

Vedlegg til saker Hovedstyrets møte 270509

09/39 KS hedersmerke og medalje - justering

Vedlegg 1

VEDTEKTER FOR KOMMUNENES SENTRALFORBUNDS HEDERSMERKE

Vedtatt av Sentralstyret i Kommunenes Sentralforbund 13. desember 2000.
Justert i KS Hovedstyre 27. mai 2009.

§ 1

KS' hedersmerke tildeles til tilsatte i kommuner og fylkeskommuner; kommunale, fylkeskommunale og interkommunale virksomheter og organisasjoner for kommuner og fylkeskommuner.

§ 2

For tildeling kreves vanligvis minst 25 års tjenestetid.

§ 3

Vedkommende formannskap, fylkesutvalg eller styre kan søke om tildeling av hedersmerket. Søknaden fremmes på KS' søknadsskjema. Merket tildeles i disse tilfellene av administrerende direktør i KS eller den administrerende direktør gir fullmakt.

Merket kan også tildeles av KS på eget initiativ. I disse tilfellene tildeles merket av Hovedstyret.

§ 4

Avgjørelser om tildeling av merket grunngis ikke.

§ 5

Hovedstyret i KS fastsetter avgift for merket.

§ 6

Navnene til de personene som er tildelt merket, skal føres inn i en protokoll som oppbevares av administrasjonen i KS.

Vedlegg 2

VEDTEKTER FOR KS' MEDALJE

Vedtatt av Sentralstyret i KS 13. desember 2000 og justert i 9. desember 2004.
Justert av KS Hovedstyre 27. mai 2009.

§ 1

KS' medalje tildeles folkevalgte eller tilsatte i kommuner eller fylkeskommuner som har utført en fortjenstfull samfunnsgavnlig virksomhet av særlig betydning for sin kommune eller fylkeskommune.

§ 2

For folkevalgte kreves vanligvis at vedkommende har hatt tillits- og eventuelt tjenesteoppdrag i minst 24 år.

For tilsatte kreves vanligvis at vedkommende har vært tilsatt i minst 25 år.

For begge grupper kan inntil tolv års tjenestetid i kommunalt, fylkeskommunalt eller interkommunalt eide virksomheter eller i organisasjoner for kommuner telle med.

For folkevalgte regnes verv som medlem av Hovedstyret i KS med. Åtte års tjenestegjøring som medlem av Hovedstyre er selvstendig grunnlag for tildeling av medaljen.

§ 3

Vedkommende formannskap eller fylkesutvalg kan søke om tildeling av medaljen. Søknaden fremmes på KS' søknadsskjema. Medaljen tildeles i disse tilfellene av administrerende direktør i KS eller den administrerende direktør gir fullmakt.

Medaljen kan også tildeles av KS på eget initiativ. I disse tilfellene tildeles medaljen av Hovedstyret, eventuelt etter forslag fra fylkestyrene.

§ 4

Avgjørelser om tildeling av medaljen grunngis ikke.

§ 5

Hovedstyret i KS fastsetter avgift for medaljen. Avgiften betales av den instans som har tatt initiativet til tildelingen.

§ 6

Navnene til de personer som er tildelt medaljen, skal føres inn i en protokoll som oppbevares av administrasjonen i KS.

Vedlegg 3

KS´ medalje og KS´ hedersmerke - veiledende retningslinjer for bruk

KS´ medalje er ikke en orden og kan derfor ikke bæres på uniform. Den kan bæres på antrekk som mørk dress, smoking og kjole og hvitt. Tilsvarende for kvinner.

KS´ hedersmerke kan bæres på alle typer antrekk, men ikke uniform.

Vedlegg til sak 09/42 Veileder for samarbeid mellom helseforetak og kommuner om elektronisk samhandling

Vedlegg 1

KS

NIKT

Veileder for samarbeid mellom helseforetak og kommuner om elektronisk samhandling

Rapport fra arbeidsgruppe

1. Innledning og sammendrag

1.1 Innledning

En arbeidsgruppe oppnevnt av KS og Nasjonal IKT har arbeidet med utvikling av en veileder for samarbeid om elektronisk samhandling mellom helseforetak og kommuner. Formålet er å gi råd om hvordan slikt samarbeid mest hensiktsmessig kan organiseres og gjennomføres. Arbeidet har tatt utgangspunkt i Nasjonal rammeavtale om samhandling på helse- og omsorgsområdet, Samspill 2.0 og eKommune 2012.

1.2 Sammendrag

Arbeidsgruppen anbefaler at samarbeid om elektronisk samhandling organiseres på tre nivåer:

- Mellom KS sentralt og de regionale helseforetakene/Nasjonale IKT, evt. innenfor ny nasjonal IKT-enhet
- Mellom regionale helseforetak og KS i fylkene/regionalt
- Lokalt mellom det enkelte helseforetak og kommuner i foretaksområdet

Arbeidsgruppen foreslår at det etableres følgende samarbeidsarenaer:

- Et sentralt samarbeidsutvalg mellom KS og RHF´ene/Nasjonale IKT, evt. et samarbeidsforum innenfor ny nasjonal IKT-enhet

- Et samarbeidsorgan mellom det regionale helseforetaket og kommuner i helseregionen representert ved KS i fylkene/regionalt
- En eller flere årlige e-samhandlingskonferanser i helseregionen

Arbeidsgruppen har utarbeidet forslag til avtale om elektronisk samhandling som tillegg til den generelle samarbeidsavtalen mellom helseforetak og kommuner.

2 Bakgrunn

2.1 Rammeavtale om samhandling på helse- og omsorgsområdet

Helse- og omsorgsdepartementet og KS inngikk 21.06.07 en *nasjonal rammeavtale om samhandling på helse- og omsorgsområdet*. Formålet med rammeavtalen er å understøtte inngåelse av lokale avtaler og danne grunnlag for samhandling mellom likeverdige parter. De lokale avtalene skal bidra til bedre samarbeid om pasienter og brukere som trenger både kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenester.

Rammeavtalen er forankret i Nasjonal helseplan, Omsorgsmeldingen og konsultasjonsordningen mellom Regjeringen og KS. Den skal ses i sammenheng med avtalen om kvalitetsutvikling i helse- og omsorgstjenesten, som gjelder fram til september 2010. Rammeavtalen legger eksisterende overordnede ansvars- og organisasjonsstrukturer til grunn.

I rammeavtalen forplikter KS seg til å bidra til bedre samhandling på IKT-området gjennom strategiutvikling, standardisering og kompetanseutvikling og til å samarbeide med staten om standardiserte IKT-løsninger som styrker samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

Helse- og omsorgsdepartementet forplikter seg til å bidra til at teknologiske løsninger understøtter god samhandling, og vurdere om det skal innføres godkjenning av standarder for elektronisk samhandling og krav til bruk. Departementet forplikter seg også til å etablere samarbeidsordninger som bidrar til likeverdighet i arbeidet med utvikling av IKT-løsninger.

