

TINN KOMMUNE
Enhet for helse



Helse og omsorgsdepartement

Postboks 8011 Dep
0030 Oslo

Deres ref:

Vår ref
2010/3770-5

Saksbeh:
Johannes Haukaas, tlf.35 08 29 88

Arkivkode:
G00

Dato:
03.01.2011

Høringssvar fra Tinn kommune - Ny lov om kommunal helse- og omsorgstjeneste og ny folkehelselov

Vedtak i Tinn kommunestyre - 16.12.2010, sak 164/2010

- Tinn kommunestyre vedtar å sende inn de høringsuttalelser som er foreslått i saken.
- Tinn kommunestyre mener at dagtilbudet til demente o.a med liknende behov lovfestes i den nye loven og helse og sosialtjeneste.

HØRINGSUTTAELSE FRA TINN KOMMUNE

- Tinn kommune anbefaler forsøkskommuner før det endringene/reformene tas ut i full skala i alle kommuner.
- Det enkleste for kommunen vil være å takke nei til reformen og de økonomiske overføringen som følge av den, for da vil det bare fortsette som i dag. Utgangspunktet må være at kommunen får tilført ressurser for å gjennomføre reformen. Dersom kommune ser det formålstjenelig å finne fram til interkommunale løsninger eller kjøpe tjenester fra helseforetaket, må det være mulighet for det, men at kostnaden av løsningen blir til avtalt pris uavhengig av de kommunale overføringene.

**Forslag til Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester
Nye oppgaver/plikter/aktiviteter som er foreslått for kommunene**

- *Oppgavene som kommunene vil få ansvar for må være tilpasset de enkelte kommuners mulighet til å ivareta oppgaven. Den enkelte kommunes muligheter og begrensinger må defineres i lokale avtaler mellom kommuner og helseforetak. Før inngåelse av lokale avtaler må det foreligge en økonomisk kartlegging av konsekvensene, slik at kommunene er i stand til å ivareta de oppgavene som de likeverdige partene blir enig om å overføre fra sykehusene.*
- Det bør være kommunen som har ansvaret for å etablere individuell plan for alle, men kan unntaksvis etter avtale mellom kommune og spesialisthelsetjenesten overføre ansvaret til spesialisthelsetjenesten
- *Et døgkontinuerlig øyeblikkelig – hjelp tilbud vil være avhengig av fysiske fasiliteter, kompetanse og økonomi. En lovmessig plikt for kommunene vil sette enkelte kommuner i en umulig situasjon, samt at "halv – veis løsninger" vil kunne sette brukeres liv og helse i fare. En lovmessig plikt vil kreve at staten fullfinansierer kostnadene knyttet til et slikt tilbud.*

Sett fra et faglig synspunkt kan det være gode grunner til å legge en del pasienter inn i en kommunal institusjon for observasjon og behandling isteden for å legge de inn på sykehus.

Dersom kommunen blir pålagt å etablere et døgntilbud til utvalgte pasientgrupper, vil kommunen måtte bygge opp et utvidet tilbud som vil medføre behov for større resurser. Det må kompenseres i form av større overføringer. Tinn kommune er skeptisk til om det er rett å lovfeste en slik plikt for kommunen nå. Dette er en stor reform og det er viktig å ikke ta alt på en gang. Det som i første omgang vil være viktigere er at kommunen må ta i mot utskrivningsklare pasienter uten opphold. Tinn kommune vil derfor anbefale at kommunen ikke blir pålagt å måtte etablere et døgntilbud for øyeblikkelig hjelp nå.

Skal kommunen klare gjennomføre sin del av denne store reformen, må vi få tid til å bygge opp nødvendig kompetanse og få overført tilstrekkelige midler. Det er viktig at kommunen får tid til å bygge opp sin organisasjon for å ta på seg disse store oppgavene, før sykehusene bygges ned. Det må også gis anledning til overgangsordninger som eventuelt kan nedfelles i en avtale mellom kommunen og helseforetaket.

- *Det må utarbeides nasjonale kriterier for innleggelse og utskrivelse av sykehus. Nasjonale kriterier vil hindre at det lages ulike kriterier fra sted til sted i landet. Dette vil også sikre en likebehandling av pasienter uavhengig av bosted og sykehustilknytning.*
- *Alder som kriterium for hvor man får helsehjelp må fjernes. Her henvises til det som er omtalt i forhold til personer over 80 år. Det skal alltid være en konkret vurdering av den enkelte pasients lidelse og behov som skal være avgjørende for helsehjelpen som gis.*
- *Ressurskrevende brukere i kommunene har krevd større og større resurser av kommunens budsjetter. Deler av denne økningen har blitt kompensert gjennom statlige tilskudd. Ordningen i seg selv oppleves som svært tidkrevende og byråkratisk. Det bør utarbeides kriterier for hvem som skal gå inn under ordningen, og denne bør så fullfinansieres fra statens side. Aldersgrensene som gjelder for ordningen bør fjernes.*
- *En styrking av kommuneoverlegenes rolle vil være nødvendig for planlegging og implementering av de endringer som samhandlingsreformen legger opp til. Dette gjelder både i den enkelte kommune, men også i samhandlingen mellom kommuner og helseforetak.*
- *Kommunene har store utfordringer i forhold til å klare å gi et kvalitativt godt nok tilbud til mennesker med psykiske lidelser og til rusavhengige. Hovedårsaken til dette ligger i knappe økonomiske rammer. Til tross for opptrappingsplaner vil kommunene ha behov for ytterligere styrking av rammene for å imøtekomme forventningene som ligger i samhandlingsreformen.*
- *Heldøgntjenester i eget hjem har vært økende de siste årene. Dette gir kommunene store utfordringer både kompetansemessig, personellmessig og økonomisk. Det bør vurderes å klargjøre i forskrift hvilke forutsetninger som må være til stede for at en person skal ha rett til heldøgntjeneste i eget hjem.*
- *Tinn kommune vil foreslå å utvide tidsrommet til tre uker før forvaltningslovens regler kommer til anvendelse.*

