

**Tjøme kommune**

JournalpostID: 10/10256

Saksbehandler: Emma Kittelsen, telefon: 33 06 79 23
stab og støtte

Høringsuttalelse Kommunal helse- og omsorgslov

Utvalg	Møtedato	Saksnummer
Kommunestyret	08.12.2010	063/10

Rådmannens innstilling

Tjøme kommunestyre vedtar å sende inn de høringsuttalelser som er foreslått i saken.

08.12.2010 Kommunestyret**Møtebehandling:**

Ved avstemming ble Rådmannens innstilling enstemmig vedtatt.

KS-063/10 Vedtak:

Tjøme kommunestyre vedtar å sende inn de høringsuttalelser som er foreslått i saken.

HØRINGSUTTALELSE FRA TJØME KOMMUNE:

Særlige forhold for TJØME kommune

Gjestepasienter utgjør i økende grad en belastning på pleie- og omsorgstjenesten i de største hyttekommunene. Tjøme ligger først i løypa i denne utviklingen og har allerede en betydelig belastning i sommerhalvåret. Tall fra 2006, hvor KS foretok en undersøkelse av dobbeltboende, viser at Tjøme har 3 ganger så mange gjestebrukere som Sandefjord, og 10 ganger så mange som Vinje. Det betyr en økt og uforutsigbar belastning på pleie- og omsorgstjenesten i en periode hvor det samtidig skal avvikles ferie. En økonomisk mulighet til å ansette ekstra personale i denne perioden ville bety mindre belastning på personalet og gode nok tjenester, både til gjestebrukerne og innbyggerne for øvrig.

Tjøme kommune er en landsens småkommune som allikevel preges av en del problemstillinger som er mer typisk for bykommuner, så som; høy andel lavinntekt, høy andel med kun grunnskole, høy andel enslige forsørgere, høy forekomst av rus - kriminalitetsproblemer m.m. Ved økt ansvar for kommunene vil virkningene av en slik problematikk trolig gi ekstra store utfordringer for kommunen, både økonomisk, strukturelt og rekrutteringsmessig.

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.
- **§3-5 "Kommunens ansvar for øyeblikkelig hjelp"** Vi mener at det mangler forskningsgrunnlag for å si at det er gunstig at et økt kommunalt helsetjenestetilbud bør skje som døgnopphold ved øyeblikkelig hjelp. Forskning har vist at det er svært vanskelig å fastslå diagnose, behandlingsbehov og prognose ved akutte legevaktskonsultasjoner og i første undersøkelse ved akuttmottak på sykehus. Det er først ved videre bruk av sykehusenes utredningskapasitet at man kan si noe sikkert om pasientens situasjon. Dette gjør at utvelgelsene av pasienter som skal få et kommunalt døgntilbud i akuttfasen er beheftet med stor usikkerhet og kan medføre alvorlige feilvurderinger. Det understrekes i denne sammenheng at erfaringene fra de distriktsmedisinske sentrene som det henvises til i høringsutkastet, er av mindre verdi da de i liten grad er vurdert forskningsmessig. Det er større grunnlag for å fokusere mer på pasienter som er akuttvurdert på sykehus, og der diagnose er satt og behandling startet. Her er det godt forskningsmessig grunnlag for å hevde at mange av disse pasientene hadde profitert på tidlig utskriving og overføring til et kommunalt tilbud. Her bør imidlertid lovbestemmelsene rundt "utskrivingsklare pasienter" være lovreguleringsmuligheten. Det er viktig å forstå at de kommunale tjenestene det her er snakk om, i sin form er mindre fleksible enn sykehustjenestene. Kommunale sykehjemssenger er i hovedsak pasientenes hjem, og det tar tid å klargjøre senger og rom etter dødsfall eller utflytting til andre tilbud. Stadige flyttinger og