Avtalepartene har sammen utarbeidet en veileder for å understøtte kommuner og helseforetak i arbeidet med lokale samarbeidsavtaler.

Veilederen redegjør for hvordan slike avtaler bør forankres og hvilke arenaer, prosesser og organisatoriske tiltak som bør etableres. Bl.a. anbefales at avtalene omhandler tilrettelegging for bedre elektronisk informasjonsutveksling og samhandling.

2.2 Samspill 2.0 Nasjonal strategi for elektronisk samhandling i helse- og omsorgssektoren 2008-2013

Samspill 2.0 handler om hvordan informasjons- og kommunikasjonsteknologi kan bidra til bedre kvalitet i helse- og omsorgstjenestene gjennom god samordning og kontinuitet i tjenestetilbudet, samt god ressursutnyttelse.

Strategidokumentet viser til at det er inngått en nasjonal rammeavtale om samhandling på helse- og omsorgsområdet mellom Helse- og omsorgsdepartementet og KS som et middel for å få til styrket samhandling på tvers av nivåene i sektoren, og at partene har forpliktet seg til å bidra til at teknologiske løsninger understøtter god samhandling.

I Samspill-planens innsatsområde 2, Kommunesatsing, er det satt opp følgende tiltak: *”KS og Nasjonal IKT skal utarbeide forslag til lokale samarbeidsavtaler for elektronisk samhandling mellom kommuner og helseforetak”*

I 2.3 eKommune 2012 – lokal digital agenda

KS har utarbeidet en strategi- og handlingsplan for IKT i kommunesektoren, *eKommune 2012 – lokal digital agenda*. Det er dessuten laget en egen delplan om *IKT i helse og omsorg 2008-2012*. Et av satsingsområdene i planen er *Samordning av IKT-utviklingen i kommunenes helse- og omsorgstjeneste*. Det påpekes bl.a. at samarbeid på IKT-området må finne sin naturlige plass innenfor det samarbeidsopplegget som er etablert gjennom den nasjonale rammeavtalen, og at det er viktig at lokale og regionale samarbeidsavtaler omfatter elektronisk samhandling. Det påpekes også at lokale samarbeidsfora mellom det enkelte helseforetak og tilhørende kommuner bør drøfte elektronisk samhandling, og at det også bør vurderes samarbeidsfora mellom de regionale helseforetakene og regionale sammenslutninger av kommuner organisert gjennom KS regionalt.

Planen inneholder en målsetting om at kommunene skal ha etablert samarbeidsavtaler mellom lokale og regional helseforetak som inkluderer elektronisk samhandling i løpet av 2010. Som tiltak for å understøtte realiseringen av målsettingen heter det at *”KS vil i samarbeid med Nasjonal IKT utvikle en modell for samarbeid om elektronisk samhandling mellom helseforetak og kommuner.”*

2.4 Samhandlingsreformen

Regjeringen arbeider med en reform for å styrke samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og helse- og omsorgstjenesten i kommunene. Det er etablert et samhandlingsprosjekt i Helse- og omsorgsdepartementets regi som bl.a. inkluderer et eget delprosjekt om IKT som virkemiddel for god samhandling. Det er i tillegg satt i gang utredning av en ny nasjonal enhet for IKT på helse- og omsorgsområdet med utgangspunkt i Norsk Helsnett. Staten sentralt skal være eier av den nye enheten og eierskapet skal forvaltes av HOD.

Organisering av samarbeidet sentralt mellom KS og de regionale helseforetakene vil være avhengig av hvilke funksjoner som legges til den nye enheten og hvordan enheten organiseres og finansieres. Ikke minst vil det være avgjørende hvilke styringsfunksjoner enheten tillegges og hvilken rolle KS er tiltenkt i denne forbindelse.

3. Arbeidsgruppe

3.1 Etablering og sammensetning

KS' fagråd for IKT i helse- og omsorgstjenesten drøftet i møte 28.08.07 forslag om etablering av arbeidsgruppe for å utvikle samarbeidsavtale og modell for samarbeid om elektronisk samhandling mellom helseforetak og kommuner. Forslaget ble oversendt Nasjonal IKT som senere utpekte 3 representanter til arbeidsgruppen.

Arbeidsgruppen har hatt følgende sammensetning:

Evvy-Anni Evensen, Lyngdal kommune/KS' Fagråd (leder)
Helge Garåsen, Trondheim kommune/KS' Fagråd (senere erstattet av Tor-Erling Evjen)
Henning Augdal, Tromsø kommune/KS IKT-forum
Torunn Skancke, Helse Sør-Øst
Bjørn Nilsen, Helse Nord
Svend B. Jacobsen, Helse Vest (senere erstattet av Åge Håland)

Kjersti Halvorsen Engeseth, Helsedirektoratet, har deltatt på flere av arbeidsgruppens møter

Svein Erik Wilthil i KS har vært sekretær for gruppen.

3.2 Mandat

Følgende mandat ble foreslått på møte i KS' Fagråd 28.08.07 og senere godkjent på arbeidsgruppens første møte 01.01.08:

"Det nedsettes en arbeidsgruppe som får i oppdrag å utvikle en normalavtale og modell for etablering av likeverdig samarbeid mellom helseforetakene og kommunene om elektronisk samhandling. Modellen skal ta utgangspunkt i Rammeavtalen for samhandling mellom 1. og 2. linjetjenesten som er inngått mellom HOD og KS. Arbeidsgruppen skal bestå av 3 representanter fra helseforetakene og 3 representanter fra kommunene. NIKT og KS oppnevner hver sine representanter og dekker representantenes utgifter til reiser etc. i forbindelse med gruppens møter"

3.3 Arbeidsform

Arbeidsgruppen har hatt 6 møter. I tillegg er det gjennomført en workshop med representanter for kommuner, RHF/HF, HOD/Hdir., KS sentralt og regionalt, KITH og NST.

4. Modell for samarbeid om elektronisk samhandling

Det generelle samarbeidet mellom helseforetakene og kommunene er i dag ulikt organisert. Mange steder er det etablert samarbeidsavtaler mellom det enkelte sykehus og nærliggende kommuner. Andre steder er det etablert samarbeidsavtale mellom helseforetaket og kommunene i foretaksområdet,

ofte representert ved KS lokalt. I én helseregion er det etablert samarbeidsavtale mellom det regionale helseforetaket og kommunene i helseregionen representert ved KS.

Samarbeid om elektronisk samhandling bør skje innenfor det organisasjonsmønster som etableres generelt. Arbeidsgruppen vil likevel peke på at kompetansebehovet, særlig i de mindre kommunene, tilsier at samarbeidet best kan tilrettelegges innenfor en regional modell.