Myndighet som er foreslått gitt til kommunene

- *Det er positivt at det utarbeides kvalitets- og funksjonskrav for fastlegetjenesten i kommunene. Dette kan gi kommunene bedre mulighet til å få større deltakelse fra fastleger i spørsmål om samhandling, medvirkning og rådgiving i forhold til enkeltbrukere.*
- *Det er positivt at kommunene får ta en sterkere styring over fastlegeordningen og legetjenesten i kommunene.*

Fastlegeordningen har vært en suksess og det er viktig å bygge vider på opplegget som er. En av grunnene til at fastlegeordningen har vært vellykket, er at ordningen har gitt fastlegen en faglig autonomi og fungerer i dag lite

byråkratisk. Krav om mer kontrollrutiner og mer rapportering vil gjøre ordningen mer byråkratisk og mer arbeidskrevende for fastlegene.

- For å ivareta de nye oppgavene som skal overføres fra sykehus til kommuner, må det lages planer for økt kompetanse / spesialisering blant legene og annet helsepersonell i kommunene. Kostnader knyttet til denne kompetansehevingen må dekkes av økte statlige overføringer

Bruk av avtaler mellom kommuner og foretak, herunder adgangen til å avtale tvisteløsningsordninger

- Dersom det oppstår tvist i forhold til avtaler mellom kommuner og helseforetak, bør det opprettes et egen uavhengig tvisteløsningsorgan. Et slikt organ vil øke legitimiteten for en tvistebehandling.

Kompetansefordeling for øvrig mellom kommuner og statsforvaltningen

- Statens myndighet for tilsyn og klagebehandling bør samles i ett statlig organ. Dette bør ligge til fylkesmannen i fylkene. Dette vil hindre uklare roller og en mindre fragmentert stat i møtet mellom staten og kommuner.
- Det er positivt at kvalitetskrav i forhold til pasientsikkerhet blir behandlet lokalpolitisk (jmf. § 4-2). Dette betinger imidlertid at kommuner og tilsynsmyndighet har en lik oppfatning av hvilke kvalitetsindikatorer og – krav som skal gjelde.
- Det er positivt at statlig klageorgan fratas muligheten til å omgjøre vedtak fattet av kommunen. Dersom klageorganet er uenig med kommunens vedtak, kan det sende saken tilbake til kommunen. Dette vil gi kommunen en helt ny posisjon vis a vis klageorganet, og samtidig gi kommunen en mulighet til å vurdere saken på nytt.

Særlig om forslag til bruk av tvang og makt overfor psykisk utviklingshemmede og overfor rusmiddelbrukere

- Reglene for tvang overfor personer med kognitiv svikt (f.eks. demente) må tas inn i ny lov om kommunale helse og omsorgstjenester på lik linje med psykisk utviklingshemmede og rusmisbrukere. Bakgrunnen for dette er at saksbehandlingsreglene, fylkesmannens rolle og gjennomføring for alle disse tre gruppene har mange likhetstrekk

Finansiering av kommunens nye oppgaver/ plikter/ aktivitet

- Økt kommunalt finansieringsansvar for fastlegeordningen støttes ikke, da en ikke klarer å se hensikten med en slik endring. Endring i hvem som betaler hva i fastlegeordningen har ingen innvirkning på den påvirkning kommuner har på selve legetjenesten.
- Takstsystemet for fastlegene bør endres, og det bør oppmuntres til økt samhandling med kommunens helse- og sosialtjenester i planlegging, enkeltsaker og veiledning som ikke er kurativ virksomhet.
- Det vil være behov for økte ressurser til grunnutdanning, lærlingeordning og etter- og videreutdanning for å kunne imøtekomme kommunenes behov for kompetent arbeidskraft i årene framover. Dette er noe som staten må ta hensyn til i rammeoverføringene til kommunene.