omrokkinger vil kunne oppleves som uverdig. Kommunens rolle som rammefinansiert totaltilbyder av omsorgstjenester innebærer også at det er et konstant press på døgntilbudssenger, noe som gjør det svært vanskelig å opprettholde en tilstrekkelig grad av fleksibilitet i dette tilbudet. Problemet med rene sosial- og omsorgsbetingede innleggelse i sykehus ("causa socialis") er et reelt problem, men forskning tyder på at dette problemet er av forholdsvis liten størrelse. Kommunen bør arbeide for å kunne gi denne gruppen et bedre akutt-tilbud (for eksempel gjennom styrket hjemmesykepleietilbud eller observasjonssenger på legevakt). I tilfelle innleggelse av slike pasienter bør dette reguleres ved at disse pasientene raskt etter grunnleggende utredning på sykehuset defineres som utskrivingsklare og dermed kan komme inn under en kommunal fullfinansieringsløsning.

- **§3-9 "Brukerstyrt personlig assistanse"**. Vi er enig i formuleringen som gjør at BPA ikke blir en lovfestet individuell rettighet, men blir en tjeneste der kommunene vurderer tildeling.

Viser til gjennomgangen av høringsrunden fra 2007 i høringsnotatet, der argumentene for dette kommer godt fram.

- **§11-4 "Kommunalt finansieringsansvar for utskrivingsklare pasienter"**. Her er det behov for avklaringer, dette må avtalereguleres. 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.

Det er vanskelig å korrekt beregne kommunenes tilskuddsbehov, for å innfri sine forpliktelser etter denne paragrafen. Bruk av historiske tall vil kunne gi alvorlige skjevheter, sannsynligvis er en rammefinansieringsmodell mest rettferdig. Det er uansett viktig at kommunene får overføringer som er tilstrekkelig til å dekke utgiftene, i startfasen kan det være aktuelt å betale for oppholdsdøgn i spesialisthelsetjenesten inntil kommunalt tilbud er utbygd og vi må få midler tilsvarende døgnkostnader i spesialisthelsetjenesten. Det er med andre ord viktig at "nasjonal fastsatt betalingssats" er høy nok til å dekke kommunens utgifter. Ansvar for utskrivingsklare pasienter fra første dag bør i oppstart av ordningen bare gjelde somatiske pasienter, der vi har gode erfaringstall ut fra dagens drift. En utvidelse til å omfatte psykiatri og rus må utredes grundig før oppstart. Det tar blant annet tid å etablere tilbud (spesielt botilbud) for denne gruppen.

Hvis det koster kommunen noe å legge inn pasienter tilhørende slike enkeltgrupper, vil det være vanskelig å unngå risikoen for at innleggelsespraksisen for disse gruppene vil kunne dreie i retning av et mindreverdig tilbud.

Medfinansieringsmodellene lider generelt under mangel på tilgjengelig godt tallmateriale, og ut fra vår erfaring med spesialisthelsetjenesten, vil det kreve mye tid og ressurser å bygge opp og drive slik nødvendig registrerings- og statistikkaktivitet. Administreringen av en medfinansieringsmodell vil også kreve ressurser i oppbyggingen og i drift både på sykehussiden og i kommunene.

Samlet sett mener vi derfor at man bør forlate ideen om medfinansiering.

- 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 ressurser 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.
- Heldøgnstjenester 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 heldøgnstjeneste i eget hjem.

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.
- For å ivareta de nye oppgavene som skal overføres fra sykehus til kommuner, må det lages planer for økt kompetanse / spesialisering blant legene 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 eget uavhengig tvisteløsningsorgan. Et slikt organ vil øke legitimiteten for en tvistebehandling. Forslag til endring: §6-1 siste avsnitt: Pasient- og brukererfaringer skal innhentes og være en del av vurderingsgrunnlaget ved utarbeidelse av avtalene.

