



Nærøy kommune

Sentraladministrasjon

Melding om vedtak

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 Oslo

Deres ref.:

Vår ref.:
2010/1218-3

Saksbeh.:
Syrene Ingulfsvann Holmboe, 74 38 27 41

Arkivkode:
G00

Dato:
18.01.2011

Høring - Ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og ny lov om folkehelse

Ovennevnte sak ble behandlet i Formannskapet i Nærøy den 18.01.2011, sak 6/11.

Fullstendig saksframlegg med vedtak (høringsuttalelse fra Nærøy kommune) følger vedlagt.

Med hilsen

Syrene Ingulfsvann Holmboe
formannskapssekretær



Nærøy kommune

Arkiv: G00
Saksmappe: 2010/1218-2
Saksbehandler: Arnt M. Wendelbo
Dato: 11.01.2011

Saksframlegg

Utvalgssaksnr	Utvalg	Møtedato
6/11	Formannskapet	18.01.2011

Sak:	Høring - Ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og ny lov om folkehelse
-------------	--

Vedlegg:

- 1 Helse- og omsorgsdepartementet - oversendelse til høring forslag til ny folkehelselov
- 2 Høring - forslag til ny kommunal helse- og omsorgslov

Bakgrunn

Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) sendte i høringsbrev 15.10.2010 og 18.10.2010 to lovforslag til høring, henholdsvis forslag til ny *kommunal helse- og omsorgslov* og ny *folkehelselov*. Begge lovforslagene er relatert til iverksetting av Samhandlingsreformen (jfr St melding nr 47 (2008 – 2009) *Samhandlingsreformen*

I tillegg til dette er grunnlaget for ny Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015) lagt ut på høring. For innspill til helse og omsorgsplanen er det lagt opp til at dette skal gjøres på nettet og da via følgende nettsted, <http://fremtidenshelsetjeneste.regjeringen.no/>.

Høringsfristen for begge lovforslagene og grunnlaget for ny nasjonal helse og omsorgsplan 18.01.2011.

Kommunene Leka, Vikna, Nærøy og Bindal samarbeider i dag om et prosjekt som skal utrede løsninger som svar på utfordringene i samhandlingsreformen.

Som et ledd i dette prosjektet ble det besluttet at det skulle utarbeides felles saksframlegg med forslag til høringsuttalelse. Forslaget til høringsuttalelse er nå klart og saken legges med dette fram til politisk behandling.

Samhandlingsreformen bygger iht høringsbrevene blant annet på en overordnet målsetting om å redusere sosiale helseforskjeller, og at alle skal ha et likeverdig tilbud om helse- og omsorgstjenester uavhengig av diagnose, bosted, personlig økonomi, kjønn, etnisk bakgrunn og den enkeltes livssituasjon. Når sykdom rammer, er det viktig at folk skal oppleve at de får tilbud om nødvendig behandling og omsorg med kort ventetid og med størst mulig nærhet til brukeren. Målene med samhandlingsreformen er:

- Økt livskvalitet og redusert press på helsetjenesten gjennom satsing på helsefremmende og forebyggende arbeid.
- Dempet vekst i bruk av sykehus tjenester ved at en større del av helsetjenestene ytes av den kommunale helse- og omsorgstjenesten – forutsatt like god eller bedre kvalitet samt kostnadseffektivitet.

- Mer helhetlige og koordinerte tjenester til pasienter og brukere gjennom forpliktende samarbeidsavtaler og avtalte behandlingsforløp.

De to lovforslagene vil til sammen erstatte kommunehelsetjenesteloven, sosialtjenesteloven og lov om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet. Det tas sikte på at lovforslagene kan fremmes for Stortinget i form av lovproposisjoner våren 2011.

Regjeringens intensjon er at forslagene til ny lov skal medføre økt aktivitet i kommunene:

- Kommunen skal øke innsatsen i forhold til forebygging, tidlig intervensjon og tiltak mot unødvendig innleggelse av pasienter i sykehus, herunder også systemarbeid i forhold til oppfølging av disse plikter.
- Kommunen skal ha økt innsats på samarbeid og samordning med andre kommuner, fylkeskommuner og helseforetak, herunder plikt til å inngå avtaler med helseforetak.
- Kommunen skal etablere en egen pasient-koordinator til mennesker med behov for langvarige og sammensatte tjenester.
- Kommunen kan få et ansvar for å opprette et tilbud om øyeblikkelig hjelp. Oppgaven vil kun gjelde for pasientgrupper som kommunen selv har mulighet til å utrede, behandle eller yte omsorg for i stedet for innleggelse på sykehus.
- Kommunens ansvar for å følge opp allmennlegetjenesten, herunder i forhold til kvalitet, presiseres.
- Kommunen skal vurdere samarbeidsløsninger med helseforetak og andre kommuner, om mer krevende behandlingstilbud slik som distriktsmedisinske sentre eller lokal medisinske sentra.
- Alle tjenester og organisering skal vurderes i forhold til en foreslått forsvarlighetsstandard.
- Kommunene kan til en viss grad påvirke behovet for behandling av psykiske lidelser og rusmiddelavhengighet i spesialisthelsetjenesten.
- Kommunen skal legge større vekt på rehabilitering.

Forslag til Lov om folkehelse legger også et større ansvar på kommunene i forhold til følgende områder:

- Ansvaret for folkehelsearbeid legges til kommunen som sådan. I dag ligger ansvaret i kommunens helsetjeneste. Forslaget innebærer at kommunen skal bruke alle sine sektorer for å fremme folkehelse, ikke bare helsesektoren.
- Kommunen skal fastsette mål og strategier for folkehelsearbeidet egnet for å møte kommunens egne helseutfordringer. Mål og strategier skal forankres i planprosessene etter plan- og bygningsloven.
- Kommunen skal iverksette nødvendige tiltak for å møte lokale utfordringer.

- Kommunens ansvar for å ha oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer blir konkretisert slik at de får et tydelig bilde av hva som er de lokale helseutfordringer i den enkelte kommune. Statlige helsemyndigheter og fylkeskommunene skal gjøre opplysninger tilgjengelig og understøtte kommunene.
- En drøfting av kommunens helseutfordringer skal blant annet danne grunnlag for lokal planstrategi. På samme måte skal en drøfting av fylkets helseutfordringer inngå i regional planstrategi.
- De store folkesykdommene krever fornyet og samlet innsats i alle berørte sektorer.

Vurdering

Rådmannen har gått gjennom forslag til nye lover innenfor helse-, omsorgs- og folkehelseområdet og er positiv til at endringer i oppgaver for kommunen lovreguleres. Det er imidlertid svært viktig at de tjenesteområdene som reguleres og de nye pliktene som tillegges kommunene ikke påfører kommunene oppgaver som fører til store økonomiske utgifter og problemer med å skaffe kompetent arbeidskraft.

