

**Fra:** Langvold Tor [Tor.Langvold@bjugn.kommune.no]  
**Sendt:** 17. januar 2011 16:03  
**Til:** Postmottak HOD  
**Emne:** Høringsuttalelse fra Fosen DMS IKS vedtatt av styret

Høringsuttalelse FDMS IKS.

Mvh  
Tor Langvold

---

## **Høringsuttalelse fra Fosen Distriktsmedisinske Senter Interkommunalt selskap**

- **Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015)**
- **Lov om folkehelse**
- **Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester**

Høringsuttalelsen omfatter en innledning, overordnede kommentarer, kommentarer knyttet til temaene i forslag til Nasjonal helse- og omsorgsplan og en oppsummering. Vi har integrert kommentarer til lovforslagene inn under de ulike plantemaene.

### **Innledning**

Fosen DMS IKS slutter seg til høringsuttalelsen fra KS Sør-Trøndelag som er framkommet i en prosess der kommunene har deltatt. Utover dette har Fosen DMS IKS kommentarer som er basert på egne erfaringer - fra forprosjektet Fosen DMS ble satt i gang i 2003 til dagens drift av Fosen DMS som et interkommunalt selskap. Det er syv kommuner – Bjugn, Osen, Rissa, Roan, Ørland og Åfjord tilhørende Sør-Trøndelag og Leksvik tilhørende Nord-Trøndelag - som er eiere av det interkommunale selskapet. I styret er også St. Olavs Hospital og Helse Midt-Norge representert, hvilket uttrykker det tette og gode samarbeidet mellom kommunene og helseforetakene.

Fosenkommunenes allmenne samarbeidsorgan Fosen Regionråd har i 2009 vedtatt at Fosen DMS IKS er regionens utviklingsaktør i forhold til Samhandlingsreformen. Regionrådet har bedt Fosen DMS IKS å avgi en høringsuttalelse på vegne av Fosenkommunene. I tillegg vil kommunene kunne sende inn uttalelser på tema som er spesielt viktige for den enkelte kommune.

### **Overordnede kommentarer**

Fosen DMS IKS er enig i den overordnede beskrivelsen av utfordringer som helse- og omsorgstjenester vil møte framover, ser behovet for økt samhandling både innenfor og mellom tjenestenivåene og mener at målene med Samhandlingsreformen er riktige:

- Satsing på helsefremmende og forebyggende arbeid for økt livskvalitet og redusert press på helsetjenester
- Økt ansvar til kommunen for å gi tidlig helsehjelp og dempe vekst i bruk av sykehustjenester - ”venstreforskyvning”
- Mer helhetlige og koordinerte tjenester gjennom harmonisering av lovverk, inngåelse av samarbeidsavtaler og helhetlige behandlingsløp
- Bærekraftig utvikling gjennom effektiv bruk av ressursene

Proessen fra Samhandlingsreformen ble introdusert til høringsforslagene ble sendt ut har skapt store forventninger, særlig fordi Fosen har vært i forkant av reformen. Regionen har etablert omfattende interkommunalt samarbeid og samarbeid mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten. Samarbeidet består av tjenestetilbud og -utvikling, kompetanseutvikling og felles overordnet planarbeid. Dette har blant annet krevd etablering av en hensiktsmessig, lovregulert organisasjonsmodell, inngåelse av avtaler om tjenesteleveranser, etablering av en tre-parts-finansieringsmodell og utvikling av en felles digital samhandlings- og kompetanseplattform. Alle disse elementene har nå vært utprøvd over en lengre tid på Fosen. Derfor vurderer vi ”Mulige virkemidler” som presenteres i planen som utilstrekkelig og uklar i forhold til målene og forventningene.

Nasjonal helse- og omsorgsplan forutsetter forpliktende interkommunalt samarbeid eller kommunesammenslåing uten at dette beskrives eksplisitt i noen av dokumentene og uten at det innføres kraftige stimulerings tiltak for å få dette til.

Det problematiseres ikke at kommuner og helseforetak har ulike systemer for hvordan styringskrav fra myndighetene formidles. Dette, kombinert med en delvis medfinansieringsmodell, gjør at partene ikke vil kunne møtes som likeverdige aktører for å realisere reformens mål.

