



## Møteinnkalling

---

**Utvalg:** FORMANNSKAPET  
**Møtested:** Formannskapssalen - Marker rådhus  
**Møtedato:** 13.01.2011  
**Tidspunkt:** 18.30

---

Forfall meldes på tlf .45406516 eller [hanne.beate.vigen.hattestad@marker.kommune.no](mailto:hanne.beate.vigen.hattestad@marker.kommune.no) som sørger for innkalling av varamenn. Varamenn møter kun ved spesiell innkalling.

<b>Saksnr.</b>	<b>Arkivsaksnr.</b>	<b>Innhold</b>
----------------	---------------------	----------------

---

PS 1/11		<b>Protokoll</b>
---------	--	------------------

PS 2/11	11/7	<b>Høringssvar - Forslag til lov om kommunale helse-og omsorgstjenester</b>
---------	------	---

PS 3/11	11/8	<b>Tilbud om avtale vedrørende kjøp av helhetlig krisesentertilbud til menn</b>
---------	------	---

PS 4/11	11/9	<b>Høring - Folkehelsesloven</b>
---------	------	----------------------------------

**Det blir en orientering fra Kultur og fritid og Haldenvassdragets Kanalselskap.**

Stein Erik Lauvås  
Ordfører

Eva Enkerud  
rådmann



## MARKER KOMMUNE

### Protokoll

---

<b>Saksnr.:</b>	<b>Utvalg</b>	<b>Møtedato</b>
1/11	Formannskapet	13.01.2011

---

Protokoll fra formannskapetets møte 09.12.2010 godkjennes.



## Hørings svar - Forslag til lov om kommunale helse- og omsorgstjenester

---

Saksnr.:	Utvalg	Møtedato
3/11	Oppvekst og omsorgsutvalget	11.01.2011
2/11	Formannskapet	13.01.2011

---

### Rådmannens forslag til vedtak/innstilling:

Forslag til høringsuttalelse fra Marker kommune til lov om kommunale helse- og omsorgstjenester vedtas.

### Bakgrunn:

Marker kommune har følgende merknader til lovforslaget:

Det vises til høringsbrev av 18.10.2010 med høringsfrist 18.1.2011.

Dette er en omfattende lovendring som berører betydelige deler av kommunal tjenesteyting. Det er i et svært omfattende høringsdokument stadig henvist til at departementet kan gi forskrift eller endre gjeldene forskrift. Det betyr at kommunene på nåværende tidspunkt vanskelig fullt ut kan forstå rekkevidden av høringsforlaget.

Generelt må lovforslaget må sees i sammenheng med St.meld.47 om samhandlingsreformen, samt ny lov om folkehelsearbeid og nasjonal helseplan.

Skal samhandlingsreformen bli en vellykket reform er følgende hovedområder vesentlige:

- Likeverdighet i samarbeid mellom kommuner og HF
- Tilstrekkelig kompetanse på alle nivåer
- Tjenestene må finansieres på de nivåer de blir gitt

Marker kommune:

- Støtter innføringen av en "sørge for lov", en overordnet plikt og tjenestelov.
- Støtter også at alle tjenester ytes etter samme lov, med samme ansvarsforhold og samme klagemuligheter og klageinstans. Dette gjør det enklere for både tjenesteytere og befolkningen som tjenestene er beregnet for. Pasientbegrepet utvides og omfatter alle brukere av kommunenes pleie- og omsorgstjeneste og dermed blir omsorgstjenester ansett som helsetjenester.
- Støtter også i stor grad en lovgiving som er mer profesjonsnøytral og diagnoseuavhengig en dagens lovgiving. Dette vil i stor grad gi kommunene muligheter til organisering av tjenester ut i fra lokale behov. Kommunene må selv sørge for å ha den nødvendige kompetanse. Men samtidig kan dette medføre større ulikheter og skjevheter mellom kommunenes tjenestetilbud.
- Støtter kravet om elektronisk dokumentasjon og kommunikasjon. Dette ville lette arbeidet, sikre rask informasjonsstrøm og dermed sikre pasientarbeidet.