Rådmannen vil understreke viktigheten av at endringene som de nye lovene medfører må en gradvis innføring, slik at kommunen kan tilpasse sin organisasjon og drift til disse. Det er viktig at avtalene mellom kommunen og helseforetaket tar høyde for denne gradvise innføringen, fordi dette handler om de oppgavene som kommunen skal ta et meransvar for og spesialisthelsetjenesten dermed et mindre ansvar.

Det forutsettes at merkostnader som følge av nye oppgaver blir fullfinansiert fra statens side, samt at endringer i forhold til pasientforløp ikke iverksettes før kommunen er sikret økonomiske rammer for å imøtekomme endringene.

Hovedpunktene i lovforslagene går fram av de to høringsnotatenes innledningskapittel. Disse er vedlagt saken. Når det gjelder forslaget til uttalelse har rådmannen følgende kommentarer: Uttalelsen tar ikke opp alle sider av de to lovforslagene, men konsentrerer seg

- om enkelte overordnede/generelle spørsmål som anses særlig viktige, samt
- Særlige problemstillinger knyttet til forslag til ny kommunal helse- og omsorgslov. Særlig vekt legges på spørsmål med relevans for Nord-Trøndelag og kommunene i region Ytre Namdal og Bindal.
- Særlige problemstillinger knyttet til forslag til ny folkehelselov.

På grunn av høringsfristen 18.01.11 vil rådmannen tilrå at formannskapet fatter vedtak med hjemmel i kommunelovens §13 (hasteparagrafen)

Rådmannens forslag til vedtak:

Nærøy kommune vedtar følgende høringsuttalelse til forslag om ny lov om helse- og omsorgstjenester og ny lov om folkehelse:

1. Generelt

De overordnede målsettingene for Samhandlingsreformen støttes. Iverksetting av reformen krever omfattende endring på flere plan, og de to lovforslagene vil være basis for det som da skal skje. Mye av det som presenteres i lovforslagene er viktig og bra, men noen viktige forhold bør revurderes/forbedres:

1.1 Samarbeidsregimet/-avtalene.

I høringsnotatene legges det stor vekt på å sikre bedre samhandling innad i kommunen, samt mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Det foreslås lovregulert at kommuner og spesialisthelsetjeneste skal legge til rette for samhandling mellom ulike deltjenester og med andre tjenesteytere. Det foreslås også å innføre et nytt *avtalesystem* mellom tjenestenivåene.

Et lovfestet avtalesystem mellom helseforetakene og kommunene antas å kunne bidra til et mer likeverdig partsforhold i avtaler, og sikre mer enhetlig praksis. Det er også viktig for å sikre helhetlige og sammenhengende pasientforløp. Departementet ønsker imidlertid at kommunene og foretakene selv tar ansvaret for å sørge for god samhandling.

Departementet foreslår ikke noen tilsvarende lovfestet plikt til avtalebasert samarbeid for kommuner, og vi støtter departementets vurderinger og konklusjon om dette.

Lovforslagene innebærer en stor omlegging av helse- og omsorgssektoren, hvor en av hovedintensjonene er å flytte oppgaver fra spesialisthelsetjenesten til kommunal helse- og omsorgstjeneste. Samtidig legges det opp til betydelige økonomiske utvekslinger og insentiver mellom partene. Dette betinger igjen bruk av markedsliknende – dvs kontraktsbaserte - reguleringsformer.

Det er grunn til bekymring om hvorvidt det skisserte regimet kan bli likeverdig og balansert, og så sømløst som ønsket. Når vi her til lands har 4 tungt spesialiserte helseforetak på den ene siden og 430 generalistkommuner av varierende størrelse på den andre, vil det være betydelig skjevhet i tyngde, kapasitet, kompetanse osv i et avtalebasert system hvor partene er overlatt til seg selv.

Selv om departementet mener at det vil utvikles standardiserte avtaler, vil skjevheten likevel være tilstede, ikke minst i den løpende praktiseringen av avtalene. Ulikhetene i vårt vidstrakte land tilsier også at standardisering i ett og alt er vanskelig, og kanskje heller ikke ønskelig.

I stedet for å henvise uklarhetene og interessekonfliktene i denne store samhandlingsreformen til rettsapparatet, bør det overveies å etablere en offentlig overinstans med helhetlig ansvar for å sikre samhandling, likeverdighet, økonomiske balanse osv mellom helseforetakene og kommunene. Utviklingsevnen i systemet som helhet ivaretas kanskje også best med en slik løsning.

En særlig bekymring med et omfattende avtale-/kontraktsbasert samhandlingssystem, er de transaksjonskostnadene som dette vil medføre, særlig hvis transaksjonene i sum har store økonomiske konsekvenser og kriteriene kan tolkes ulikt av partene. De økonomiske rammene for reformen må nødvendigvis inkludere dekning for slike administrative merkostnader.

1.2 Finansiering av helsetjenesten

Det økonomiske opplegget for reformen virker uferdig og lite konsistent. På den ene siden legges det opp til et samhandlingsregime basert på økonomiske insentiver når det gjelder pasientflyten mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene. Her er det altså slik at innsats og kvalitet skal lønne seg.

På folkehelseområdet gjelder nærmest det motsatte. Departementet argumenterer sterkt for at kommunene ikke skal gis dekning av sine kostnader for økt innsats, samtidig som den økonomiske gevinsten av kommunal innsats kommer andre enn kommunene til gode. Argumentet er at kommunenes innsats egentlig er forutsatt i gjeldende lovverk, og derfor ikke skal kompenseres. Det er vanskelig å forstå at departementet kan argumentere slik og samtidig annonsere et radikalt løft for det kommunale folkehelsearbeidet. Hele satsingen blir dermed lite troverdig, og vil skape frustrasjon i stedet for engasjement i kommunene.

Det er viktig at det økonomiske rammeverket fanger opp de ulikhetene man har mellom kommunene. Bl a er det påvist at ulike sosioøkonomiske forhold gir merkbare ulikheter mht til folkehelse og utfordringer knyttet til dette (noe man ønsker å gjøre noe med). Departementet bør utvikle et kriteriesett for dette, særlig for å beregne utgiftsdekningen til kommunene, som reflekterer slike forskjeller i oppgavenes karakter og omfang.

Det er foreslått en medfinansiering som skal gjelde kun enkelte pasientgrupper, eller for eksempel bare de over 80 år. Alder som kriterium for hvor man får helsehjelp må fjernes. Det skal være en vurdering av den enkeltes pasients lidelse og behov som skal være avgjørende for helsehjelpen som gis.