4.1 Behovet for elektronisk samhandling

IKT-systemer som formidler presis informasjon om behandlings- og omsorgsopplegg er et svært viktig virkemiddel for sammenhengende behandlingsskjeder og god samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og helse- og omsorgstjenesten i kommunene. IKT-systemene må legge til rette for løpende dialog mellom behandlings- og omsorgsansvarlig personell knyttet til hver enkelt pasient. Medisinsk og pleiefaglig informasjon må kunne formidles raskt og effektivt i forbindelse med innleggelse på helseinstitusjoner, utskrivning til pleie- og omsorgstjenesten i kommunene og ved poliklinisk behandling. Behovet for elektronisk samhandling er særlig knyttet til følgende tjenester:

- Henvissningsmelding
- Innleggelsesmelding
- Utskrivningsmelding
- Dialogmelding
- Epikrise
- Videokonferanse
- Overføring av røntgenbilder
- Laboratoriesvar

Det vil trolig etter hvert utvikles behov for elektronisk samhandling på stadig flere områder, bl.a. knyttet til telemedisinske tjenester.

4.2 Forutsetninger for elektronisk samhandling

Gjennom regelverket for helse- og omsorgstjenestene er det gitt bestemmelser som har særskilt betydning for samarbeidet mellom kommunenes helse- og sosialtjeneste og spesialisthelsetjenesten, bl.a. når det gjelder krav til informasjonssikkerhet og behandling av personopplysninger. Disse kravene er samlet i Norm for informasjonssikkerhet i helse- og sosialsektoren.

Teknisk, semantisk og organisatorisk interoperabilitet er viktige forutsetninger for elektronisk samhandling. Teknisk interoperabilitet forutsetter utvikling og implementering av løsninger basert på felles standarder og at alle enheter er koblet til et sikkert felles kommunikasjonsnett. Like viktig som teknisk interoperabilitet er semantisk interoperabilitet, dvs. at begreper som formidles er definert på samme måte. Samtidig er det avgjørende at elektronisk samhandling ikke isoleres til teknologiutvikling. Det må parallelt arbeides med øvrige faktorer som påvirker informasjon og kommunikasjon mellom

virksomheter og forvaltningsnivåer, slik som kompetanse, holdninger, rutiner, finansieringsordninger mv.

Organisatorisk interoperabilitet er avhengig av at det er etablert arenaer, avtaler og rutiner som sikrer at teknisk og semantisk interoperabilitet utvikles og vedlikeholdes og at alle forhold som berører elektronisk samhandling håndteres i fellesskap. Likeverdighet er en grunnleggende forutsetning for velfungerende organisatorisk interoperabilitet.

4.3 Ansvars- og oppgavefordeling

4.3.1 Spesialisthelsetjenesten

Helse- og omsorgsdepartementet har det overordnede ansvaret for spesialisthelsetjenesten og er eier av de regionale helseforetakene. De regionale helseforetakene styres gjennom et omfattende lovverk og vilkår knyttet til årlige bevilgninger. Regionale helseforetak skal etter departementets retningslinjer planlegge og organisere spesialisthelsetjenesten. Videre skal regionale helseforetak legge til rette for forskning og undervisning.

Helseforetakene er utøvere av spesialisthelsetjenester og har det daglige samarbeidet med andre helseaktører om behandling av pasientene. Styret i regionalt helseforetak treffer vedtak om å opprette helseforetak og beslutter dets vedtekter. I vedtektene skal blant annet nedfelles helsepolitiske, utdanningspolitiske og forskningspolitiske målsettinger samt oppgaver for helseforetakets virksomhet, herunder hvilke helsetjenester som skal ytes, hvilke undervisningsoppgaver og forskningsoppgaver helseforetaket skal ha, samt rammebevilgningene for helseforetaket og rammer for låneopptak.

Det regionale helseforetaket kan gjennom sin eierstyring stille krav om innbyrdes samarbeid mellom enkeltforetakene og i forhold til primærhelsetjenesten. Slike krav kan også stilles i forhold til standardisering av IT-systemer, rapporteringsrutiner og systemer for kvalitetssikring.

Administrativ ledelse i det enkelte helseforetak vil normalt være ansvarlig for å inngå evt. samarbeidsavtale med kommuner og andre aktører.

4.3.2 Kommunale helse- og omsorgstjenester

Helse- og omsorgstjenesten i kommunene omfatter bl.a. fastlegeordningen, pleie- og omsorgstjenester, rusarbeid og psykisk helsevern, habilitering og rehabilitering, helsestasjons- og skolehelsetjeneste. Tjenestene finansieres i hovedsak gjennom det generelle inntektssystemet for kommunene.

Kommunene står fritt til å velge organisatoriske løsninger for å ivareta sitt ansvar for å yte helse- og omsorgstjenester, men organiserer stort sett tjenestene i ulike kommunale etater og virksomheter. Kommunene inngår driftsavtaler med fastleger, ikke offentlige fysioterapeuter og annet helsepersonell samt private sykehjem.

Drift av kommunale IKT-løsninger kan være sentralisert eller desentralisert til ulike etater og virksomheter. Mange kommuner deltar dessuten i

interkommunalt driftssamarbeid. Helse- og omsorgssystemene er av sikkerhetshensyn fysisk skilt fra kommunens øvrige systemer. Politisk og administrativ ledelse i kommunen er ansvarlig for å inngå evt. samarbeidsavtaler med helseforetak og andre aktører. Vanligvis vil det være rådmannen som inngår slike avtaler på kommunens vegne.

4.3.3 KS

KS er organisert med et sentralt kontor i Oslo og lokale kontorer i hvert fylke, inkl. Oslo. KS har et hovedstyre som oppnevnes av Landstinget etter kommunevalget hvert 4. år. I hvert fylke er det et politisk valgt fylkesstyre og et rådmannsutvalg.

KS sentralt har fagkompetanse på en rekke områder, herunder helsefag og IKT. Helse er en av 3 hovedsatsinger for KS i 2009. Det er etablert et helseteam som har ansvar for satsingen, herunder oppfølging av samhandlingsreformen. En særskilt eKommune-gruppe har ansvar for oppfølging av eKommune 2012 med delplaner. Det er også etablert et eget fagråd for IKT i helse og omsorg.

Fylkeskontorene ledes av regionledere som har ansvar for flere lokalkontorer (unntatt Oslo). Det er etablert følgende KS-regioner:

Oslo
Østfold/Akershus
Hedmark/Oppland
Buskerud/Vestfold/Telemark
Aust-Agder/Vest-Agder
Rogaland/Hordaland/Sogn og fjordane
Møre og Romsdal/Sør-Trøndelag/Nord-Trøndelag
Nordland/Troms/Finnmark

Fylkeskontorene har generelt begrenset fagkompetanse, men har betydelig organisasjonskompetanse. Fylkeskontorene arrangerer møter, kurs og seminarer for folkevalgte og administrative ledere og organiserer ulike prosjekter etter oppdrag fra fylkesstyret. Medlemmer til samarbeidsutvalg mellom RHF/HF og kommunene vil kunne oppnevnes av fylkesstyrer og/eller rådmannsutvalg og samordnes regionalt i regi av KS.