Når det gjelder finansiering, mener vi at en modell som kombinerer flere elementer kan bidra til å realisere intensjonene i Samhandlingsreformen, forutsatt at elementene er oversiktlige. Medfinansiering kan gi kommunene selvstendig spillerom for å lage gode lokale tiltak, mens en spleis basert på avtale mellom partene forutsetter enighet. Likeledes vil skjerpning av kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter forutsette en avtale mellom partene. Vi mener at de foreslåtte elementene i Nasjonal helse- og omsorgsplan er uferdige.

For at en medfinansieringsmodell skal kunne fungere i en region med flere selvstendige kommuner, forutsetter det i realiteten et interkommunalt forvaltningskontor (bestillerkontor). Vi ser frem til å få del i Værnes-regionens erfaringer med et slikt kontor fra høsten 2011. En medfinansieringsmodell bør være aldersnøytral.

Vi mener at ”Fosen- modellen” der partene blir enige om samhandlingstiltak og finansierer tiltakene gjennom en spleis (Fosen-kommunene, St. Olavs Hospital og Helse Midt-Norge) er god og forpliktende. Men spleismodellen krever tett og langsiktig samarbeid og en god avtale i bunnen. En annen mulighet er å innføre en øremerket ordning fullfinansiert av staten.

Hvis departementet velger å gå videre med medfinansieringsmodellen eller spleismodellen, vil Fosen DMS IKS gjerne være med og bidra i arbeidet ut fra vår erfaring med faglig og økonomisk samarbeid innenfor IKS-modellen.

IKT inklusive videokonferanseteknologi, som er en avgjørende forutsetning for god og fleksibel samhandling over avstand, vil etter vårt syn kreve tydelig nasjonal styring. Norsk helsenetts potensiale bør utnyttes bedre enn det legges opp til i planen.

Vi har for øvrig begrenset vår uttalelse til tema som vi ut fra våre erfaringer mener er viktigst å si noe om.

## **Folkehelse**

### Nasjonale folkehelseiltak

Utviklingen med tanke på økning av antall pasienter med livsstilssykdommer/rusproblemer er godt beskrevet, men vi savner fokus på:

- enkeltindividets ansvar for å ta vare på egen helse
- kommunenes ansvar
- spesialisthelsetjenestens ansvar
- øvrig samfunnsansvar (avgiftspolitik, ernæringspolitikk, skolenes ansvar/rolle, politiets rolle) osv

### Lokalt folkehelsearbeid

Lovutkastet er grundig forberedt og tar opp flere problemstillinger som har vært lite eller til dels dårlig avklart siden forrige lovendring på feltet.

Vi støtter forslaget om å legge ansvaret for folkehelsearbeidet til kommunene som helhet, og ikke til helsetjenesten alene. Pålagt plassering inn i kommunalt planverk vil gi kommunene nødvendige redskaper til å lage et godt grunnlag for alle områder i kommunal aktivitet.

Ved interkommunal organisering av deler av folkehelsearbeidet, f.eks. miljørettet helsevern, bør det fortsatt være mulig å delegerer vedtaksmyndighet til den legen som skal utøve denne myndigheten uansett hva slags samarbeidsform medvirkende kommuner måtte ha.

Den helhetlige tenkningen bør være gjennomgående helt opp til departementsnivået slik at styringssignalene til kommunene fra de ulike deler av statsapparatet er samkjørt ut fra et folkehelseperspektiv. Avgrensninger i forhold til hva fylkeskommunen og fylkesmannen skal bidra med overfor kommunene bør være mer presise slik at dobbeltarbeid og uklare roller kan unngås.

Et dårlig signal er at det ikke loves ressursmessige stimuli til kommunene for å dekke mersatsingen på folkehelse. Det er riktig at kommunene også i dag har mye det samme ansvaret, men det legges helt andre forventninger til resultatene. Bl.a. skal effektiv forebygging vises i form av mindre press på helsetjenesten. Vi foreslår øremerkede midler og følgeforskning frem til 2020. Dette vil gi mulighet for å fremskynde "venstreforskyvning" og få frem synlige effekter av folkehelsearbeid. Hvis det blir slik, vil Fosen garantere storsatsing gjennom sitt distriktsmedisinske senter og folkehelseenhet.

### Sosial ulikhet og helse

I planen står det mye om utjevning av sosiale ulikheter uten at andre samfunnsaktørers rolle for å redusere disse blir beskrevet.