Erfaringer fra Danmark og den danske modellen som ligner mye på den som regjeringen foreslår er at ordningen ikke har hatt ønsket effekt på grunn av at 20 % kommunal medfinansiering ikke gir store nok økonomiske insentiv for kommunene til å bygge opp kommunale alternativer. Små kommuner betaler i stedet for å handle fordi de økonomiske incitamentene ikke er store nok. Det danske systemet med medfinansiering forutsetter i tillegg en kommunestørrelse på 25-35 000 innbyggere, eller ordninger som jevner ut risiko for mindre kommuner. (I Danmark er det satt ned utvalg som skal revurdere de økonomiske incitamentene,) I region Ytre Namdal og Bindal (11 306 innbyggere) er det store geografiske avstander mellom sentra, dårlig veistandard, begrenset offentlig kommunikasjon, og kan ikke sammenlignes med Danmark.

På bakgrunn av de danske erfaringene, er vi kritisk over forslagene om finansieringsmodell. Endringene slik de nå er foreslått, vil ikke bidra til at kommunene bygger opp alternative tilbud som erstatning for eksisterende tilbud innenfor spesialisthelsetjenesten. Finansieringsordningen vil heller ikke stimulere kommunene økonomisk til økt innsats på forebygging som er en av kjernetankene i reformen.

1.3 Legetjenesten og legenes rolle.

FASTLEGEORDNINGEN:

Når kommunene får større oppgaver og mer ansvar for forebyggende arbeid og helsetjenester til befolkningen, vil legetjenesten bli sentral. Kommunene vil ha behov for mer samarbeid med fastlegene og mange kommuner ønsker mulighet for mer styring av fastlegene. Vi mener:

- **Listeansvar:**

Fastlegenes ansvar for de som står på listen må forsterkes, dette kan gjerne skje gjennom forskrift. Deler av befolkningen bruker fastlegeordningen for lite. Det gjelder mange ungdommer, noen med psykiske lidelser, en del funksjonshemmede, og en del med alvorlige sykdommer. En del gamle har praktiske vanskeligheter med å komme seg til fastlegen, og mange med kognitiv svikt, f eks demens klarer heller ikke å bruke fastlegen sin på en

hensiktsmessig måte. Vi mener at fastlegens ansvar for syke mennesker bør utvides. Fastlegen må også få en sterkere plikt til å samarbeide med kommunale tjenester. Takstsystemet (Normaltariffen) 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.

- **Tilskuddsordningen:**

Vi er motstander av å øke kommunens andel av tilskuddet til fastlegene til 50/ 50, dette bør fortsette som i dagens modell. Dagens modell innebærer at legene får ca 25 % fra et tilskudd knyttet til hvor mange innbyggere de har på lista si, ca 35 % fra pasientenes egenandeler og ca 40 % fra trygderefusjoner. Det er gjennom trygderefusjoner legene får takster for langvarige konsultasjoner med krevende problemstillinger, tverrfaglige samarbeidsmøter, småkirurgi og utstyrskrevede prosedyrer som EKG og lungefunksjonsundersøkelser og lignende. En økning av kommunens andel til 50 % vil innebære reduksjon av trygderefusjon til ca 15 %. Dette vil gi legene mindre betalt for langvarige konsultasjoner, tverrfaglig samarbeid m. m. og kan føre til at målsetningen i samhandlingsreformen ikke oppnås.

- **Allmennmedisinske offentlige oppgaver.**

Dette er foreslått videreført med mulighet for å kunne pålegge 7.5 timer pr uke. Mange kommuner, kanskje særlig små kommuner opplever dette som for lite til å dekke behovet. Vi mener derfor at dette bør økes til inntil 15 timer/ uke.

Hva slags oppgaver som skal kunne pålegges er ikke foreslått endret. Vi vil særlig peke på behovet for å kunne pålegge legene arbeid i lokallmedisinske sentre. Legestillingene her har noen steder vist seg vanskelige/ umulige for kommunene å få besatt.

KOMMUNEOVERLEGE:

Samfunnsmedisinsk kompetanse er også nødvendig når kommunene får økt ansvar. Kommuneoverlegens kompetanse anses sentral i begge lovforslagene, og vi deler denne vurderingen. Mange kommuner strever imidlertid i dag med å rekruttere og beholde leger i disse stillingene. Interkommunalt samarbeid har vært forsøkt en del steder, men om dette bedrer rekrutteringen på sikt er så vidt vi kjenner til ikke systematisk undersøkt. Mange leger ønsker en kombinasjonstilling, og kanskje rekrutterer slike stillinger bedre i mange kommuner. Vi mener:

- Rekrutteringen til samfunnsmedisinske stillinger i kommunene må gis betydelig oppmerksomhet i årene framover.
- Høringsnotatet til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester drøfter på sidene 187 ff kommuneoverlegens rolle som medisinsk- faglig rådgiver *i kommunen*. I selve forslaget §5.5 står det imidlertid at kommuneoverlegen skal være medisinsk- faglig rådgiver for helse- og omsorgstjenesten. Vi mener:
- I § 5.5 bør det stå *at kommuneoverlegen er medisinsk-faglig rådgiver for kommunen*.

1.4 IT-system.

Departementet påpeker at bruk av IT er svært viktig for å kunne sikre en tilfredsstillende produksjon og tilgang av relevant pasientinformasjon i det nye samhandlingsregimet. Dette krever en omfattende utbygging og integrering av helseinformasjonssystemer, basert på bl.a. felles standarder. Vi er enig i at dette er en grunnleggende forutsetning for å oppnå tilfredsstillende samhandling mellom de ulike partene og de respektive nivåene. Høringsutkastet er imidlertid svært lite konkret på hvordan denne utfordringen skal takles.

Med erfaring for hvor vanskelig slik systemintegrering har vært hittil, er det sannsynlig at det vil ta lang tid før en tilfredsstillende elektronisk samhandlingsplattform er etablert.

Vi ser ikke bort fra at manglende elektroniske samhandlingssystemer kan ha avgjørende betydning for når ulike deler av Samhandlingsreformen kan gjennomføres. I høringsnotatet er det først og fremst systemene for pasientinformasjon som omtales. Den forvaltningsmessige/rettslige delen av reformen vil imidlertid også kreve hensiktsmessige tversgående system, og kvalitetssystemene må samkjøres. Sammen med den omfattende, kontraktsbaserte økonomiske samhandlingen mellom partene vil dette kreve sterk integrering langt inn i deres hovedadministrative system.