4.4 **Samarbeidsnivåer og fordeling av samarbeidsoppgaver**

Samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og helse- og omsorgstjenesten i kommunene om elektronisk samhandling bør foregå på tre nivåer:

- Mellom KS sentralt og de regionale helseforetakene/Nasjonale IKT, evt. innenfor en ny nasjonal enhet for IKT på helse- og omsorgsområdet
- Mellom RHF og kommunene i helseregionen organisert gjennom KS i fylkene/regionalt
- Mellom det enkelte HF og den enkelte kommunene i foretaksområdet

4.4.1 Samarbeid på sentralt nivå

Samarbeidsoppgaver på sentralt nivå bør bl.a. omfatte strategier for samordnet utvikling og bruk av elektroniske samhandlingsløsninger, herunder forholdet til leverandørmarkedet og andre aktører på helse- og omsorgsområdet, samt utvikling og bruk av det nasjonale helsenettet. Samarbeidsoppgavene bør også omfatte utvikling av felles arkitekturprinsipper, prioritering av standardiseringstiltak og utvikling av planer for implementering av standarder. Andre felles oppgaver på sentralt nivå kan være kartlegging av utviklingen innenfor elektronisk samhandling og drøfting av planer for kompetanseutvikling av helse- og omsorgspersonell. I tillegg bør samarbeidet omfatte oppfølging og videre utvikling av samarbeidsmodeller og -avtaler, herunder avklaring av eventuelle konfliktområder. Helsedirektoratet bør delta i samarbeidet.

4.4.2 Samarbeid på regionalt nivå

Samarbeidsoppgaver på regionalt nivå bør bl.a. omfatte oppfølging av nasjonale strategier og avtaler, utforming av eventuelle regionale samarbeidsavtaler, utforming av forslag til samarbeidsrutiner mellom helseforetak og kommuner, planlegging og gjennomføring av tiltak for implementering av standarder, fellesløsninger og kompetanseutviklingstiltak, samt andre tiltak for å støtte lokalt samarbeid mellom helseforetak og kommuner.

4.4.3 Samarbeid på lokalt nivå

Samarbeid på lokalt nivå mellom det enkelte helseforetak og ”tilhørende” kommuner bør i første rekke omfatte etablering av konkrete samarbeidsrutiner og planlegging og tilrettelegging av andre praktiske samhandlingstiltak. Samarbeidet bør også bidra til avklaring av mulige konflikter og utfordringer som krever løsning på regionalt eller sentralt nivå.

4.5 **Samarbeidsorganer**

Arbeidsgruppen foreslår at det etableres følgende samarbeidsorganer:

- Nasjonalt samarbeidsutvalg mellom KS og de regionale helseforetakene/Nasjonale IKT, evt. innenfor rammen av en ny nasjonal enhet for IKT.
- Administrativt samarbeidsutvalg mellom RHF og KS i fylkene/regionalt
- Helsefaglig samarbeidsutvalg mellom RHF/HF og kommunene i foretaksområdet
- E-samhandlingskonferanse

I helseregioner som dekker store geografiske områder og et stort antall kommuner bør det vurderes å etablere flere regionale samarbeidsutvalg og flere e-samhandlingskonferanser.

4.5.1 Nasjonalt samarbeidsutvalg mellom KS og de regionale helseforetakene/
Nasjonal IKT

Organiseringen av det praktiske samarbeidet mellom KS og de regionale helseforetakene må avklares innenfor arbeidet med utredning og etablering av ny nasjonal IKT-enhet. Helsedirektoratet bør delta i samarbeidet.

4.5.2 Samarbeidsutvalg mellom HF/RHF og kommunene representert ved KS i fylkene/regionalt

Der det etableres politisk/administrativt samarbeidsutvalg mellom det regionale helseforetaket og kommunene i helseregionen bør minst ett møte hvert år benyttes for å drøfte saker av prinsipiell art relatert til elektronisk samhandling. Det samme gjelder der hvor det er etablert politisk/administrative samarbeidsutvalg mellom det enkelte helseforetak og kommunene i foretaksområdet. På slike møter bør representanter for IKT-ledelse i helseforetakene og kommunene delta.

I regioner/foretaksområder der det er etablert helsefaglig samarbeidsutvalg bør dette utvalget beskrive samhandlingsprosessene som skal understøttes av IKT og gi råd om implementering og forvaltning av de elektroniske samhandlingsløsningene. Representanter for IKT-ledelse i kommunene og helseforetakene bør i så fall delta i det helsefaglige samarbeidsutvalget.

Alternativt kan det etableres et eget IKT-faglig utvalg for elektronisk samhandling som rapporterer til det helsefaglige samarbeidsutvalget. Utvalget bør bestå av 3-4 representanter fra hver av partene., hvorav minst halvparten bør ha IKT-kompetanse og god kjennskap til elektronisk samhandling.

Kommunenes representanter i administrative og helsefaglige samarbeidsutvalg på HF/RHF-nivå bør oppnevnes av KS i fylkene/regionalt. Partene dekker kostnadene for egne representanters deltakelse i utvalget.

4.5.3 E-samhandlingskonferanse

Saker som gjelder elektronisk samhandling bør kunne drøftes på den/de generelle samhandlingskonferansen(e) i helseregionen. Alternativt bør det arrangeres e-samhandlingskonferanse(r) i tilknytning til de(n) generelle samhandlingskonferansen(e). Konferansen(e) bør være arena for dialog om saker som er relevante for utviklingen av elektronisk samhandling mellom spesialisthelsetjenesten, helse- og omsorgstjenesten i kommunene, fastlegene og andre aktører. Deltakere på konferansen(e) bør være administrativ ledelse, faglig ledelse og IKT-ledelse fra kommuner og helseforetak, pasient/brukerrepresentanter samt representanter fra aktuelle fagforeninger.

Konferansen(e) bør planlegges og gjennomføres i regi av det helsefaglige samarbeidsutvalget. Det regionale helseforetaket dekker kostnadene til planlegging og gjennomføring av konferanse(e). Deltakerne dekker egne kostnader til reise- og opphold mv.

5. Samarbeidsavtaler

Avtale om samarbeid for elektronisk samhandling kan enten

- a) inkluderes i den generelle samarbeidsavtalen mellom RHF/HF og KS/kommunene
- b) utformes som tilleggsavtale til den generelle samarbeidsavtalen.

Formålet bør uansett være å etablere nødvendige arenaer og prosesser for å sikre framdrift i elektronisk samhandling. Slike arenaer må baseres på likeverdighet mellom partene og respekt for hverandres roller, verdier og kompetanse.