## Helhet og sammenheng

### Generell kommentar

Det er en utfordring for kommunale tjenester og spesialisthelsetjenester å utvikle seg "i takt" når:

- Styringssignaler/styringslinja til helseforetak og kommuner er ulike. En felles plan vil løse noe, men uten at kommuner går sammen om å utvikle tjenestene og opptre sammen i dialog med helseforetakene vil det være vanskelig å sikre likeverdig tilbud til innbyggerne.
- Sykehusstruktur/oppgavefordeling mellom helseforetakene utfordrer dialogen med vertskommunene fordi dette berører arbeidsplasser og utvikling i vertskommunen.
- Grensen mellom kommunalt ansvar og spesialisthelsetjenestens ansvar når det gjelder f eks rehabilitering er ikke definert. Dette gir mulighet for "spill" om ansvar og ansvarsfraskrivelse.
- Vi mener at det bør tilstrebes en større kulturlikhet mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten for eksempel gjennom et felles topplederprogram og lokale lederprogram i felleskap.

### Sykehusstruktur

Det mangler analyser om hvordan spesialisthelsetjenesten vil utvikle seg, for eksempel innenfor kirurgien (spesielt kreftkirurgien), behandling av smittsomme sykdommer, kostnadskrevende medikamenter osv – og hvordan dette vil påvirke sykehusstrukturen.

Det er ikke beskrevet hvordan

- krav om dokumentert kvalitet påvirker sykehusstruktur - hva som bør sentraliseres fordi dette gir bedre kvalitet
- personellutnyttelse påvirker sykehusstruktur - hvor mye ressurser kan benyttes til passiv beredskap

Sett fra kommunesynsvinkel, er det negativt at Nasjonal helse og omsorgsplan og Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester gir motstridende signaler om desentralisering, sykehusstruktur, akuttfunksjoner og fødetilbud, lokalsykehus, lokalmedisinske sentra og forsterkede kommunale tilbud (for eksempel akuttmedisinsk hjelp). Dette er en "både og" – strategi som ikke vil bidra til å realisere Samhandlingsreformens målsettinger.

Da Fosen DMS IKS på vegne av Fosen-kommunene ga sitt høringssvar på Helse Midt-Norges "Strategi 2020" i mai 2010, så man denne strategien i sammenheng med Samhandlingsreformen. Kommunene var innforstått med at det ikke er mulig å frede lokalsykehusene og samtidig bygge opp lokalmedisinske sentra og andre kommunale/interkommunale tiltak. Dette vil føre til at ressursbruken totalt sett øker, mangelen på arbeidskraft forsterkes, og arbeidsfordelingen blir uklar. Vi mener at manglende vilje til å definere lokalsykehusfunksjon vil hemme gjennomføring av Samhandlingsreformen.

Høringsdokumentene er uklare på hvilke oppgaver som søkes overført fra spesialisthelsetjenesten til kommunene, og hvilke midler som skal følge med. Mangelfull trygghet for finansiering av de nye oppgavene gjør det vanskelig å gå offensivt til verks for gjennomføring av Samhandlingsreformen.

## Tilgjengelighet

Under mål for perioden savner vi tre mål:

- Samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak som avklarer ansvars- og oppgavedeling
- Felles IKT -strategi
- Felles prioriteringsveiledere

## Akuttmedisin

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester foreslår å gjøre det enklere å tildele korttids akutthjelp. Samtidig sier tilsvarende plankapittel lite om at et mål bør være å samarbeide om alternativer til sykehus i kommunene.

## Desentraliserte spesialisthelsetjenester

Desentraliserte spesialisthelsetjenester forutsetter en betydelig dialog med ansattes organisasjoner, som sikrer at arbeidsavtaler er tilstrekkelig fleksible slik at ansatte kan jobbe ved desentraliserte tjenester uten at dette medfører betydelige merutgifter.

## Finansiering av helsetjenesten

I tillegg til kommentarene om medfinansieringsmodellen foran, ønsker vi å gi et eksempel på dagens utfordringer som illustrerer kompleksiteten: Dersom en pasient med kostnadskrevede medikamenter utskrives til hjemmet, dekkes dette av blåreseptordningen, men dersom pasienten utskrives til sykehjem, må kommunen dekke kostnaden. En mer samordnet finansieringsordning for hjemmeboende og sykehjemspasienter er ønskelig.