Departementets tilnærming er å drøfte noen enkeltstående utfordringer og henvise løsningen til nye forskrifter. Ser man imidlertid på summen av de mange utfordringene som melder seg på IT-området, mener vi det kreves et større og mer helhetlig grep fra regjeringens side. Hva må være på plass før første samhandlingstrinn kan iverksettes? Dessuten: å tro at dette ikke vil koste noe for kommunene er urealistisk. Hvis det skal lykkes må man sette kommunene økonomisk i stand til å gjennomføre det.

1.5 Klageinstans og tilsynsmyndighet.

TILSYNSMYNDIGHET:

For begge lovforslag ber departementet om høringsinstansenes syn på hvem som skal være tilsynsmyndighet, Fylkesmannen eller Helsetilsynet.

Vi mener at Fylkesmannen bør være tilsynsmyndighet etter begge lovene. Når det gjelder Folkehelseloven er hovedargumentet at folkehelsearbeidet vil berøre også andre sektorer enn helsetjenesten, og at Fylkesmannen ellers har tilsyn med disse sektorene. Vi mener hensynet til samordning av statlig tilsyn med kommunesektoren tilsier at tilsynet bør skje etter kommunelovens kap 10A.

KLAGE:

Nåværende klagesituasjon er uoversiktlig. Vi er enig i vurderingen (s 328) om at klagereglene bør forenkles og harmoniseres. Dette gjelder både reglene om hva det kan klages på, hvordan, hvem som er klageinstans og klageinstansens kompetanse.

Hvem skal klagen sendes til: det er foreslått at klagen skal sendes til den instans som har truffet vedtaket eller avgjørelsen, slik at denne forbereder klagebehandlingen og evt selv kan omgjøre vedtaket. Mange klager kan derved avgjøres lokalt og vi tror det er en fordel både for pasient/ bruker og for kommunen som tjenesteyter.

Hvem er klageinstans: Vi ønsker en løsning der Fylkesmannen er klageinstans også for enkeltvedtak etter ny helse- og omsorgslov. Dette innebærer en forenkling for publikum i sammensatte saker, og også en forenkling for kommunen. Vi mener ikke at dette vil innebære noen faglig svekkelse av klageinstansen.

Klageinstansens kompetanse til å fatte nye vedtak: Vi forstår høringsnotatet slik at det foreslås at klageinstansen kan oppheve kommunens vedtak og sende saken tilbake til ny behandling i kommunen, men ikke selv treffe vedtak i saken. Vi støtter dette. Klageinstansen gjør da en lovlighetskontroll. Kommunens budsjettsansvar og det finansielle ansvarsprinsipp (høringsnotatet side 327) tilsier at det er kommunen selv som bør fatte nytt vedtak dersom klageinstansen opphever et vedtak som ulovlig.

2. Utkast til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester.

2.1. Kommunens ansvar for øyeblikkelig hjelp - § 3-5

Høringsnotatet pålegger kommunene straks å motta pasienter som trenger helsehjelp, når det etter de foreliggende opplysninger må antas at den hjelp kommunen kan gi er påtrengende nødvendig. Departementet mener dette er et grunnleggende virkemiddel for å få til en

dreining mot behandling i kommunene fremfor sykehus. Videre ber departementet i kapittel 13.4 om synspunkter på om kommunene bør pålegges en plikt til å ha et tilbud om døgnopphold i helse- og omsorgstjenesten til pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp. Vi mener tilbudet må være like enkelt tilgjengelig som innleggelse for øyeblikkelig hjelp i sykehus og kunne rekvireres av legevakt eller fastlege. En slik plikt vil kunne være problematisk å gjennomføre for mindre kommuner.

Vi mener derfor dette kun skal være en frivillig oppgave for kommunene og ikke lovfestes slik det legges opp til i høringsnotatet.

2.2 Krav til avtalens innhold - § 6-2

Lovteksten slik den er utformet i høringsnotatet påpeker at samarbeidsavtalen mellom kommuner og regionale helseforetak skal omfatte en rekke tjenester som listes opp i ti punkter. Slik dette er formulert vil punktene 1-9 kunne tolkes som *skal*-regler, mens man derimot i punkt 10 vedrørende samarbeid om forsknings- og utviklingsarbeid utformer denne kun som en *bør*-regel. Kommunene må få et likelydende ansvar som spesialisthelsetjenesten for at det foregår forskning og undervisning. Kommunene må sikres ressurser til å kunne inngå samarbeid lokalt og regionalt om relevante forsknings- og utviklingsarbeid. Videre må kommunene betraktes som en like verdig part som spesialisthelsetjenesten angående søknader på regionale forskningsmidler.

2-3 Samarbeid og gjensidig bistand mellom kommuner - § 6-7.

I forslag til lovtekst legges det føringer for at departementet i forskrift eller enkeltvedtak kan pålegge samarbeid mellom enkeltkommuner når det anses påkrevet for en forsvarlig løsning av helse- og omsorgstjenesten i kommunene, herunder gi bestemmelser om hvilke oppgaver det skal samarbeides om og fordeling av utgifter. I departementets vurdering og forslag kapittel 25.6.2 viser departementet til at selv om det er ønskelig at mange av kommunene inngår avtalebasert samarbeid, vil departementet *ikke* (vår uthevelse) foreslå å pålegge slikt samarbeid gjennom lov. Departementet påpeker også i kapittel 24.4.2 at et samarbeid mellom kommuner i utgangspunktet bør inngås frivillig.

Vi er i mot at kommunene skal pålegges en lovpålagt plikt til samarbeid. Vi ønsker at kommunene skal få beholde retten til frivillig inngåelse av samarbeidsavtaler, gjennom de muligheter departementet skisserer for interkommunale samarbeidsmodeller i kapittel 24.3.

2.4 Individuell plan, koordinator og koordinerende enhet - kapittel 7

Kommunene pålegges her et overordnet ansvar for å sette i gang arbeidet med en individuell plan og for å koordinere planarbeidet. I tillegg pålegges kommunene å oppnevne koordinatorene for pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester. Plikten til å opprette individuell plan er tidligere nedfelt både i kommunehelsetjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven. Etter departementets vurdering i kapittel 22.4.3 bør *hovedansvaret* (vår utheving) for å utarbeide og koordinere individuell plan nå ligge hos kommunen i de tilfellene en person har behov for tjenester både fra kommunen og spesialisthelsetjenesten. Denne tydeliggjøringen av et overordnet ansvar pålagt kommunene finner vi fornuftig. Skal kommunene kunne følge opp dette ansvaret må det også følge tilstrekkelige ressurser med plikten.