Følgende kriterier er viktige for godt samarbeid:

- Tett dialog og regelmessige møter
- Kontinuerlig drøfting av muligheter for implementering av elektronisk samhandling
- Ta utgangspunkt i tjenestelige behov og prosesser
- Understøtte helhetlige behandlings- og omsorgskjeder
- Forankring på høyt ledernivå – både i kommunene og helseforetakene
- Faglige premisser og ansvar for samhandlingsprosessene ivaretas på fagnivå av ledere på tjenestenivå.
- Forankring på IKT-nivå
- Gjensidig kompetanseutvikling mellom ansatte i helseforetakene og kommunene

Samarbeidsavtalen bør bygge på at partene vil utvikle et forpliktende samarbeid om tiltak og oppgaver som muliggjør best mulige helsetilbud innenfor overordnede rammebetingelser og tilgjengelige ressurser. Det skal arbeides for å utvikle og innføre nye systemløsninger som understøtter den daglige driften av helsetjenestene.

Et eksempel på avtale for elektronisk samhandling mellom RHF/HF og kommunene er vist i vedlegg.

6. Vedlegg

- 6.1 Nasjonal rammeavtale om samhandling på helse- og omsorgsområdet
- 6.2 Veileder for inngåelse og videreutvikling av lokale samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak/helseforetak
- 6.3 Normalavtale for elektronisk samhandling

Vedlegg 2

Utkast til tilleggsavtale om elektronisk samhandling mellom RHF/HF og kommuner

1. Intensjon med avtalen

- 1.1. Partene ønsker å legge til rette for effektiv elektronisk samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og helse- og omsorgstjenesten i kommunene. Partene mener det er viktig at kommunene og helseforetakene etablerer arenaer og prosesser for å sikre fremdrift i elektronisk samhandling. Samhandlingen skal om nødvendig ta utgangspunkt i gjeldende avtaler for elektronisk samhandling og identifiserte tjenestelige behov og prosesser. Avtalepartene er enige om at følgende kriterier er viktige for godt samarbeid:
 - Samhandlingen skal understøtte definerte helhetlige behandlings- og omsorgskjeder
 - Tett dialog og regelmessige møter
 - Kontinuerlig drøfting av muligheter for implementering av elektronisk samhandling.
 - Forankring på høyt ledernivå – både i kommunene og helseforetakene
 - Forankring og involvering også på fagnivå, ikke minst blant linjeledere på mellomnivå
 - Forankring på IKT-nivå
 - Gjensidig kompetanseutveksling mellom ansatte i helseforetakene og kommunene
- 1.2. Samhandlingsavtalen bygger på at partene vil utvikle et mer forpliktende samarbeide om tiltak og oppgaver som muliggjør best mulig helsetilbud innenfor de overordnede rammebetingelser og tilgjengelige ressurser som RHF/HF og kommunene i foretaksområdet er ansvarlige for. Det skal arbeides for å innføre nye systemløsninger for å få hensiktsmessige og helhetlige pasientforløp. Det skal etableres felles (koordinerte) prosjekter for implementering av løsningene

2. Arenaer og organer for samhandlingen

2.1 Regionalt samarbeidsutvalg

Der hvor det er etablert et regionalt samarbeidsutvalg mellom RHF og kommunene representert ved KS, bør minst ett møte hvert år benyttes til å drøfte saker av prinsipiell art relatert til elektronisk samhandling. På slike møter inviteres representanter for IKT-ledelse i RHF og kommunene.

2.2 E-samhandlingskonferanse

Saker relatert til elektronisk samhandling kan tas opp på den årlige samhandlingskonferansen. Representanter for IKT-ledelse i RHF/HF og kommunene bør delta når elektronisk samhandling drøftes. Alternativt arrangeres en egen e-samhandlingskonferanse i tilknytning til den generelle samhandlingskonferansen. Konferansen planlegges av det regionale samarbeidsutvalget. RHF dekker kostnadene til konferansen. Deltakerne dekker egne kostnader til reise, opphold, diett mv.

2.3 Helsefaglig samarbeidsutvalg

Der hvor det er etablert helsefaglig samarbeidsutvalg bør dette utvides med representanter for IKT-ledelse i RHF/HF og kommunene. Alternativt etableres et IKT-faglig samarbeidsutvalg som oppnevnes av det regionale samarbeidsutvalget. Kommunenes representanter utpekes av KS. IKT-faglig samarbeidsutvalg kan ta initiativ til konkrete prosjekter for utvikling av elektronisk samhandling. Beslutning om iverksetting, organisering og finansiering av utviklingsprosjekter tas av det regionale samarbeidsutvalget. IKT-faglig ressursgruppe avholder møter etter behov. Referat fra møtene tilstiles regionalt samarbeidsutvalg, RHF og rådmannsutvalget i fylkene. Partene dekker hver for seg kostnader til reise- og opphold for deltakelse i IKT-utvalgets møter.

3. Varighet

Avtalen gjelder for 2 år fra og evalueres av det regionale samarbeidsutvalget innen

Sted/dato

RHF/HF

Kommune

Vedlegg til sak 09/43 Arbeidskraft og teknologi (ARTE). Resultat av samarbeidsprosjekt med NHO

Teknologi og omsorg – et eksempel på lokal utvikling gjennom OFU kontrakt

Et eksempel på systematisk arbeid med å avdekke behov, utforme bestilling og skape et produkt.

Bakgrunn

Kommunene på Agder deler bekymringen med hvordan vi skal løse farmtidens utfordringer i pleie og omsorg. Ledende politikere og rådmenn så behov for at KS fasiliterte en prosess som ble kalte "Framtidsverkstedet". Verkstedet hadde en ambisjon om å bli nasjonalt ledende på å finne nye løsninger.

Tankesmie

Vi samlet akademia, næringsliv og kommuner til en tankesmie. Agderforskning var en sentral faglig ressurs.

En lengre prosess på ekspertnivå fant to retninger en var interessert i å utvikle produkter og prosesser rundt:

- Økt mobilisering av omgivelsene
- Økt bruk av eksisterende og utvikling av ny teknologi.

Prosess

Her følger prosessen som i disse dager forhåpentligvis fører til en OFU kontrakt på utvikling av en touchskjerm som skal gi hjemmeboende eldre større mulighet til å kommunisere med sine pårørende , de kommunalt ansatte og omgivelsene forøvrig

Målsettingen med pilotprosjektet er å etablere en kommunikasjonstjeneste med mulighet for både tale, skrift og bilde, hvor 2 eller flere brukere kan delta samtidig.

Funksjonaliteten skal i første fase dekke følgende områder:

- Kommunikasjon mellom deltakerne (web TV, lavterskel epost, tale)
- Assistanse til den hjemmeboende eller funksjonshemmede
- Bestilling av varer og tjenester
- Tilgang på kulturopplevelser via web
- Kalender

Det vil bli lagt vekt på at terskelen for å ta i bruk tjenesten er svært lav.

Organisering

Rådmannsutvalget i KS Agder er styringsgruppe for prosjektet
En prosjektgruppe bestående av deltakende kommuner og KS ble etablert.