## Psykisk helse og rus

Det er lite fokus på psykisk helse og rus, selv om disse områdene i stortingsmeldingen om Samhandlingsreformen blir pekt ut som de store utfordringsområdene. Forslaget til helse- og omsorgsplanen skisserer tiltak som i akutt situasjonen skal ta vare på psykisk helse og håndtere rusproblemer, men for øvrig vektlegges disse ikke. Samarbeidet mot politi og NAV savnes, spesielt om ruspasienter.

## Gjennomføring

I følge oppdragsdokumentet 2011 skal de regionale helseforetakene i dialog med kommunene forberede seg på reformens gjennomføring. Aktuelle områder for forberedelser kan være gjennomgang av pasientforløp for store pasientgrupper, inngåelse av avtaler med kommunene, videre utvikling av samhandlingstiltak, samarbeidsprosjekter med kommunene om lokale tilbud og samarbeid om utdanning, kompetanseutvikling og forskning. De regionale helseforetakene skal i samarbeid med kommuner kartlegge muligheter for kostnadseffektive samarbeidsprosjekter som erstatter dagens behandling i sykehus, og vurdere etablering av lokalmedisinske sentra. Dette krever at man har vilje til å endre på sykehusstrukturen – også når det måtte innebære nedlegging av lokalsykehus eller omgjøring av disse til lokalmedisinske sentra.

## **Helsepersonell**

## Utdanning og rekruttering

Bestemmelsen i ny lov gir ingen nye føringer ut over dagens bestemmelser.

Fosen DMS IKS mener at det blir viktig med virkemidler for desentralisert utdanning, både grunn-, videre- og etterutdanning. Det må i større grad nyttes teknologiske hjelpemidler som gir enkle og gjennomførbare løp for kompetanseheving i distriktene. Utdanningsinstitusjonene må få virkemidler slik at det blir attraktivt å gi slike tilbud.

Vi ser at det er viktig med å fortsette statlig satsing på kompetanse og rekruttering, med både mål, muligheter og virkemidler. Kompetanseløftet må styrkes og forlenges.

Utdanningsinstitusjonene må ta et større ansvar for at studentene skal kunne oppfatte kommunehelsetjenesten som en faglig interessant og utfordrende arbeidsplass. Felles forståelse og større kulturlikhet innenfor helsetjenesten, som vi har kommentert under avsnittet Helhet og sammenheng, er også viktige forutsetninger for rekruttering. Tiltak for styrking av disse bør tas inn i avtaler mellom kommunene og helseforetakene.

Det er viktig at helseforetak og kommuner ikke kommer i større konkurranse om de knappe personellressursene vi får framover. En større samhandling og desentraliserte/ ambulerende spesialisthelsetjenester vil bidra til attraktive stillinger også i kommunene.

Det nevnes at det skal ses på virkemidler knyttet til kommunens ansvar og oppgaver som praksissted og lærearena. Det er viktig å utvikle gode læringsarena for praksiskompetanse. Dette kan gjøres ved å etablere gode interkommunale samarbeidsløsninger, for eksempel å benytte lokalmedisinske sentra som læringsarena både for høgskole og universitet. Det er nødvendig med økonomiske virkemidler knyttet til dette, slik at kommunene har ressurser til dette arbeidet og til å gjøre det attraktivt å være veileder i praksis. Endringen, som gjorde at midler til praksisveiledere i kommunene ble omgjort til FOU-midler til høgskolene har ikke, slik vi har opplevd det, kommet kommunene til gode.

Området omhandler ikke befolkningens ansvar for egen helse, men inn under kompetanse og rekruttering, hører også helseforetaks og kommuners ansvar for pasientopplæring og systemer for å forebygge utvikling/ forverring av sykdom, slik at befolkningen i større grad kan ta ansvar for egen helse. I tillegg til folkehelsekapitlet, må dette presiseres også i dette kapitlet.

Opplæring i å ta ansvar for egen helse bør starte i tidlig alder, og denne oppgaven er ikke helsepersonellens oppgave alene. Her kan et skolemåltid få sin naturlige plass i opplæringen av nye generasjoner.