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

Vi er positive til forslagene om en mer systematisk overvåking av utfordringer innen helse- og omsorg, og folkehelse. 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
- Det er viktig at det samtidig tilstrebes raskest mulig oppdatering av data slik at kommunens planlegging baseres på de tidsaktuelle trendene, og ikke utdaterte tall.
- 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

- **§6-2 "Krav til avtalenes innhold"** Pkt 3.: "Tiltak mot unødvendig innleggelse av pasienter i sykehus." Dette tekstforslaget ikke sterkt nok forskningsmessig underbygget i forhold til behovet for å lovfeste en slik tiltaksformulering. Her, som ellers i teksten i kap 6, må man tilstrebe en gjensidighet i formuleringene, og lage en lovtekst som forholder seg til det reelle problemet, og i denne sammenhengen er det kvaliteten på vurderingene.
- **Forslag til endring: § 6-2 pkt 3:** Tiltak for å sikre bedre kvalitet i vurderingen av behovet for innleggelse på sykehus.
- **Pkt 9.:** Hvis det innføres med- eller fullfinansieringsordninger, vil det være behov for robuste ordninger knyttet til uenighet og konflikt i gjennomføringen av disse avtalene, se her også §§ 6-5 og 11. Det vil være en fordel at klage- og konflikthåndteringen ivaretas på en uniform måte nasjonalt, og av et organ som allerede i dag delvis har en rolle i slike konflikter; fylkesmannen ved fylkeslegen (riktignok i nåværende situasjon mest i rollen som Helsetilsyn).
- **Forslag til endring: §6-2 pkt 9:** Opplegg for håndtering av uenighet ved gjennomføring og endring av avtalen, med Fylkesmannen som meklingsinstans og, hvis gjensidig avtalt, som avgjørelsesmyndighet.
- **§11-1 "Kommunens ansvar for utgifter".** Lovforslaget viderefører oppholdsprinsippet som grunnlag for dekning av utgifter til nødvendige kommunale helse- og omsorgstjenester. Det åpnes i lovteksten, og i høringsnotatet, opp for en ny vurdering av dette på et senere tidspunkt. En slik gjennomgang støttes. Det må være mulig å få til en gjestepasientordning hvor bostedskommunen har finansieringsansvar ved planlagte tjenester i en annen kommune.

Forslag til lov om folkehelse

Tjøme kommune ser det som positivt at kommunen får større plikt til å kartlegge og dokumentere utfordringer i folkehelsearbeidet, og også at statlige og fylkeskommunale aktører plikter å stille med tilgjengelig og oppdaterte data som grunnlag for en slik kartlegging. Vi mener samtidig at kommuner som har gjort en grundig kartlegging og kan dokumentere spesielle utfordringer bør kunne søke om tilskudd/ skjønnsmidler i større grad enn tidligere for å igangsette tiltak for å møte disse utfordringene. Dette bør i særdeleshet gjelde dersom utfordringene er av mer strukturell karakter, slik som sammensetning av befolkningen, geografiske forhold etc. En slik ordning vil i større grad kunne oppveie den skjevfordelingen som kan finne sted for kommuner som ikke passer inn i den "sjablon-pregede" rammetilskuddsfordelingen. Behovet for dette vil være økende i en situasjon der kommunene får et økt økonomisk ansvar både for forebygging og behandling.

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. Ansvar 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.
- 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.

INNSTILLING TIL VEDTAK

Tjøme kommunestyre vedtar å sende inn de høringsuttalelser som er foreslått i saken.

Tjenestemessig vurdering

Tillegg som er spesielt for Tjøme kommune er bakt inn i saken.

Det dreier seg om følgende utfordringer:

- Gjestepasienter og tilflyttende pensjonister.
- At kommunen har et bypreg selv om vi er en liten landkommune.

Økonomisk vurdering

Høringsuttalelsen har ingen direkte økonomiske konsekvenser, selv om forslagene til nye lover trolig vil medføre dramatiske økonomiske konsekvenser for kommunen, hvis de blir vedtatt.

Miljømessig vurdering

Ingen konsekvenser, se over

Helsemessig vurdering

Ingen konsekvenser, se over