KS Agder kjøpte prosjektledelse til prosjektet hos Arendal Kommune, 3 andre kommuner ble med i prosjektgruppen. Prosjektgruppen så behov for å få et profesjonelt bestillermiljø inn for å sikre prosessen og valgte PTL som er konsulentmiljø med betydelig erfaring på området
Det ble valgt "konkurranspreget dialog" som prosess for anskaffelse.

Framdrift/kvalitetssikring

Det ble lagt til rette for 2 workshops med brukere og leverandører . Utfra disse ble det laget en kravspesifikasjon som ble sendt ut til aktuelle leverandører gjennom Doffin.

3 leverandører deltok i dialogen. Den utvalgte leverandør søker nå OFU kontrakt og vi håper og tror at dette er starten på utviklingen av en helt ny kommunikasjonsenhet som koblet til mobilt bredbånd kan gi isolerte brukere en helt annen kontakt med sine omgivelser.
Dersom kontrakten blir godkjent vil 4 kommuner med 20 brukere i løpet av 2009/10 kunne teste ut den nye enheten.

KS gir fra seg produktet, som åpenbart har stort markedspotensiale, og beholder sammen med de fire kommunene som har deltatt i prosessen kun en mindre royalty for ideutvikling.

I ettertid vil vi koble inn det akademiske miljøet ved UiA / Agderforskning for å se på hvordan den kommunale organisasjon klarer å tilpasse seg bruken av denne type ny teknologi.

Vedlegg til sak 09/45 Vertskommunetilskuddet for mennesker med psykisk utviklingshemming - Behov for justering

Fylkestyret i KS Troms mener

- Vertskommunetilskuddet er i dag igjen blitt et rent øremerket tilskudd, samtidig er det i sin innretning del av kommunenes rammefinansiering. Vertskommunetilskuddet blir finansiert via uttrekk fra inntektssystemet, og midlene blir gradvis tilbakeført til rammetilskuddet. Vertskommunetilskuddet inntektsføres også i kommunenes budsjetter sammen med de frie inntektene fra skatt og rammetilskudd. På denne bakgrunnen mener Fylkestyret i KS Troms at overgangsordningen (INGAR) fortsatt bør håndtere tilbakeføring av vertskommunemidler til inntektssystemet ved frafall blant vertskommunebeboerne.
- Fylkestyret i KS Troms er enig i vurderingene foretatt av inntektssystemutvalget og nedfelt i NOU 2005:18. Det overordnede målet med overgangsordningen må være å skjerme kommuner som får en vesentlig reduksjon i inntektene fra et år til et annet som følge av endringer i inntektssystemet. For innbyggerne er det nødvendig at tjenestetilbudet er mest mulig stabilt over tid. Dette tilsier at kommunesektoren må ha stabile og forutsigbare inntektsrammer. Det er derfor behov for en overgangsordning som sikrer at ingen kommuner får en brå endring i inntektene ved endringer som gjennomføres i inntektssystemet.
- Fylkestyret i KS Troms deler også inntektssystemutvalget sin vurdering til bruk av overgangsordningen i forhold til tilskudd utenfor inntektssystemet.

- Dersom overgangsordningen ikke omfatter øremerkede tilskudd, kan man få situasjoner hvor berørte kommuner i enkelte år får vesentlige endringer i sine inntekter som vil være vanskelig å tilpasse seg.

Konsultasjonsordningen

- Fylkesstyret i KS Troms mener saken er så viktig for de som berøres at Regjeringen bør presentere ei løsning i kommuneproposisjonen for 2010.
- Fylkesstyret i KS Troms vil derfor be Hovedstyret i KS om at saken tas opp i første konsultasjonsmøte 2009, hvor rammene for kommuneopplegget i neste års statsbudsjett skal drøftes.

Vedlegg til sak 09/47 Etablering av nytt nettverk for kystkommuner i KS

Vedtekter for

KS' nettverk for kystkommuner (KNK)

(Utkast 14. mai 2009)

§ 1 Formål

KS' nettverk for kystkommuner (KNK) er et nettverk i Kommunesektorens Interesse og Arbeidsgiverorganisasjon (KS). Formålet med KNK er særlig å ivareta kystkommunenes interesser i forhold til å sikre retten til lokal forvaltning av sjø- og kystsonen, og gjennom blant annet ulike former for lokal beskatningsandel gi vertskommunen en rimelig del av verdiskapningen som bruk av kommunenes sjøterritorium har gitt grunnlag for.

§ 2 Medlemmer

Som medlem av KNK kan alle kommuner med kystlinje opptas.

§ 3 Økonomi mv

Medlemmene betaler en årlig deltakeravgift som fastsettes av årssamlingen.

Nettverkets aktiviteter og kostnadene ved driften av sekretariatet skal være selvfinansierende.

Nettverket har eget prosjektregnskap i KS, og eventuelt overskudd/underskudd overføres til etterfølgende år. Prosjektregnskapet revideres av samme revisor som KS til enhver tid benytter.

Utmelding av KNK må skje innen 1. oktober året før utmelding skal ha virkning.

§ 4 Avtale mellom KS og KNK

Det utarbeides en avtale som nærmere regulerer forholdet mellom KS og KNK. Slik avtale behandles og godkjennes av hovedstyret i KS og KNKs styre.

§ 5 Sekretariatet og dets funksjoner

KNK skal ha sekretariat i KS. Sekretariatsleder ansattes av og i KS. Sekretariatsleder rapporterer til den som administrerende direktør i KS utpeker.

Sekretariatet har ansvar for det praktiske knyttet til innkalling til årssamlingen og styremøter.

Sekretariatet skal - sammen med KS øvrige enheter og fagkontorer - gi bistand til styret og medlemmer i interessepolitiske spørsmål.

Sekretariatet forbereder saker til styret og utfører oppgaver som følger av årsplan og styrets anvisning.

§ 6 Styret

Styret skal bestå av 7 ordførere valgt av og blant KNKs medlemmer.

Styret skal – i samarbeid med sekretariatet og KS' fagenheter – ivareta medlemmenes interesser ved å sette interessepolitiske spørsmål på dagsorden overfor Stortinget, regjeringen og andre statlige og regionale myndigheter, og ellers være et talerør for medlemmene som faller innenfor KNKs mandat, jf. § 1.

Det interessepolitiske arbeidet kan enten skje gjennom KS eller ved at styret agerer selv på KNKs vegne.

Saker som behandles av KS' politiske organer, som berører kystkommunenes felles interesser, skal forelegges styret for rådgivende uttalelse.

Styret kan også – innenfor KNKs budsjetttrammer - bestille utredninger av for eksempel spørsmål om juss, økonomi og/eller politikk og kan beslutte at saker av prinsipiell art skal føres for domstolene.

