene til utredningen drøfter forsker Dag Arne Christensen dette og viser til Manneråkutvalgets konklusjon om at brukernes rettssikkerhet ikke ivaretas (*NOU 2005:6 Samspill og tillit, vedlegg 3, side 161*). Slik Manneråkutvalget så det, representerer det kommunale selvstyre en barriere for funksjonshemmedes integrering i lokalsamfunnet. Dette betyr at mennesker med funksjonshemming er utestengt fra å delta i samfunnet på linje med andre og fra å ivareta sin borgerrolle.

LHL mener at Manneråkutvalgets oppfatninger er dekkende for hvordan mange kronisk syke og funksjonshemmede opplever samfunnet;: *"Norsk lovgivnings intensjon er at lovverket i alminnelighet skal ivareta rettigheter til mennesker med funksjonsnedsettelse, på linje med andre borgere. Imidlertid er det likevel slik at man på enkelte områder har innsett nødvendigheten av å ha egne rettigheter for denne gruppen implementert i alminnelig lovgivning, for å sikre at formålet med loven faktisk etterleveres."* (*NOU 2001:22 Fra bruker til borger, side 260*) Som eksempel nevnes opplæringsloven. LHL mener at når det nå foreligger et forslag til antidiskrimineringslov, så er det i erkjennelse av at lovgivning for flertallet ikke er tilstrekkelig til å sikre alles interesser.

LHL tror ikke at svaret på en konflikt mellom lokaldemokrati og rettigheter ligger i å nedlegge kommunene eller lokaldemokratiet. Når det er snakk om tjenester og tiltak som skal tilpasses og iverksettes der bruker bor og som krever god kunnskap om lokale forhold, er det helt nødvendig at utformingen gjøres lokalt. Dette vil gjelde for helhetlig rehabilitering og det vil gjelde andre tilrettelagte helse-, pleie- og omsorgstjenester som må tilpasses den enkelte brukers behov.

Utfordringen er å finne løsninger der lokaldemokratiet utvikles samtidig som minoritetenes interesser sikres gjennom lovfesting av rettigheter. Eller sagt på en annen måte: *"Utfordringen i forholdet mellom stat og kommune er å finne et balanseforhold som fungerer, som tar hensyn til behovet for styring og integrasjon, at det tross alt dreier seg om ett politisk system, men som samtidig tillater så mye lokalt handlingsrom at lokal deltakelse, lokalbasert oppgaveløsning og lokalt engasjement har noe for seg"* (*Velferdsstat og lokaldemokrati – to uforenelige størrelser? Anne Lise Fimreite,*

Rokkansenteret, 2002). Det er LHLs mening at hensynet til enkeltmenneskets rettssikkerhet må tillegges større vekt enn hensynet til det kommunale selvstyret.

Lovfestet rett til rehabilitering

LHL mener området rehabilitering er illustrerende både når det gjelder behovet for kommunene som velferdsaktør og behovet for lovfestet juridisk rett til nødvendig rehabilitering. Norske kommuner har siden kommunehelsetjenesteloven trådte i kraft i 1984, hatt rehabilitering som lovpålagt oppgave. Femten år senere la Rehabiliteringsmeldingen til grunn at *"kommunene må ha eit hovedansvar for og den viktigaste koordinerande rolle i rehabiliteringsarbeidet"* (St.meld. nr. 21 (1998-99) *Ansvar og meistring*). I de etterfølgende årene har rehabilitering ikke blitt prioritert verken av lokale eller sentrale myndigheter. Først i 2005 er det igangsatt et arbeid med en nasjonal plan for rehabilitering. LHL mener at mangelen på oppfølging av stortingsmeldingen gjennom planmessig økte bevilgninger i de årlige budsjettene, er et hovedproblem for rehabiliteringsfeltet. Rehabilitering er således et eksempel på at kommunene har fått ansvar for oppgaver uten at det har fulgt med tilstrekkelig økonomiske ressurser.

Hoveddelen av rehabilitering må og bør foregå der folk bor – i kommunene. Derfor er det avgjørende at kommunene også økonomisk blir satt i stand til å ivareta sitt ansvar. LHL mener samtidig dette ikke er tilstrekkelig for å sikre alle et likeverdig tilbud. Derfor mener vi at det rettslige kravet på rehabilitering må styrkes. LHL mener en rett på rehabilitering skal baseres på individuelle planer forankret i brukeren helhetlige fysiske, psykiske og sosiale livssituasjon.

Omsorgslønn som rettighet

I dag er kommunene pålagt å ha en ordning med omsorgslønn under lov om sosiale tjenester. Ordningen gjelder de som har særlig tyngende omsorgsarbeid. Plikten korresponderer imidlertid ikke med noen rett. Det er kommunen som i hvert tilfelle avgjør hvor mange timer det kan betales lønn for og hvilken timesats som skal benyttes. Fordi kommunene mange steder har vært tilbakenholdne med å informere om ordningen, kjenner mange potensielle brukere ikke en gang til ordningen.