Den generelle samfunnsutviklingen med økende antall eldre og økende antall med kroniske sykdommer, er beskrevet som en utvikling som truer samfunnets bæreevne fordi det vil være krevende å skaffe nok ansatte. Denne utfordringen burde vært tydeligere beskrevet og satt sitt preg på foreslåtte tiltak.

## Ledelse og arbeidsmiljø i helsetjenesten

For å møte utfordringene beskrevet i Omsorgsplan 2015 og Samhandlingsreformen, må kommunene ha fokus på den viktigste ressursen: personalressursen.

Vi kan ikke se nye konkrete forslag eller virkemidler, men mer en presisering av det ansvar kommunen pr. i dag også har for å organisere og sikre gode helse- og velferdstjenester til befolkningen.

Vi mener at utdanningsprogram for helse- og omsorgsledere på ulike plan direkte knyttet mot deres ansvarsområde bør videreføres. Igjen må det legges til rette for mer desentraliserte studier og deltidsstudier. Dette må bli et satsingsområde innenfor kompetanseløftet.

## **Kvalitet og faglighet**

### Kvalitet og læringskultur

I kapitlet snakkes det mye om behovet for nye kvalitetsindikatorer og lederansvar i fht innføring av flere veiledere. Vi ser ikke at planen berører *opplevd kvalitet* i forhold til objektiv kvalitet. Objektiv og opplevd kvalitet er to sider av samme sak. Befolkningens følelse av trygghet for gode tjenester er avhengig av hvordan vi klarer å definere og formidle viktige valg, som for eksempel når nærhet og desentralisering eller samling og spesialisering er nødvendig. Ofte er den mest reelle tryggheten en god ambulansetjeneste.

Det legges enorme forventninger på helse- og omsorgsledere, som (ikke bare på Fosen) nesten ikke har etablerte, velfungerende stabsfunksjoner som kan bistå. Den tilsiktede gode hensikten med veiledere og indikatorer vil medføre større behov for administrativ støtte. Flere og større rettigheter til brukerne vil betinge mer saksbehandling.

### Forskning og innovasjon

Fosen DMS IKS ser at følgeforskning av Samhandlingsreformen er en nødvendighet, spesielt fordi reformen vil trekke over flere år og ta form underveis. Det vil være mye å lære av en slik forskning.

For øvrig er det for lite fokusert på forskning og spredning av forskningsresultater – spesielt på effekten av samhandlingstiltak, forebygging og rehabilitering. Kapitlet virker mer skreddersydd for forskning i spesialisthelsetjenesten og FoU-institusjoner.

Når det gjelder forskning innenfor de foreslåtte prioriterte områder, savner vi konkretisering av hvordan dette kan skje i kommunenes helsetjeneste og pleie- og omsorgstjeneste. Det finnes ikke infrastruktur for forskning eller systemer for karriereløp som innebærer forskning i små kommuner. Det nærmeste av tilgjengelige ressurser er knyttet til regionale sentra for omsorgsforskning eller fylkesvise utviklingssentra for hjemmetjenester og sykehjem. Begge instanser har små midler og få folk til å bistå kommuner slik at disse i det minste kan skrive forskningsprotokoller og –søknader til regionale forskningsfond eller andre aktuelle fond som prioriterer denne typen forskning.

Vi foreslår at Fosen gjøres til en forsøksregion for samhandling mellom akademiske miljøer i universitet og høyskoler og det distriktsmedisinske senteret. Dette kan gjøres ved å tilføre midler og opprette en professor2–stilling ved Fosen DMS, som kan bidra til at forskningsprosjekter knyttet til samhandling og pasientforløp kvalitetsmessig kan konkurrere om forskningsmidler.

Innovasjon handler om å skape nytt ut fra det å betrakte arbeidsprosesser og tjenester med innovative øyne. I våre øyne er det vanskelig å se at enda flere veiledere kan føre til mer innovasjon - snarere tvert imot. Omsorgsteknologi er et innovasjons- og forskningsområde som bør vies mer oppmerksomhet på, herunder:

- stimulering til teknologiutvikling

- erfaringer fra bruk av omsorgsteknologi
- etiske og juridiske forhold

Anbefalingene som kommer i Hagen-utvalgets utredning bør gi gode retningsvalg for bruk av framtidens velferdsteknologi.