Styret skal også:

- Innkalle deltakerne til årssamling med minst en måneds varsel.
- Utarbeide årsplan for KNKs aktiviteter.
- Framlegge revidert prosjektrengskap og forslag til disponering av overskudd og inndekking av underskudd.
- Fremme forslag til budsjett og forslag til kontingent.
- Være ansvarlig for at KNKs økonomi holdes innenfor vedtatte budsjetttrammer.
- Sørge for at nettverkets medlemmer blir jevnlig oppdatert på KNKs arbeid.

§ 7 Årssamling

Utenom valgår arrangerer KNK, innen utgangen av april måned, en årssamling hvor alle deltakerkommunene innkalles. I valgår holdes årssamlingen i oktober/november. Årssamlingen består av en organisasjonsdel og en del med et faglig innhold.

Årssamlingens organisasjonsdel forberedes og ledes av styret.

Ved avstemming har hvert medlem én stemme. Medlemskommuner med over 15.000 innbyggere har to stemmer hver.

Et medlem kan la seg representere på årssamlingen gjennom fullmakt.

Reise- og oppholdsutgifter i forbindelse med deltagelse på årssamlingen dekkes av medlemmene selv.

Årssamlingen skal dessuten:

- I oktober/november i valgår velge et styre som består av 7 medlemmer (ordførere). Funksjonstiden til styremedlemmene følger valgperioden. Hvert år velges leder og nestleder blant styrets medlemmer for kommende ettårsperiode.
- I året før et valgår velge en valgkomité for fire år, bestående av tre personer som skal fremme forslag til styre og valgkomité.
- Vedta aktiviteter, fastsette deltakeravgift og godkjenne forslag til budsjett og årsplan.
- Fastsette disponering av overskudd og inndekking av underskudd.
- Godkjenne revidert prosjektrengskap for KNK samt årsmelding.

Årssamlingens vedtak forelegges KS' hovedstyre for godkjennelse.

§ 8 Vedtektsendringer

Endring av vedtektene krever 2/3 flertall av stemmene (inklusive avgitte og godkjente fullmakter) på årssamlingen. Alle vedtektsendringer forelegges KS' hovedstyre for godkjennelse.

§ 9 Oppløsning

Beslutning om oppløsning av KNK må fattes av årssamlingen med minst 3/4 flertall av stemmene (inklusive avgitte og godkjente fullmakter).

Forslag om oppløsning må fremsettes for styret senest 6 måneder før årssamlingen. Styret må senest 5 måneder før årssamlingen sørge for at KS og KNKs medlemmer blir forelagt forslaget om oppløsning.

Ved oppløsning av KNK skal organisasjonens aktiva bindes i minst 3 år for å kunne overføres til en ny organisasjon etter beslutning i det sist fungerende styre. Hvis en ny organisasjon ikke er opprettet innen den tid, skal disponible midler anvendes på den måten som KS' hovedstyre beslutter.

09/49 Arbeidsgruppe for velferdskommisjon - Mandat og sammensetning

(Referanse må oppgis)
Vår referanse: 09/01076-1
Arkivkode:
Saksbehandler: Per Richard Johansen/
Per Stava
Deres referanse:
Dato: 30.4.2009

Stortingets finanskomite
Stortinget
0026 OSLO

Behov for meir heilskaplege og langsiktige omsyn i statlig velferdspolitik

Kommunesektoren er bekymra for om velferdstenestene er bærekraftige på sikt. Kommunane har ansvaret for ein stor del av velferdstenestene, men rammene blir lagde av statleg politikk og ressursane kjem i stor grad frå statlege overføringar. Staten og kommunesektoren må derfor saman sørgje for at velferdstenestene er bærekraftige.

Maktutgreiinga peika på at velferdstenestene alt i dag er pressa: det blir lova meir enn det er ressursar til å halde. Med eldrebølgja, som kjem om noen år, vil situasjonen kunne bli svært vanskeleg. Dette er også omtala i perspektivmeldinga, som gir ein god gjennomgang av ei rekke av dei utfordringane Noreg vil møte i åra framover – uavhengig av korleis vi kjem oss gjennom finanskrisa og dei utfordringane den gir for realøkonomien.

I denne samanheng er KS også opptatt av at god politisk styring på kort og lang sikt synes å bli vanskeleg av di velferdspolitikken er så sektorisert. Det er få faglege og politiske prosessar som ser på summen av tiltak og på korleis dei ulike tenestene verkar saman – og fører kunnskap om dette inn i vedtaksprosessane.

Eldrebølgja bør inn i velferdspolitikken nå

Perspektivmeldinga peiker på at ei aldrande befolkning stiller offentlege finansar overfor store utfordringar. Dette samsvarer med vurderingane i ei heilt ny langsiktig framskrivning av offentlege finansar og makroøkonomi til 2050 som Statistisk sentralbyrå nå slutfører for KS. Her viser dei til at ei rekke framskrivingar fram til om lag 2050 viser at offentlege utgifter - etter ein periode med svært romsleg økonomi fram til ca. 2020 - vil vekse betydeleg raskare enn skattegrunnlaga. Bakgrunnen er den aldringa av befolkninga som vil finne stad, som blant anna gir auka behov for helse- og omsorgstenester. Og det er ifølgje SSB ingen ting som tyder på at denne utviklinga vil stanse i 2050. Dette skaper problem for velferdsstaten: "Når trenden for offentlege utgifter vokser raskere enn trenden for skattegrunnlagene, har velferdsstaten et finansieringsproblem. Det kan være lenge til problemet blir plagsomt, men det har også årsaker som det vil ta tid å gjøre noe med."

Samtidig syner som nemnt framskrivingane at staten vil få ein særskild god økonomi dei næraste 10-15 åra. Dette stiller Noreg overfor heilt spesielle utfordringar. Det tyder at vi dei næraste åra – og innafor handlingsregelen for finanspolitikken – har økonomi til ei vesentleg betring av velferdstenestene i forhold til dagens nivå.

Så vel Perspektivmeldinga som tidlegare framskrivingar frå regjeringa går ut frå at standarden på offentlege tenester over tid ikkje blir endra frå dagens nivå ved auka ressursbruk for kvar tenestebukar. I ein situasjon der vi på kort sikt absolutt har råd til betre standard, er det kanskje ikkje realistisk å leggje inn ein slik føresetnad. Det er både i strid med historiske erfaringar, og med kva som er vanleg praksis i tilsvarende analysar i andre land.

SSB har derfor laga framskrivingar der handlingsrommet i finanspolitikken dei komande åra - gitt at handlingsregelen for finanspolitikken blir oppfylt - blir nytta til å auke standarden innan helse- og omsorgstenestene. Utrekningane viser at fram til 2018 kan standarden på helse- og omsorgstenestene auke med meir enn 2 prosent per år, samtidig som ein følgjer handlingsregelen og skattenivået er uendra. Deretter går ein ut frå at standarden held fram å auke med 2 prosent per år, og at dette blir finansiert av auka skattetrykk. I dag er skattetrykket om lag 43 prosent. I 2025 vil skattetrykket i så fall ha auka til om lag 50 prosent av BNP, eit nivå som tolkast som ein smerteterskel for kor høge skattar samfunnet vil akseptere. Her blir det vist til omleggingane av velferdspolitikken i Sverige tidleg på 1990-talet, som nettopp sette inn ved det skattenivået.