2.5 Vedrørende § 8-1.

Undervisning og praktisk opplæring: Kommunene plikter å medvirke til undervisning og praktisk opplæring av helse- og omsorgspersonell. Deler av kommunehelsetjenesten i Norge har allerede en omdømmeutfordring. Skal kommunene kunne legge til rette for optimale læringsprosesser i ulike helseprofesjonsutdanningers praksisstudier må de sikres rammer som gir muligheter for dette. Kommende helse- og omsorgsarbeidere må få oppleve meningsfulle,

utviklende og kunnskapskrevende utfordringer i kommunehelsetjenesten, noe som krever godt tilrettelagte og planlagte praksisstudier. Kommunene må sikres tilstrekkelige ressurser til organisere praksisstudiene og gi god veiledning i tett samarbeid med utdanningsinstitusjonene. Gjennom positive og kvalitativt gode praksisstudier vil kommunene enklere kunne rekruttere nyutdannet helse- og omsorgspersonell til sine helse- og omsorgstjenester.

2.6 Videre- og etterutdanning - § 8-2.

Nord-Trøndelag er et distriktsfylke med ulike utfordringer knyttet til kompetanse og rekruttering. Utfordringene i nordre del av fylket er lange geografiske avstander og en spredt bebyggelse. Innbyggerne i Nord-Trøndelag har et lavere utdanningsnivå enn gjennomsnittet i landet for øvrig. I følge SSB har kun 18,2 % av innbyggerne i Nord-Trøndelag en kortere universitets eller høgskoleutdanning (t.o.m 4 år), mens landsgjennomsnittet ligger på 20,8 %. Kun 3,5 % av innbyggerne i Nord-Trøndelag har i 2009 lengre universitets- eller høgskoleutdanning (over 4 år), mens landsgjennomsnittet ligger på 6,5 %. Ut fra dette kan man anta at kommunene i Nord-Trøndelag i utgangspunktet har et lavere kompetansenivå på sine ansatte i helse- og omsorgstjenestene enn gjennomsnittet i landet for øvrig. Dette gir kommunene i Nord-Trøndelag større utfordringer i å fylle den kompetanse som kreves når samhandlingsreformen skal implementeres. Det blir svært viktig at lovutkastene sikrer kommunene tilstrekkelige rammer til å tilrettelegge for relevant og nødvendig videre- og etterutdanning for sine helsearbeidere på alle faglige nivå. Kunnskapsdepartementet må forplikte utdanningsinstitusjoner på ulike nivå til å tilrettelegge for videre- og etterutdanninger som er tilpasset kommunehelsetjenestens behov, gjerne i form av desentraliserte deltidsutdanninger.

3. Utkast til ny lov om folkehelse.

Dersom kommunene skal iverksette tiltak for å:

- bidra til sosial utjevning av dokumenterte helseforskjeller
- bredde tiltakene i folkehelsearbeidet til alle tjenesteområder
- sørge for tidlig intervensjon
- få resultater som sikrer en bærekraftig utvikling

må kommunene tilføres økonomiske ressurser for å dekke mersatsingen. Det er riktig at kommunene også i dag har mye det samme ansvaret, men Ny folkehelselov signaliserer en tydeligere satsing og forventer klare resultater, og kommunene sitter med det overordna ansvaret. Dette bør tilsi økte ressurser for å kunne sikre mulige samfunnsmessige gevinster. Ett moment er også at det vil være kommunene som må stille med ressursene for tiltakene, mens det er i stor grad spesialisthelsetjenestene (reduerte antall innleggelser) og Staten (NAV) som drar økonomisk gevinst av effekten av vellykkede kommunale tiltak.

Mange av kommunene i nord delen av vårt fylke er tynt befolket og må sannsynlig etablere samarbeide over kommunegrensene for å klare å oppfylle lovkravet. I tillegg er andelen av eldre i denne delen av fylket større enn i fylket eller landet under ett. Tall fra SSB viser for eksempel for Indre Namdal:

- Gj.snitt 6,85 % av befolkning er over 80 år (Indre Namdal)
- Gj.snitt i Nord Trøndelag er 5,15 % og for hele landet 4,62 % (SSB 2008)
- I 2030 vil 9,49 % av befolkningen være over 80 år (Indre Namdal)
- For Nord Trøndelag vil 6.78 % og for hele landet 5,65 % ha oppnådd samme alder i 2030.

Dette innebærer at behovet for forebyggende helsetjenester vil være større her enn i andre deler av landet dersom man skal redusere framtidige sykehusinnleggelser. Det er derfor helt

nødvendig å etablere et system som fanger opp forskjeller innenfor landsdeler/kommuner som ivaretar denne ulikheten.

Det er positivt med en utvikling hvor folkehelse vektlegges i lovs form for både kommune og fylkeskommune, men vi stiller spørsmål ved det underliggende premisset om at den foreslåtte nye folkehelseloven vil frembringe bedre folkehelse, uten at dette skal ha betydelige økonomiske eller administrative konsekvenser for kommunene/fylkeskommunene.

Krav til samarbeid, helseovervåkning og statistikk i lovforslaget vil ha betydelig økonomiske og administrative kostnader det ikke er tatt høyde for i høringsnotatet. De økte kravene som stilles på folkehelseområdet medfører merkostnader for kommunene/fylkeskommunene både ressurs- og kompetansemessig.

For å møte de store helseutfordringene når det gjelder overvekt, inaktivitet, diabetes, hjerte- og kar sykdom, kreft, kols, psykiske lidelser, muskel- skjellettlidelser, er det behov for personell med kompetanse innenfor ernæring, fysisk aktivitet og psykologi. Dette innebærer styrking av lege, fysioterapi, ergoterapi, samt tjenester fra ernæringsfysiologer.

Kommunenes rolle i det miljøretta helsevernet er kjent fra gjeldende lov om kommunehelsetjeneste. Kommunenes ansvar for dette området blir presisert i lovforslaget.

For kommuner i Nord Trøndelag vil dette medføre stort behov for samarbeide over kommunegrensene. Kanskje fylkeskommunen burde hatt et større ansvar på dette området slik at trykket på tilsyn og oppfølging hadde blitt likt i alle kommunene. Små kommuner må foreta prioriteringer både av hensyn til økonomi og tilgang på kompetanse.

I kapittel 4 § 20 får fylkeskommunen anledning til å samarbeide over fylkesgrensene. Vi mener at fylkeskommunens ansvar for samarbeid bør forsterkes. Årsak til et slikt ønske er at det i dag er store forskjeller på samarbeid over fylkesgrensene. Det er uten tvil en gevinst for små kommuner som er naboer over en fylkesgrense, at gode tiltak som iverksettes hos naboene også kan innføres i egen kommune, for eksempel gjennom et samarbeidsprosjekt kommunene i mellom. Vårt forslag: I §20 må det hete: *To eller flere fylkeskommuner skal samarbeide dersom det er nødvendig for å støtte kommunesamarbeid over fylkesgrensene.* Rekrutteringsproblematikken til helsefag må gis økt oppmerksomhet. Dersom samhandlingsreformen i enda større grad bidrar til at helseforetakenes rolle spesialiseres, og at all etterbehandling skjer i kommunene, vil det medføre økte vansker med å rekruttere fagpersonell til kommunene. Utsagn fra helsefagstudenter er allerede i dag at man helst ønsker å arbeide på sykehusene. Dette kan særlig få negative utslag for det forebyggende arbeidet helt avhengig av hvilken status og prioritet forebyggende helsearbeid vil få i kommunene.