Helseovervåking / statistikk

- Det er nødvendig at sentrale myndigheter koordinerer utvikling av felles metoder og systemer for bearbeiding av datamaterialet, for eksempel geografiske informasjonssystemer. Helseovervåkingen må sette helsefremmende faktorer i høysetet. Følgende prinsipper legges til grunn:
 - Statlige myndigheter etablerer et minimum av felles indikatorer for å sikre sammenlignbare data nasjonalt.
 - Statlige helsemyndigheter kvalitetssikrer at data er sammenlignbare mellom kommuner og fylkeskommuner

- Sammenlignbare data er også viktig i et internasjonalt perspektiv
- Statlig pålegg om samarbeid mellom kommuner (§ 27) går kommunene imot. Frivillige avtaler mellom kommuner som ønsker å samarbeide vil være en mye bedre måte å løse utfordringer knyttet til folkehelsearbeidet.

Innspill til enkeltparagrafer i ny Lov om kommunale helse og omsorgstjenester

- I § 1 – 3 synes lite konkret og operasjonell. Her bør en heller benytte kjente formuleringer som de som finnes i ISO 9000:2000 hvor tjenester skal være
 - Virkningsfulle
 - Trygge og sikre
 - Involvere brukere og gir dem innflytelse
 - Er samordnet og preget av kontinuitet
 - Utnytter ressursene på en god måte
 - Er tilgjengelige og rettferdig fordelt
- Følgende tas inn i kap. 3: Kommunen skal samarbeide kommunalt, fylkeskommunalt, med regionalt helseforetak og stat slik at helse og omsorgstjenesten i landet oppleves som en enhet.
- § 5 – 7 er en videreføring av tidligere bestemmelse i Lov om helsetjenester i kommunene. I forslag til ny Helse og omsorgslov bør det presiseres hvilke opplysninger om helsepersonell som kommunen skal motta og eventuelt videreformidle til et sentralt register.
- § 5 – 4 omtaler krav om politiattest for ansatte som skal arbeide med barn og utviklingshemmede. Her bør en også ta med personer med kognitiv svikt (eksempel demente), da denne gruppen også ansees å være særlig sårbar og utsatt.

Forslag til lov om folkehelse

Nye oppgaver/plikter/aktiviteter er foreslått for kommunene

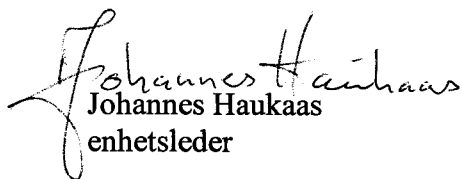
- Det anbefales at midler for folkehelsearbeid og i forhold til helse og omsorg overføres via rammeoverføringene til kommunesektoren. En eventuell øremerking av midler er kun aktuelt i en innføringsperiode.
- En økt satsing på folkehelsearbeid bør være en del av en ny handlingsplan (opptrappingsplan) slik at både fylkeskommuner og kommuner har mulighet for å planlegge, implementere og iverksette aktuelle tiltak gradvis.
- For å styrke folkehelsefeltet er det helt avgjørende at styrkingen følges opp med økonomiske midler.
- Fastlegens ansvar og rolle i folkehelsearbeidet bør presiseres tydeligere enn realiteten er i dag. Denne klargjøringen kan med fordel tas inn i den nye forskriften til loven.

Forholdet mellom fylkeskommunale og kommunale oppgaver og ansvar

- Kommunene slutter seg til forslaget til ny folkehelselov som retter seg mot alle forvaltningsnivåer og sektorer/faktorer som påvirker innbyggernes helse.
- Kommunene ser at krav om samordning på tvers av ulike sektorer og fagområder ikke gjenspeiles på statlig forvaltningsnivå. Ansvaret for det tverrsektorielle folkehelsearbeidet bør derfor vurderes flyttet ut fra Helse- og omsorgsdepartementet over til eksempelvis Kommunal og regionaldepartementet, fordi folkehelsearbeid har store samfunnsmessige konsekvenser.
- I § 24 står det følgende: " Nasjonalt folkehelseinstitutt skal bistå kommuner, fylkesmenn og andre statlige institusjoner, helsepersonell og befolkningen... ". Her er fylkeskommunen uteglemt i selve lovteksten. Dette må tas inn.

- Lovteksten beskriver at fylkeskommunen skal være en pådriver for og samordne folkehelsearbeidet, blant annet gjennom alliansebygging og partnerskap. Det er viktig at lovteksten også tydeliggjør "partnerskapsbegrepet" og at bruken av dette begrepet er i overensstemmelse med fylkeskommunens ansvar som regional utviklingsaktør.
- Folkehelsekompetansen i kommunen må vektlegges. Folkehelsekoordinatoren i kommunen har en svært sentral rolle for å samordne kommunenes innsats, men det bør ikke være en lovpålagt funksjon.
- Det ville vært en fordel for tannhelsetjenesten som tjenesteyter, om det hadde vært dratt en grenseoppgang mellom ny folkehelselov, ny helse- og omsorgslov og gjeldende Lov om tannhelsetjenesten

Med hilsen


Johannes Haukaas
enhetsleder

Kopi til:
Turid Opedal Ordfører