Når maksimaltaket for skattar er nådd, må standarden på velferdstenestene gradvis reduserast dersom ein framleis skal halda seg til handlingsregelen for finanspolitikken. Utrekningane viser at standarden må reverserast med rundt 2 prosent per år i resten av perioden, fram til 2050. Det betyr med reine ord at det meste av velferdsreformene som ble implementerte i den føregåande 25-årsperioden blir reverserte.

Dette ville være ei dramatisk endring av rammevilkåra for utviklinga av velferdstenestene i Noreg. Reverseringar av velferdstilbodet vil sette heile den økonomiske politikken i ein tvangssituasjon. Ein lyt merke seg at situasjonen vil oppstå sjølv om ein følgjer handlingsregelen for finanspolitikken framover; ja den vil oppstå nettopp som følgje av at ein slavisk følgjer denne regelen. Skal ein unngå ei slik utvikling, må ein altså ha ein gjennomtenkt strategi for korleis ein ut frå heilskaplege og langsiktige omsyn skal handtere velferdspolitiske reformer i åra med god offentleg økonomi fram til 2025.

Langsiktige og heilskaplege omsyn må meir inn i vedtaksprosessane

KS har difor bedt NIBR sjå på i kva grad heilskaplege og langsiktige omsyn spelar ei rolle i dagens velferdspolitikk. I ei heilt ny utgreiing finn dei at sjølv om slike omsyn ikkje er fråverande, er det eit klart betringspotensiale. Dei finn m.a. følgjande:

- Langtidsprogram og perspektivmeldingar blir ikkje trekte fram når regjering og storting legg fram og drøftar velferdspolitikk kommunane skal gjennomføre
- Regjeringa fokuserer mest på økonomien innan det aktuelle tenesteområdet, ikkje korleis tiltaket påverkar bærekrafta til dei kommunale velferdstenestene
- Regjering og storting kan vere opptekne av at ulike tenester skal samordnast slik at tenestemottakarane får eit heilskapleg og godt tilpassa tilbod. Dei er ikkje opptekne av at slik tilpassing har ei kostnadsside.
- Regjering og storting er lite opptekne av kva verknader sektorvise vedtak har for kommunane si samla administrative belastning.

Om vedtaksprosessane om velferdstenester ikkje innarbeider heilskaplege og langsiktige føresetnader og konsekvensar på ein god måte, vil det kunne få store skadeverknader.

Maktutgreiinga viste at førstelinja i omsorgstenestene blir urimeleg hardt belasta fordi det i velferdspolitikken ikkje er trekt opp grenser for kva tenester kommunane skal yte. Dei peikar også på at om dagens oppofrande tilsette i førstelinja blir avløyst av tilsette som ser det som ein vanleg jobb, vil ikkje reknestykket gå i hop.

Langsiktige og heilskaplege omsyn er særleg viktige i situasjonar der ein har hatt eller der ein kan vente viktige endringar i demografiske, økonomiske eller andre forhold som er vesentlege for velferdspolitikken. Vi er nå inne i ein slik periode. Dei demografiske endringane i tiåra framover er i og for seg velkjende, men dei har i liten grad blitt fanga opp i velferdspolitikken.

Konklusjonen må vere at det er eit klart potensial for å bli betre på dette området, sjølv om kravet om at det skal takast langsiktige og heilskaplege omsyn ikkje kan vere absolutt. Som NIBR peikar på, vil det føre til handlingslamming. Ein vil sjeldan eller aldri ha fullt oversyn

over langsiktige konsekvensar - eller konsekvensar for all anna verksemd - når ein gjer vedtak. Målet må derfor vere å kome fram til eit passe nivå. For å kome på eit passe nivå, må ein i alle fall ta omsyn til perspektivmeldingar og annan kunnskap som er utarbeidd og som er lett tilgjengeleg.

Kommunal- og regionaldepartementet har eit samordningsansvar for statleg politikk som får konsekvensar for kommunesektoren. Det er behov for ei oppgradering av kravet om å "utrede økonomiske og administrative konsekvensar", for eksempel slik NIBR foreslår. Regjeringa bør derfor leggje til rette for at Kommunal- og regionaldepartementet får ansvar for at alle vedtak om velferdstenester av eit visst omfang blir utgreidde med tanke på dei konsekvensane vedtaka har for kommunesektorens langsiktige berekraft.

Behov for nasjonal semje om dei store linjene i velferdspolitikken

Dei fleste velferdsreformer gjennom tidene har blitt møtt med motargumentet at dei blir for kostbare. Det har likevel oftast synt seg å gå bra – i alle fall her i landet. Andre land har vore tvungne til å gjennomføre tunge politiske prosessar for å få utgiftene til velferd i samsvar med inntektene; Sverige på 1990-talet som vårt næraste eksempel. Land med rike naturressursar har opplevd såkalla "hollandsk sjuke" - naturressursane gir rikdom så lenge dei varer, men fører til problem i etterkant. Noreg har gjennom ein langsiktig politikk så langt unngått store problem i samband med oljerikdommen. Dei siste åra er handlingsregelen for finanspolitikken det konkrete uttrykket for dette. Det er behov for ein like langsiktig politikk for å unngå problem i velferdspolitikken som følgje av demografiske endringar. Sjølv om vi fylgjer handlingsregelen for finanspolitikken, vil vi kunne risikere at velferdsordninga i framtida må reverserast, av di eldrebølgja vil krevje langt sterkare vekst i utgiftene enn det vil vere økonomisk rom for. Alvoret i velferdsutfordringane viser seg m.a. ved at høg oljepris ikkje representerer ei løysing på utfordringane.

Det er så absolutt behov for å gje heilskapelege og langsiktige omsyn større vekt i velferdspolitikken. Ein velferdskommisjon slik som Landstinget i KS har foreslått, kan vere ein måte å gjere det på. Utgangspunktet kan vere eit opplegg tilsvarande pensjonskommisjonen,

men ein bør ikkje trekkje parallellen med pensjonskommisjonen for langt.

Pensjonane blir ytt etter reglar som i hovudsak bør liggje fast for ganske lange tidsperiodar. Velferdstenestene kan ikkje fangast inn av eit regelsett på same vis. Det finst mange ulike tenester og dei er ikkje i same grad regelstyrte. Ein kommisjon kan ikkje leggje fast ei detaljert utforming av velferdstenestene for 10-20 år framover. Det ein kommisjon kan gjere, er å trekkje opp noen rammer velferdspolitikken skal utspele seg innan og fremje forslag som sikrar heilskapelege og langsiktige omsyn i velferdspolitikken.

Halvdan Skard

Arvid Weber Skjerpe