## Fremtidens kommunehelsetjeneste

### Kommentarer til lov om kommunale helse- og omsorgstjenester

- Det er positivt at kommunene får et sørge for -ansvar og at det foreslås profesjonsnøytrale lover
- Det er foreslått å gjøre det enklere å tildele korttids akutthjelp. Dette er en stor hjelp for å gi pasientene alternativer til sykehusinnleggelse, men krever avklaring av ansvars- og arbeidsfordeling (lokalsykehus, lms, kommuner)
- Fosen DMS IKS anbefaler at det skal lovfestes at kommunene har plikt til å etablere døgntilbud for observasjon, undersøkelse og behandling som alternativ til sykehusinnleggelse. Vi tror at lovfesting vil bidra til at etablering av slike tilbud vil gå raskere
- Det er viktig og riktig å utvide fastlegeforskriften slik dette er foreslått i kapittel 16.

### Legetjenester i kommunene

Styrking av kommunens styringsmulighet av fastlegene er sterkt knyttet til avlønning. Lønn for offentlig legearbeid står som regel ikke i forhold til hva en lege tjener i sin kurative virksomhet.

Ved endring av fastlegeforskriften slik som foreslått, vil man få mindre tid til kurativ virksomhet. Rekruttering av flere leger til kommunehelsetjenesten bør dermed sikres. Utdanningssystemet bør ha større fokus på rekrutteringsutfordringene i primærhelsetjenesten - i dag ligger hovedfokus på sykehus.

Per capita -tilskuddet vil i mange tilfeller ikke være et godt styringsverktøy, siden dette tilskuddet ved mange (kommunalt drevne) legekantor betales i sin helhet tilbake til kommunen for å kunne dekke (deler av) kommunens driftsutgifter. Man får særlig et negativt utslag i distriktskommuner, siden det er der man som regel har kommunalt drevne legekantor. Den foreslåtte 50/50-modellen kan dermed slå ugunstig ut for distriktskommunene. Vekting av per capita -tilskuddet for ressurskrevende pasienter kan dermed også være et svakt virkemiddel.

Vi mener at det er bra at primærhelsetjeneste skal prioriteres. Men i denne sammenheng skal man være oppmerksom på følgende:

- Distriktskommuner kommer fortsatt til å ha utfordringer knyttet til å besette legehjemler. Legevaktsamarbeid med redusert vaktbelastning og innføring av hjelpepersonell på vakt bør ses i sammenheng med dette. En stabil og robust fastlegeordning som også ivaretar de offentlige legefunksjonene vil for de fleste distriktskommuner bety interkommunale tjenester
- Styrking av allmennlegetjenesten skal blant annet avlaste spesialisthelsetjenesten. I utgangspunktet er tanken bra, men i denne sammenheng skal man likevel ta høyde for at økt antall leger i primærhelsetjeneste ikke nødvendigvis vil føre til en avlastning i spesialisthelsetjenesten. Samhandlingsreformen omtaler fastlegens 'portvaktfunksjon' til



sykehus. Fastlegen kan kun ta på seg denne rollen når det legges opp til gode nok incentiver for fastlegen:

- Økonomisk: Samhandlingsreformen legger opp til at det skal være økonomisk gunstig for kommunene når en pasient kan få oppfølging i egen kommune. I dette ligger det i utgangspunktet ikke et økonomisk incentiv for fastlegen. Det er viktig å huske på at fastlegen i mange tilfeller er en selvstendig næringsdrivende aktør, og dette utfordrer per definisjon kommunens styringsmuligheter og/eller legens (faglige) avgjørelser om man skal legge inn en pasient på sykehuset eller ikke.
- Faglig: For at fastlegen skal kunne fungere som en portvokter til sykehus, bør det kommunale faglige tilbudet være et reelt alternativ. Kommunene bør altså bli satt i stand til å kunne etablere et fullverdig tjenestetilbud som legen kan ta i bruk. Dette gjelder for både det akuttmedisinske og det forebyggende tjenestetilbud i kommunen.

Vi innser viktigheten av nasjonale kvalitets- og funksjonskrav til legetjenesten i kommunene, men vil påpeke at dette ikke bør medføre uforholdsmessig ressursbruk til kartlegging og rapportering for kommunene. Videre bør man være oppmerksom på de kriteriene man skal legge til grunn for rapporteringen for å unngå at disse blir tolket på forskjellige måter.