- Støtter kravet om forpliktende samarbeidsavtaler mellom HF og kommuner, men avtalene må bygge på likeverdighet.
- Støtter forslaget om at LMS (lokalmedisinske sentre) flyttes fra HF til kommunene. Dette kan gjerne være interkommunale samarbeidsløsninger, hvor flere mindre kommuner kan samarbeide om vanskelige oppgaver. Men det forutsetter at ressursene blir synliggjort og definert. Skal kommunene overta oppgaver fra HF må det følge økonomiske ressurser med.
- Støtter arbeidet for generelt bedre integrerte legetjenester i kommunene. Fastlegene må trekkes mer inn i forebyggende arbeid, ta større ansvar for utsatte grupper. Fastlegene må også i større grad gis muligheter til å delta på samarbeidsmøter særlig rundt risikopasienter. Det er ikke ønskelig at kommunen skal påta seg større finansielt ansvar for kurative tjenester, fastlegeordningen fungerer i mange kommuner godt med den finansieringsordningen som er i dag.  
En forsterket og velfungerende legetjeneste i kommunens helse- og omsorgstjeneste vil være en forutsetning for at kommunene skal kunne påta seg flere oppgaver og ha et større ansvar i helsetjenesten.
- Støtter kravet om kommuneoverlege – medisinsk faglig rådgiver (§5.5). Høringsnotatet savner imidlertid et fokus på rollen som medisinsk faglig rådgiver for den hele kommunale helse- og omsorgstjeneste. Samfunnsmedisinsk kompetanse er viktig for å sikre at kommunen yter forsvarlige tjenester på alle områder. Kommuneoverlegens plassering i det kommunale systemet er viktig mtp rådgivingsfunksjonen.
- Støtter forslaget om finansieringsansvar for utskrivningsklarepasienter, men kommunen må på et overordnet medisinsk nivå kunne kreve å bli tatt med på vurderingen om utskrivningsklarhet for den enkelte pasient. Dette må ikke alene bli overlatt HF.
- Støtter forslaget av ansvar for forsvarlighet på systemnivå. (§4-1)
- Støtter forslaget at individuell plan og en felles koordinator i kommunen er lovfestet.
- Støtter forslaget om at tvangstiltak overfor rusmiddelbrukere nå er omfattet av en helselov, det vil styrke arbeidet for denne pasientgruppen

#### Marker kommune:

- Finner det svært uklart hva som ligger i § 3.2 -6b Heldøgntjenester i eget hjem eller institusjon. Det må presiseres tydeligere hva som ligger som krav til kommunen. Kommunene blir stadig pålagt nye oppgaver og krav og det må derfor spesifiseres hva som ligger i dette punktet. Det må være klart at HF ikke kan diktere kommunene mht oppgaver.  
Vi er usikre om dette vil medføre økte oppgaver, utover det vi har i dag. Skal kommunen få økte oppgaver, må det finansielt sikres at kommunene er i stand til dette og det kommer ikke tydelig frem i forslaget.
- Finner at det er viktig at kommunene har hånd om regien når samhandling drøftes. Samhandlingsreformen er i stor grad en kommunereform.
- Finner at det ikke kan stilles krav om heldøgnsopphold for pasienter med behov for øyeblikkelig helsehjelp, uten samtidig at det sikres tilstrekkelig kompetanse og fullfinansiering. Slike døgnopphold må sikre at kommunen har nødvendig legetjeneste, sykepleietjeneste og bedre tilgang på laboratorietjenester enn sykehjemmene har i dag.
- Skeptisk til en medfinansiering (§11-3) som medfører et stort behov for analyse og kompetanse for organisering av kommunale helsetjenester i et perspektiv med

oppgjørordninger mellom nivåene. Dette vil bli en ordning med betydelige beregningsmessige utfordringer, det kan bli en fare for at pasienten ikke får behandling på riktig kompetansenivå og det kan medføre store byråkratiske kostnader. Vi støtter i denne sammenheng en modell som klarere myndighetsregulerer av hvilke pasienter som skal behandles på spesialistnivå eller i kommunehelsetjenesten. Finansieringen må understøtte denne ordningen.