LHL mener dette er et annet område hvor målet om likeverdig tjenester ikke innfris. Ordningen praktiseres forskjellig, ytelsene er mange steder lave og lite forutsigbare. Forskjellene er større enn det som lar seg forklare gjennom forskjeller i familienes situasjon. Det mener LHL er uakseptabelt og viser at rettighetsfesting er et nødvendig virkemiddel for å sikre viktige velferdsytelser. LHL krever at omsorgslønn lovfestes som rettighet.

Retten til brukermedvirkning

Sommeren 2005 vedtok Stortinget å lovfeste at alle kommuner skal ha råd for funksjonshemmede, eventuelt annen representasjonsordning for å sikre at funksjonshemmedes organisasjoner fra et tidlig tidspunkt får medvirke i den kommunale planprosessen, og at konsekvenser for personer med nedsatt funksjonsevne blir vurdert inn i alle kommunale planer.

Brukerens rett til medvirkning må være lovfestet både på system- og individnivå. LHL deler Manneråkutvalgets syn på brukervedvirkning "som en demokratisk rettighet som innebærer at enkeltpersoner medvirker i beslutningsprosesser som angår egen livssituasjon (individnivå) eller der representanter for organisasjoner medvirker i utforming av tjenester og tiltak (systemnivå). Brukervedvirkning er en arbeidsmetode som innebærer en kvalitetssikring av tjeneste- og tiltaksutformingen, ved at erfaringsbasert kunnskap overføres til beslutningstakere og tjenesteutøvere. Det er også en strategi for å nå målet om et samfunn for alle." (NOU 2001:22 Fra bruker til borger, side 263)

Manneråkutvalget var imidlertid også klare på at strategien med brukervedvirkning har sine begrensninger i forhold til målsettingen om full likestilling og deltakelse. "Retten til å medvirke i saker som berører egen gruppe, er en demokratisk rett, men demokratiet kunne ikke bestått om dette var den eneste interessen befolkningen ønsket å realisere. Dersom hele befolkningen kun definerte seg som brukere i forhold til staten, ville staten gå i oppløsning fordi hele befolkningen stiller krav uten at noen tar et ansvar for fellesskapet.

.... Dersom mennesker med funksjonsnedsettelse skal sies å ha full samfunnsmessig likestilling, er det en forutsetning at denne gruppen kan delta i den politiske offentligheten på linje med andre." (NOU 2001:22, Fra bruker til borger, side 59).

LHL mener det er feil å se brukervedvirkning som en trussel mot lokaldemokratiet, snarere tvert imot. På mange måter mener LHL brukervedvirkning vil kunne bidra til fornyelse av lokaldemokratiet. Brukervedvirkning vil være en betydelig kunnskaps- og erfaringskilde for lokaldemokratiet og bringe lokaldemokratiet nærmere enkeltmenneskene og deres liv. Brukervedvirkning og deltakelse i frivillig arbeid har vært og vil fortsatt være et betydelig ressurs- og rekrutteringsområde for lokaldemokratiet og vice versa. LHL mener at brukervedvirkning vil være et viktig virkemiddel for å tilrettelegge og utvikle lokaldemokratiet i det moderne samfunn.

Statlig tilsyn med kommunesektoren

LHL har merket seg kommisjonens syn når det gjelder fylkesmannens roller i forhold til tilsyn med kommunesektoren. Kommisjonen mener at fylkesmannens oppgaver bør avgrenses til tilsyn, klage, legalitetskontroll og nødvendig dialog med kommunene. Kommisjonen støtter videre forslagene fra flertallet i det såkalte Tilsynsutvalget (NOU 2004:17 Statlig tilsyn med kommunesektoren) om at omfanget av tilsyn med kommunesektoren bør reduseres. Det er et standpunkt LHL er helt uenig i og som vi i egen høringsuttalelse har gitt uttrykk for. LHL mener statlig tilsyn med kommunesektoren er nødvendig for å sikre at kommunene etterlever regelverket og ivaretar nasjonalt vedtatte mål. LHL vil advare mot at statlig tilsyn med kommunesektoren reduseres og spesielt understreke den betydningen statlig tilsyn har når det gjelder å sikre brukerne tilgang på viktige velferdstjenester. LHL opprettholder sitt syn fra uttalelsen til Tilsynsutvalgets utredning at inntil det foreligger en samlet gjennomgang av dagens tilsynsordninger med kommunesektoren, bør det ikke gjøres endringer i tilsynsordningene.

Kommuneøkonomi

LHL støtter kommisjonens anbefaling om at det må utvikles et system som sikrer at nye statlig initierte reformer som skal iverksettes av kommunene, er tilstrekkelig finansiert. LHL mener også det er viktig slik kommisjonen påpeker at balansen i kommuneøkonomien må gjenopprettes.

Gjennom budsjettforliket høsten 2004 samt i behandlingen av revidert nasjonalbudsjett i vår har kommunene fått styrket sin økonomi. Det er imidlertid ikke slik at det var tilstrekkelig til å gjenopprette balansen i kommunenes økonomi, slik kommisjonen påpeker at det er behov for. LHL mener at dårlig kommuneøkonomi i mange tilfeller er en hovedårsak til at rehabiliteringstilbud ikke er bygget ut og til at pleie- og omsorgstilbudet er mangelfullt.