Når det gjelder kommunelege I (kommuneoverlege), må lover og forskrifter tilpasses slik at det blir lettere å gå inn for interkommunale løsninger, bl. a. når det gjelder muligheter for delegering til organiserte samarbeidsløsninger.

#### Om pleie- og omsorgstjenester

Når det gjelder beskrevne mål og virkemidler, er jo disse i aller høyeste grad i tråd med en verdig omsorgstjeneste. Vi er usikker på hva verdighetsgarantien vil innebære for kommunene. Det vil være vanskelig å planlegge tjenester når finansieringsordningen ikke er avklart.

I ht framtidens oppgavefordeling mellom 1. og 2. linjetjenesten, virker målene for ambisiøse, særlig med tanke på finansieringsordningen.

Det bør være en felles tilsynsmyndighet p. g.a. felles lovgivning. Myndigheten må også bestemme seg for om de skal prøve alle sidene av en klagesak eller bare utmåling av tjenestene.

### **Oppsummering**

Høringsdokumentene gir i store trekk et godt bilde av utfordringene og skisserer målsettinger som vi kan slutte oss til, mens virkemidlene er uklare og svake – også delvis motstridende. Dette kan illustreres bl.a. ved oppdraget som spesialisthelsetjenesten har fått i ft kommunene:

I følge oppdragsdokumentet 2011 skal Helse Midt-Norge i dialog med kommunene forberede seg på reformens gjennomføring. Aktuelle områder for forberedelser kan være gjennomgang av pasientforløp for store pasientgrupper, inngåelse av avtaler med kommunene, videreutvikling av samhandlingstiltak, samarbeidsprosjekter med kommunene om lokale tilbud og samarbeid om utdanning, kompetanseutvikling og forskning. De regionale helseforetakene skal i samarbeid med kommuner kartlegge muligheter for kostnadseffektive samarbeidsprosjekter som erstatter dagens behandling i sykehus, og vurdere etablering av

lokalmedisinske sentra. På Fosen er mye av dette på plass allerede i dag, men vi ser at dette er store, krevende oppgaver, som er vanskelig å gjennomføre med de virkemidler som skisseres i høringsdokumentene.

#### De viktigste punktene i vårt høringssvar:

Fosen DMS IKS er enig i den overordnede beskrivelsen av utfordringer, samhandlingsbehov og målene med Samhandlingsreformen.

Vi vurderer ”Mulige virkemidler” som presenteres i planen som utilstrekkelig og uklare i forhold til målene og forventningene.

Vi støtter en finansieringsmodell som kombinerer flere elementer, forutsatt at disse er oversiktlige. Vi mener at de foreslåtte elementene i Nasjonal helse- og omsorgsplan er ufullstendige.

IKT inklusive videokonferanseteknologi vil etter vårt syn kreve tydelig nasjonal styring. Norsk helsenetts potensiale bør utnyttes bedre enn det legges opp til i planen.

Vi støtter forslaget om å legge ansvaret for folkehelsearbeidet til kommunene som helhet, og ikke til helsetjenesten alene. Styringssignaler til kommunene fra de ulike deler av statsapparatet bør også samkjøres ut fra et folkehelseperspektiv. Fylkeskommunens og fylkesmannens bidrag overfor kommunene bør presiseres.

Kommunene må få ressursmessige stimuli for å dekke mersatsingen på folkehelse ut fra forventninger til resultater, bl.a. mindre press på helsetjenesten. Vi foreslår øremerkede midler og følgeforskning frem til 2020.

Vi mener at det bør tilstrebes en større kulturlikhet mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten for eksempel gjennom et felles topplederprogram.

Vi mener at manglende vilje til å endre sykehusstrukturen vil hemme gjennomføring av Samhandlingsreformen. Det må være mulig å legge ned lokalsykehus eller omgjøre disse til lokalmedisinske sentra av faglige og ressursmessige grunner.

Høringsdokumentene er uklare på hvilke oppgaver som søkes overført fra spesialisthelsetjenesten til kommunene, og hvilke midler som skal følge med. Mangelfull trygghet for finansiering av de nye oppgavene gjør det vanskelig å gå offensivt til verks for gjennomføring av Samhandlingsreformen.

Tilgjengelighet er sterkt knyttet til samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak som avklarer ansvars- og oppgavedeling, felles IKT –strategi og felles prioriteringsveiledere.