Forskning viser også at kosthold, fysisk aktivitet og tobakksbruk henger sammen med sosioøkonomisk status. Jo høyere inntekt og utdanning, desto sunnere helseatferd. I Nord Trøndelag har man et lavere utdanningsnivå og lavere inntekt enn landet forøvrig. Videre påvirkes vår livsstil og helseatferd av samfunnsutviklingen. HUNT undersøkelser viser at vi har utfordringer på dette området. Det må fortsatt satses på slike undersøkelser som gir et godt grunnlag for å iverksette tiltak som kan bedre tilstanden. På generelt grunnlag må forskning rettet mot folkehelse gis prioritet slik at satsingsområdene har en dokumentert bakgrunn.

Satsing på folkehelseiltak for å bedre helsesituasjonen, samt objektive data om befolkningens helsetilstand bør legges inn som et kriteriedatum for overføring til kommunene, basert på for eksempel resultater fra HUNT undersøkelser. Også andre forhold som høy arbeidsledighet, lav utdanning, høyt sykefravær, osv bør kunne utløse større overføringer til kommunene slik at satsing på tiltak for å bedre situasjonen finansieres. En slik praksis vil fange opp ulikheter i utfordringene mellom de enkelte kommuner.

Det har i lansering av helsereformen blitt lovt at satsing på folkehelse skal gi økonomisk gevinst for kommunene. Dette framkommer ikke av lovforslaget, men i utarbeidelse av senere direktiver for folkehelsearbeidet må denne lovnaden etterleves.

4. Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015)

4-1 Sykehusstruktur

Sykehusstrukturen må utvikles på nasjonalt plan. Norges desentraliserte bosetning, geografi, infrastruktur og kommunikasjoner gjør at sykehusstrukturen må vurderes i et helhetlig nasjonalt perspektiv og ikke som i dag da det enkelte helseforetak kun ser innenfor sitt ansvarsområde. Utkantene i regionene kan bli sittende igjen uten akuttmedisinske tilbud fordi hvert enkelt helseforetak skal sentralisere.

Kommunene i Ytre-Namdalen og Bindal ligger i en utkant region for ansvarsområdet til helseforetaket og har i dag 15 mil til lokalsykehuset i Namsos. I tillegg er enkelte i regionen avhengig av ferge. Standarden på veinettet og spesielt fylkesveier har ikke endret seg i betydelig grad de senere åra og bærer preg av dårlig vedlikehold. Regionen Ytre Namdalen og Bindal har i dag en reisetid på 2-3 timer, selv ved optimale forhold. Luftambulansen kan bidra til å korte ned reisetiden men har klare begrensninger med værforhold, hviletid og askesky som vi opplevde forrige vinter.

Regjeringen har signalisert at ingen lokalsykehus skal legges ned. Det er imidlertid uklart hvilke funksjoner et lokalsykehus skal ha. Når det gjelder generelle akutte skader og sykdommer som har et overlevelses tidsperspektiv på 1- 2 timer fra skaden skjer til ankomst sykehuset, må grunnleggende akutfunksjoner opprettholdes på lokalsykehuset. Dette gjelder livreddende akuttkirurgiske nødprosedyrer ved høyenergi/ kirurgiske skader, akuttbehandling av hjerteinfarkt og hjerneslag. Dette innebærer beredskap i indremedisin, generell kirurgi og fødselshjelp, anestesi, røntgen og laboratorium. Geografi, infrastruktur/kommunikasjon og tidsperspektivet er avgjørende ved akutte skader og sykdommer og vi savner en nasjonal helhetlig vurdering på hvor lokalsykehus med akutfunksjoner skal være lokalisert.

Vi er enig i at avansert, spesialisert behandling av kroniske sykdommer som alvorlig kreftsykdom kan skje i større spesialiserte sykehusenheter. Det samme gjelder avansert brannskadebehandling, store traumer som må ha ytterligere behandling, hjertekirurgi og hjernekirurgi.

4.3 Akuttmedisin

Ansvar for akuttmedisinske tjenester er i dag fordelt på to forvaltningsnivåer. Det må stilles krav slik at ambulansetjenesten og primærhelsetjenesten utvikler nær samhandling i daglig tjenesteutøvelse. I dag er ofte ambulansetjenesten organisert og sentralisert i ambulansestasjoner med kasernevakt. Argumentasjonen for ambulansestasjoner er blant annet å etablere et fagmiljø og vedlikeholde nødvendig kompetanse, samt korte ned responstiden.

Organiseringen som er gjennomført i sentraliserte strøk trenger imidlertid ikke være like hensiktsmessig i områder der de geografiske avstander er store og befolkningen bor spredt. Responstiden, den tiden det tar fra ambulansen får melding om en hendelse til den er på plass er like viktig, og spesielt når det er lang avstand til nærmeste sykehus. I områder som har lange geografiske avstander kan det være mer hensiktsmessig å desentralisere ambulansene for å korte ned responstiden. Her kan det være fornuftig å samlokalisere ambulansene med primærhelsetjenesten. Gjensidig utveksling av kompetanse, tverrfaglig trening i akuttmedisin kan bidra til å øke den akuttmedisinske beredskapen og kompetansen i primærhelsetjenesten. I distriktene der det er lang avstand til sykehuset er en god samhandling mellom fastleger, legevaktstjenesten og ambulansetjenesten avgjørende for å sikre et godt akuttmedisinsk pasientforløp når det haster.

Vedtaket er fattet med hjemmel i kommunelovens § 13 (hasteparagrafen)

Behandling:

Rådmannens forslag til vedtak enstemmig vedtatt.

Vedtak:

Nærøy kommune vedtar følgende høringsuttalelse til forslag om ny lov om helse- og omsorgstjenester og ny lov om folkehelse:

1. Generelt

De overordnede målsettingene for Samhandlingsreformen støttes. Iverksetting av reformen krever omfattende endring på flere plan, og de to lovforslagene vil være basis for det som da skal skje. Mye av det som presenteres i lovforslagene er viktig og bra, men noen viktige forhold bør revurderes/forbedres:

1.1 Samarbeidsregimet/-avtalene.

I høringsnotatene legges det stor vekt på å sikre bedre samhandling innad i kommunen, samt mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Det foreslås lovregulert at kommuner og spesialisthelsetjeneste skal legge til rette for samhandling mellom ulike deltjenester og med andre tjenesteytere. Det foreslås også å innføre et nytt *avtalesystem* mellom tjenestenivåene.