Økningen i antall eldre og flere gamle eldre vil øke presset på helse-, pleie- og omsorgstjenestene. LHL vil spesielt peke på en sykdomsgruppe som nå øker sterkt i antall – mennesker med kronisk obstruktiv lungesykdom (kols). Det anslås at over 300 000 mennesker har denne sykdommen i Norge, men under halvparten har vært hos lege og fått en diagnose. Det finnes i dag ingen behandling som helbreder kols. Gjennom riktig behandling og rehabilitering kan mennesker med kols opprettholde et brukbart funksjonsnivå mye lengre, forebygge forverringer og derved også beholde en god livskvalitet. Men dette vil forutsette et helsetilbud i kommunene som er langt bedre utbygget enn i dag. LHL mener det må være et viktig mål at alle får et likeverdig og godt tilbud – uahengig av hvilken kommune de har bosted i.

LHL støtter ikke kommisjonen når det gjelder synet på øremerkede tilskudd og at disse skal innlemmes i rammetilskuddet. LHL er av den mening at på områder som har blitt hengende etter og hvor mennesker ikke har fått den hjelp de trenger, er det viktig at staten både kan bruke flere virkemidler – rettighetsfesting og øremerket tilskudd. For å rette opp kommuneøkonomien mener vi det er nødvendig både å øke rammetilskuddet og samtidig sikre prioriterte områder gjennom å tilføre øremerkede ressurser.

Levekår – fordeling og omfordeling

Levekår i samfunnet er et resultat av et komplisert samspill mellom mange aktører – myndigheter, markedet, familie, frivillige organisasjoner osv. Det er i dag omfattende dokumentasjon på at det er betydelige sosiale forskjeller i helse i Norge. Dette gjelder uavhengig av om en bruker utdanning, yrke eller inntekt som mål. Det er betydelige forskjeller innad i kommuner som for eksempel Oslo, mellom kommuner, mellom regioner og mellom landsdeler. Hvis en ser på hjerte-karsykdommer viser både utenlandske og norske studier markerte sosiale forskjeller (*Gradientutfordringen, Sosial- og helsedirektoratets handlingsplan mot sosiale ulikheter i helse, 2005, side 11*).

LHL vil også vise til Manneråkutvalgets utredning hvor de økonomiske levekår for mennesker med funksjonsnedsettelse ble fokusert. Utredningen slo fast at *"personer med funksjonsnedsettelse har langt dårligere samlede levekår enn gjennomsnittet av*

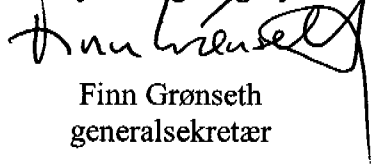
befolkningen" (NOU 2001:22 Fra bruker til borger, side 65) Funksjonshemmedes levekår har ikke blitt forbedret i årene etter at denne utredningen kom.

LHL vil vise til Sosial- og helsedirektoratet som i sin handlingsplan mot sosiale ulikheter i helse uttaler "Arbeidet mot sosial ulikhet i helse handler om å bidra til at alle sosiale lag skal kunne oppnå samme levealder og ha like god helse. Helseforskjeller berører ikke bare bestemte yrkesgrupper eller de fattigste eller de med kortest utdanning" (Gradientutfordringen, Sosial- og helsedirektorates handlingsplan mot sosiale ulikheter i helset, 2005, side 8).

I en ny publikasjon fra Sosial- og helsedirektoratet om sosiale ulikheter i helse sies følgende: "Mekanismene skifter over tid, men roten til det skjeve helsetutfallet ligger alltid i den hierarkiske oppbygningen som gjennomsyrrer samfunnet – i det at det finnes avstand, rangering, fra øverst til nederst. I et slikt perspektiv er altså det sosioøkonomiske hierarkiet i seg selv den ytterste årsak til de sosioøkonomiske helseulikhetene, og allmenn sosial utjevning på alle felt det mest virksomme botemiddelet" (Jon Ivar Elstad (NOVA), Sosioøkonomiske ulikheter i helse – teorier og forklaringer, side 45). Dette og annen ny kunnskap på området gir etter vår mening stadig sterkere bekreftelser på betydningen av at det føres en helsepolitikk som motvirker levekårsforskjeller og en levekårs- og fordelingspolitikk som fremmer folkehelsen. Selv om dette omfatter både sentralt fattede og lokalpolitiske avgjørelser, må hovedlinjene i politikken legges av sentrale myndigheter.

Omfordeling må skje mellom grupper og mellom kommuner. Det kan best ivaretas gjennom statlig styring gjennom tildeling av midler, utforming av et rettferdig skatte- og avgiftssystem og et likeverdig tjenestetilbud. For å sikre enkeltmenneskene nødvendige tjenester på områder som er viktig for å leve et godt liv, er det nødvendig med individuelle rettigheter til tjenestene. Brukeren må ha rett til å delta i utforming og være sikret at tjenestene utformes på brukerens premisser.

Med vennlig hilsen
Landsforeningen
for hjerte- og lungesyke



Finn Grønseth
generalsekretær