Vi er enig i forslaget om å gjøre det enklere å tildele korttids akutthjelp i kommunehelsetjenesten, men dette må ses i sammenheng med alternativer til sykehus.

Det er lite fokus på psykisk helse og rus, utenom forslag til tiltak i akuttsituasjoner.

Vi mener at det blir viktig med virkemidler for desentralisert utdanning og bruk av teknologiske hjelpemidler til dette.

Kompetanseløftet må styrkes og forlenges.

Utdanningsinstitusjonene må ta et større ansvar for at studentene skal kunne oppfatte kommunehelsetjenesten som en faglig interessant og utfordrende arbeidsplass.

Virkemidler knyttet til kommunens ansvar og oppgaver som praksissted og lærearena må styrkes, inklusive bruk av lokalmedisinske sentra som læringsarena både for høgskole og universitet. Det er nødvendig med økonomiske virkemidler knyttet til dette. Omgjøringen av praksisveiledningsmidler til FOU-midler som forvaltes av høgskolene har ikke kommet kommunene til gode.

Den generelle samfunnsutviklingen med økende antall eldre og kronisk syke er beskrevet som en utvikling som truer samfunnets bæreevne fordi det vil være krevende å skaffe nok ansatte. Denne utfordringen burde vært tydeligere beskrevet og satt sitt preg på foreslåtte tiltak.

Den tilsiktede gode hensikten med veiledere og indikatorer vil medføre større behov for administrativ støtte i kommunehelsetjenesten.

Fosen DMS IKS ser at følgeforskning av Samhandlingsreformen er en nødvendighet, spesielt fordi reformen vil trekke over flere år og ta form underveis.

Vi savner konkretisering av hvordan forskning innenfor de foreslåtte prioriterte områder kan skje i kommunenes helse-, pleie- og omsorgstjeneste.

Vi foreslår at Fosen gjøres til en forsøksregion for samhandling mellom akademiske miljøer i universitet og høgskoler og det distriktsmedisinske senteret. Dette kan gjøres ved å tilføre midler og opprette en professor2-stilling ved Fosen DMS, som kan bidra til at forskningsprosjekter knyttet til samhandling og pasientforløp kvalitetsmessig kan konkurrere om forskningsmidler og bidra til ny kunnskap.

Omsorgsteknologi bør vies mer oppmerksomhet på. Anbefalingene som kommer i Hagen-utvalgets utredning bør gi gode retningsvalg for bruk av framtidens velferdsteknologi.

Det er positivt at kommunene får et sørge for -ansvar og at det foreslås profesjonsnøytrale lover.

Fosen DMS IKS anbefaler at det skal lovfestes at kommunene har plikt til å etablere døgntilbud for observasjon, undersøkelse og behandling som alternativ til sykehusinnleggelse.

Den foreslåtte 50/50-modellen på per capita -tilskuddet til leger kan slå ugunstig ut for distriktskommunene, som ofte har kommunalt drevne legekantor.

Rekruttering av flere leger til kommunehelsetjenesten bør sikres. Legevaktsamarbeid med redusert vaktbelastning og innføring av hjelpepersonell på vakt bør ses i sammenheng med

dette. En stabil og robust fastlegeordning som også ivaretar de offentlige legefunksjonene vil for de fleste distriktskommuner bety interkommunale tjenester

Utdanningssystemet bør ha større fokus på rekrutteringsutfordringene i primærhelsetjenesten.

For at fastlegen skal kunne fungere som en portvokter til sykehus, bør kommunene settes i stand til å kunne etablere et fullverdig tjenestetilbud som legen kan ta i bruk. Dette gjelder for både det akuttmedisinske og det forebyggende tjenestetilbud i kommunen.

Når det gjelder kommunelege I (kommuneoverlege), må lover og forskrifter tilpasses slik at det blir lettere å gå inn for interkommunale løsninger, herunder delegering av myndighet.

Det bør være en felles tilsynsmyndighet p. g.a. felles lovgivning.

### **Til slutt:**

Fosen DMS IKS vil gjerne bidra i det videre arbeidet med konkretisering av økonomiske og andre virkemidler. Vi er villig til å dele vår erfaring med de politiske og faglige myndigheter som har planleggings- og gjennomføringsansvar for denne viktige helsepolitiske reformen.