Et lovfestet avtalesystem mellom helseforetakene og kommunene antas å kunne bidra til et mer likeverdig partsforhold i avtaler, og sikre mer enhetlig praksis. Det er også viktig for å sikre helhetlige og sammenhengende pasientforløp. Departementet ønsker imidlertid at kommunene og foretakene selv tar ansvaret for å sørge for god samhandling.

Departementet foreslår ikke noen tilsvarende lovfestet plikt til avtalebasert samarbeid for kommuner, og vi støtter departementets vurderinger og konklusjon om dette.

Lovforslagene innebærer en stor omlegging av helse- og omsorgssektoren, hvor en av hovedintensjonene er å flytte oppgaver fra spesialisthelsetjenesten til kommunal helse- og omsorgstjeneste. Samtidig legges det opp til betydelige økonomiske utvekslinger og insentiver mellom partene. Dette betinger igjen bruk av markedslignende – dvs kontraktsbaserte - reguleringsformer.

Det er grunn til bekymring om hvorvidt det skisserte regimet kan bli likeverdig og balansert, og så sømløst som ønsket. Når vi her til lands har 4 tungt spesialiserte helseforetak på den ene siden og 430 generalistkommuner av varierende størrelse på den andre, vil det være betydelig skjevhet i tyngde, kapasitet, kompetanse osv i et avtalebasert system hvor partene er overlatt til seg selv.

Selv om departementet mener at det vil utvikles standardiserte avtaler, vil skjevheten likevel være tilstede, ikke minst i den løpende praktiseringen av avtalene. Ulikhetene i vårt vidstrakte land tilsier også at standardisering i ett og alt er vanskelig, og kanskje heller ikke ønskelig.

I stedet for å henvise uklarhetene og interessekonfliktene i denne store samhandlingsreformen til rettsapparatet, bør det overveies å etablere en offentlig overinstans med helhetlig ansvar for å sikre samhandling, likeverdighet, økonomiske balanse osv mellom helseforetakene og kommunene. Utviklingsevnen i systemet som helhet ivaretas kanskje også best med en slik løsning.

En særlig bekymring med et omfattende avtale-/kontraktsbasert samhandlingssystem, er de transaksjonskostnadene som dette vil medføre, særlig hvis transaksjonene i sum har store økonomiske konsekvenser og kriteriene kan tolkes ulikt av partene. De økonomiske rammene for reformen må nødvendigvis inkludere dekning for slike administrative merkostnader.

1.2 Finansiering av helsetjenesten

Det økonomiske opplegget for reformen virker uferdig og lite konsistent. På den ene siden legges det opp til et samhandlingsregime basert på økonomiske insentiver når det gjelder pasientflyten mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene. Her er det altså slik at innsats og kvalitet skal lønne seg.

På folkehelseområdet gjelder nærmest det motsatte. Departementet argumenterer sterkt for at kommunene ikke skal gis dekning av sine kostnader for økt innsats, samtidig som den økonomiske gevinsten av kommunal innsats kommer andre enn kommunene til gode. Argumentet er at kommunenes innsats egentlig er forutsatt i gjeldende lovverk, og derfor ikke skal kompenseres. Det er vanskelig å forstå at departementet kan argumentere slik og samtidig annonsere et radikalt løft for det kommunale folkehelsearbeidet. Hele satsingen blir dermed lite troverdig, og vil skape frustrasjon i stedet for engasjement i kommunene.

Det er viktig at det økonomiske rammeverket fanger opp de ulikhetene man har mellom kommunene. Bl a er det påvist at ulike sosioøkonomiske forhold gir merkbare ulikheter mht til folkehelse og utfordringer knyttet til dette (noe man ønsker å gjøre noe med). Departementet bør utvikle et kriteriesett for dette, særlig for å beregne utgiftsdekningen til kommunene, som reflekterer slike forskjeller i oppgavenes karakter og omfang.

Det er foreslått en medfinansiering som skal gjelde kun enkelte pasientgrupper, eller for eksempel bare de over 80 år. Alder som kriterium for hvor man får helsehjelp må fjernes. Det skal være en vurdering av den enkeltes pasients lidelse og behov som skal være avgjørende for helsehjelpen som gis.

Erfaringer fra Danmark og den danske modellen som ligner mye på den som regjeringen foreslår er at ordningen ikke har hatt ønsket effekt på grunn av at 20 % kommunal medfinansiering ikke gir store nok økonomiske insentiv for kommunene til å bygge opp kommunale alternativer. Små kommuner betaler i stedet for å handle fordi de økonomiske incitamentene ikke er store nok. Det danske systemet med medfinansiering forutsetter i tillegg en kommunestørrelse på 25-35 000 innbyggere, eller ordninger som jevner ut risiko for mindre kommuner. (I Danmark er det satt ned utvalg som skal revurdere de økonomiske incitamentene,) I region Ytre Namdal og

Bindal

(11 306 innbyggere) er det store geografiske avstander mellom sentra, dårlig veistandard, begrenset offentlig kommunikasjon, og kan ikke sammenlignes med Danmark.

På bakgrunn av de danske erfaringene, er vi kritisk over forslagene om finansieringsmodell. Endringene slik de nå er foreslått, vil ikke bidra til at kommunene bygger opp alternative tilbud som erstatning for eksisterende tilbud innenfor spesialisthelsetjenesten. Finansieringsordningen vil heller ikke stimulere kommunene økonomisk til økt innsats på forebygging som er en av kjernetankene i reformen.

1.3 Legetjenesten og legenes rolle.

FASTLEGEORDNINGEN:

Når kommunene får større oppgaver og mer ansvar for forebyggende arbeid og helsetjenester til befolkningen, vil legetjenesten bli sentral. Kommunene vil ha behov for mer samarbeid med fastlegene og mange kommuner ønsker mulighet for mer styring av fastlegene. Vi mener:

- **Listeansvar:**

Fastlegenes ansvar for de som står på listen må forsterkes, dette kan gjerne skje gjennom forskrift. Deler av befolkningen bruker fastlegeordningen for lite. Det gjelder mange ungdommer, noen med psykiske lidelser, en del funksjonshemmede, og en del med alvorlige sykdommer. En del gamle har praktiske vanskeligheter med å komme seg til fastlegen, og mange med kognitiv svikt, f.eks. demens klarer heller ikke å bruke fastlegen sin på en hensiktsmessig måte. Vi mener at fastlegens ansvar for syke mennesker bør utvides. Fastlegen må også få en sterkere plikt til å samarbeide med kommunale tjenester. Takstsystemet (Normaltariffen) 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.