- Finner at ansvarsområde mellom stat og kommuner, lovens virkeområde (§1-2) er dårlig beskrevet. Her skal HOD i forskrift eller i enkelte tilfeller bestemme hva som er helse- og omsorgstjenester etter loven
- Finner det uklart hva som ligger i hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner (§3-2 - 3) utover det som er krav i dag.
- Finner at det i lovforslaget er skrevet lite om hvordan utdanningskapasitet og innhold skal i møtekomme krav i ny lov. Utdanningskapasiteten og utdanningsinnhold må tilpasses ut fra behovene for kompetanse i kommunene og helseforetak. Forskningsinnsatsen og kunnskapsutviklingen må øke betraktelig. Utvikling av samhandlingskompetanse er viktig på begge forvaltningsnivåene. Målet med Kompetanseløftet 2015 er å bidra til tilstrekkelig, kompetent og stabil bemanning i omsorgstjenesten., Skal kommunene lykkes med dette er det nødvendig med tilstrekkelige statlige økonomiske tilskuddsordninger for å stimulere ansatte til å ta utdanning på ulike nivå.
- Kommunens ansvar for helsefremmende og forebyggende arbeid §§ 3-3 og 3-4 framhever kommunens plikt til å identifisere og ha oversikt over innbyggernes helsetilstand. Etter vår mening omfatter dette samtlige innbyggere. Vil det være mulig for en kommune å ha en slik oversikt? Vi mener det må tydeliggjøres bedre hva og hvem som skal omfattes av en slik kartlegging og oversikt. Hvilke systematiske tiltak er kommunen pliktet til å igangsette, og hvordan skal dette praktisk gjøres?

#### Finansiering:

Det er forutsatt at det skal gis kompensasjon for økte kommunale kostnader knyttet til henholdsvis kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunal betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter fra første dag. For begge disse endringene er det forutsatt videre utredning av økonomiske virkninger og hvordan kompensasjon skal tilføres kommunene.

Det er behov for en grundig kostnadsberegning av kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenestene.

Nye oppgaver må fullfinansieres. Dette er avgjørende for å kunne gi pasienten / brukeren nødvendig trygghet og forsvarlighet i tilbudet.



## Tilbud om avtale vedrørende kjøp av helhetlig krisesentertilbud til menn

---

Saksnr.:	Utvalg	Møtedato
4/11	Oppvekst og omsorgsutvalget	11.01.2011
3/11	Formannskapet	13.01.2011

---

### Rådmannens forslag til vedtak/innstilling:

Marker kommune inngår avtale om kjøp av krisesentertilbud til menn ved Krisesenteret for Fredrikstad og Hvaler.

### Bakgrunn:

Den nye loven om kommunale krisesentertilbud (krisesenterlova) trådte i kraft fra 1.1.2010. Fredrikstad og Hvaler kommuner har for å ivareta kravene i loven hatt drift av helhetlig krisesentertilbud ute på konkurranse med forhandling i ett trinn etter Lov om offentlige anskaffelser. De inngikk i oktober d.å avtale med Blå Kors Fredrikstad om driften for perioden 1.1.2011 – 31.12.2014 og med opsjon på ytterligere 2+2 år. Inkludert i avtalen er også ivaretagelse av lovens krav om et helhetlig krisesentertilbud til menn.

I brev av 6.desember 2010 tilbys kommune i Indre Østfold og Mosseregionen å inngå forpliktende avtale om kjøp av krisesentertilbud til menn ved dette Krisesenteret. Innholdet i tjenestene som ytes ved senteret framkommer av vedlagte løsningsspesifikasjon.

Det helhetlige tilbudet til menn har en kostnadsramme på totalt kr. 1.600.000. Det tilbys inngåelse av en forpliktende avtale basert på kostnad beregnet ut fra innbyggertall i den enkelte kommune. Tar vi utgangspunkt i at alle kommuner i hhv. Mosseregionen og region Indre Østfold blir med, vil utgifter pr. region beløpe seg til ca.kr. 475.000. Det endelige beløpet den enkelte kommune vil måtte inngå avtale om er avhengig av hvor mange kommuner som finner det interessant og mulig å delta.

Fredrikstad kommune og Hvaler kommune ber om rask tilbakemelding fra de forespurte kommunene om det er aktuelt med en slik avtale og varsler en spesifisert oversikt over kostnader så fort som mulig.

### Vurdering:

Rådmannen viser til det lovpålagte tilbudet om å kunne tilby krisesentertilbud også til denne gruppen. En kan ikke se at det er andre bedre og rimeligere alternativer til det mottatte tilbudet. Det anbefales derfor at tilbudet aksepteres. Da det den endelige kostnadsfordelingen ikke blir klar før det er klart hvor mange kommuner som vil delta, må egen sak om finansiering legges frem seinere når dette er avklart.

**Vedlegg:**

Løsningsspesifikasjon for drift av krise- og incestsenter for kommunene Fredrikstad og Hvaler.



## Høring - Folkehelseloven

---

Saksnr.:	Utvalg	Møtedato
5/11	Oppvekst og omsorgsutvalget	11.01.2011
4/11	Formannskapet	13.01.2011

---

### Rådmannens forslag til innstilling:

Forslag til høringsuttalelse fra Marker kommune til Folkehelselov vedtas.

### Bakgrunn:

Helse- og omsorgsdepartementet la i sitt høringsnotat av 18.10.2010 fram forslag til ny folkehelselov. Høringsfristen er satt til 18. januar 2011.

I følge departementet er forslag til ny folkehelselov en oppfølging av St.meld nr 47 (2008 — 2009) Samhandlingsreformen. I tillegg er det departementets intensjon at den nye loven skal følge opp elementer av høringen fra lov om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet, samt nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller (St.meld nr 20 (2006 — 2007)). Ny folkehelselov er et viktig tiltak for å kunne nå samhandlingsreformens intensjon om å forebygge mer og bedre. Under Stortingets behandling av samhandlingsmeldingen ble det blant annet uttalt at kommunene gjennom lovverket skulle gis et tydelig ansvar som gjenspeiler folkehelseperspektivet, forebygging og tidlig intervensjon.

Formålet med den nye folkehelseloven er å bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse og motvirker sosiale helseforskjeller. Loven skal tydeliggjøre ansvar og oppgaver, samt gi kommunene og fylkeskommunene et bedre verktøy. Bestemmelser som omfatter miljørettet helsevern, som i dag ligger i Kommunehelsetjenesteloven, er foreslått tatt inn i den nye folkehelseloven.

Hovedtrekkene i lovforslaget er at:

- Ansvar for folkehelsearbeidet legges til kommunene som sådan. I dag ligger ansvaret i kommunen ved helsetjenesten. Forslaget innebærer at kommunene skal bruke alle sine sektorer for å fremme folkehelse, ikke bare helsesektoren.
- Kommunen skal fastsette mål og strategier for folkehelsearbeidet egnet til å møte kommunens egne helseutfordringer. Mål og strategier skal forankres i planprosessene etter plan- og bygningsloven.
- Kommunens ansvar for å ha oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer blir konkretisert, slik at de får et tydelig bilde av hva som er de lokale helseutfordringer i den enkelte kommune. Statlige helsemyndigheter og fylkeskommunen skal gjøre opplysninger tilgjengelig og understøtte kommunen.
- Kommunen skal iverksette nødvendige tiltak for å møte lokale utfordringer.



**Vurdering:**

Marker kommune har følgende merknader til lovforslaget:

Kommunen ser positivt på at lovens formål har et større fokus på å fremme folkehelse og bidra til å motvirke sosiale helseforskjeller.

Samtidig er vi usikre på om lovforslaget alene er et egnet verktøy til å bidra til å minske de sosiale helseforskjellene i landet, uten at dette skal ha betydelige økonomiske eller administrative konsekvenser for kommunene.

En ser at det i lovutkastet forutsettes at kommunene innehar en betydelig samfunnsmedisinsk kompetanse. Det er positivt, samtidig som en ønsker å påpeke at det allerede i dag er store utfordringer knyttet til å rekruttere tilstrekkelig samfunnsmedisinsk kompetanse i både sentrale, regionale og lokale stillinger. Det framgår ikke av høringen hvilke nødvendige tiltak sentrale myndigheter planlegger for å bedre denne situasjonen.

Finansiering:

Det forutsettes at det sikres full finansiering av nødvendige ressurser til investeringer og drift knyttet til oppgavene som tillegges kommunene. Det påpekes at forebyggende arbeid i seg selv er langsiktig, og at lovforslaget krever rekruttering av medarbeidere med høy og dels spesialisert kompetanse.

**Konklusjon:**

Forslag til høringsuttalelse fra Marker kommune til Folkehelselov vedtas.

**Vedlegg:**

Utkast til lov om folkehelsearbeid.

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/hoeringer/hoeringsdok/2010/horing1/horingsnotat.html?id=621030>