- **Tilskuddsordningen:**

Vi er motstander av å øke kommunens andel av tilskuddet til fastlegene til 50/50, dette bør fortsette som i dagens modell. Dagens modell innebærer at legene får ca 25 % fra et tilskudd knyttet til hvor mange innbyggere de har på lista si, ca 35 % fra pasientenes egenandeler og ca 40 % fra trygderefusjoner. Det er gjennom trygderefusjoner legene får takster for langvarige konsultasjoner med krevende problemstillinger, tverrfaglige samarbeidsmøter, småkirurgi og utstyrskrevenende prosedyrer som EKG og lungefunksjonsundersøkelser og lignende. En økning av kommunens andel til 50 % vil innebære reduksjon av trygderefusjon til ca 15 %. Dette vil gi legene mindre betalt for langvarige konsultasjoner, tverrfaglig samarbeid m. m. og kan føre til at målsetningen i samhandlingsreformen ikke oppnås.

- **Allmennedisinske offentlige oppgaver.**

Dette er foreslått videreført med mulighet for å kunne pålegge 7.5 timer pr uke.

Mange kommuner, kanskje særlig små kommuner opplever dette som for lite til å dekke behovet. Vi mener derfor at dette bør økes til inntil 15 timer/ uke.

Hva slags oppgaver som skal kunne pålegges er ikke foreslått endret. Vi vil særlig peke på behovet for å kunne pålegge legene arbeid i lokalmedisinske sentre. Legestillingene her har noen steder vist seg vanskelige/ umulige for kommunene å få besatt.

KOMMUNEOVERLEGE:

Samfunnsmedisinsk kompetanse er også nødvendig når kommunene får økt ansvar. Kommuneoverlegens kompetanse anses sentral i begge lovforslagene, og vi deler denne vurderingen. Mange kommuner strever imidlertid i dag med å rekruttere og beholde leger i disse stillingene. Interkommunalt samarbeid har vært forsøkt en del steder, men om dette bedrer rekrutteringen på sikt er så vidt vi kjenner til ikke systematisk undersøkt. Mange leger ønsker en kombinasjonsstilling, og kanskje rekrutterer slike stillinger bedre i mange kommuner. Vi mener:

- Rekrutteringen til samfunnsmedisinske stillinger i kommunene må gis betydelig oppmerksomhet i årene framover.
- Høringsnotatet til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester drøfter på sidene 187 ff kommuneoverlegens rolle som medisinsk- faglig rådgiver i kommunen. I selve forslaget §5.5 står det imidlertid at kommuneoverlegen skal være medisinsk- faglig rådgiver for helse- og omsorgstjenesten. Vi mener:
- I § 5.5 bør det stå *at kommuneoverlegen er medisinsk-faglig rådgiver for kommunen.*

1.4 IT-system.

Departementet påpeker at bruk av IT er svært viktig for å kunne sikre en tilfredsstillende produksjon og tilgang av relevant pasientinformasjon i det nye samhandlingsregimet. Dette krever en omfattende utbygging og integrering av helseinformasjonssystemer, basert på bl.a. felles standarder. Vi er enig i at dette er en grunnleggende forutsetning for å oppnå tilfredsstillende samhandling mellom de ulike partene og de respektive nivåene. Høringsutkastet er imidlertid svært lite konkret på hvordan denne utfordringen skal takles. Med erfaring for hvor vanskelig slik systemintegrering har vært hittil, er det sannsynlig at det vil ta lang tid før en tilfredsstillende elektronisk samhandlingsplattform er etablert. Vi ser ikke bort fra at manglende elektroniske samhandlingssystemer kan ha avgjørende betydning for når ulike deler av Samhandlingsreformen kan gjennomføres. I høringsnotatet er det først og fremst systemene for pasientinformasjon som omtales. Den forvaltningsmessige/rettslige delen av reformen vil imidlertid også kreve hensiktsmessige tversgående system, og kvalitetssystemene må samkjøres. Sammen med den omfattende, kontraktsbaserte økonomiske samhandlingen mellom partene vil dette kreve sterk integrering langt inn i deres hovedadministrative system.

Departementets tilnærming er å drøfte noen enkeltstående utfordringer og henvise løsningen til nye forskrifter. Ser man imidlertid på summen av de mange utfordringene som melder seg på IT-området, mener vi det kreves et større og mer helhetlig grep fra regjeringens side. Hva må være på plass før første samhandlingstrinn kan iverksettes? Dessuten: å tro at dette ikke vil koste noe for kommunene er urealistisk. Hvis det skal lykkes må man sette kommunene økonomisk i stand til å gjennomføre det.

1.5 Klageinstans og tilsynsmyndighet.

TILSYNSMYNDIGHET:

For begge lovforslag ber departementet om høringsinstansenes syn på hvem som skal være tilsynsmyndighet, Fylkesmannen eller Helsetilsynet.

Vi mener at Fylkesmannen bør være tilsynsmyndighet etter begge lovene. Når det gjelder Folkehelseloven er hovedargumentet at folkehelsearbeidet vil berøre også andre sektorer enn helsetjenesten, og at Fylkesmannen ellers har tilsyn med disse sektorene.

Vi mener hensynet til samordning av statlig tilsyn med kommunesektoren tilsier at tilsynet bør skje etter kommunelovens kap 10A.

KLAGE:

Nåværende klagesituasjon er uoversiktlig. Vi er enig i vurderingen (s 328) om at klagereglene bør forenkles og harmoniseres. Dette gjelder både reglene om hva det kan klages på, hvordan, hvem som er klageinstans og klageinstansens kompetanse.

Hvem skal klagen sendes til: det er foreslått at klagen skal sendes til den instans som har truffet vedtaket eller avgjørelsen, slik at denne forbereder klagebehandlingen og evt selv kan omgjøre vedtaket. Mange klager kan derved avgjøres lokalt og vi tror det er en fordel både for pasient/ bruker og for kommunen som tjenesteyter.

Hvem er klageinstans: Vi ønsker en løsning der Fylkesmannen er klageinstans også for enkeltvedtak etter ny helse- og omsorgslov. Dette innebærer en forenkling for publikum i sammensatte saker, og også en forenkling for kommunen. Vi mener ikke at dette vil innebære noen faglig svekkelse av klageinstansen.

Klageinstansens kompetanse til å fatte nye vedtak: Vi forstår høringsnotatet slik at det foreslås at klageinstansen kan oppheve kommunens vedtak og sende saken tilbake til ny behandling i kommunen, men ikke selv treffe vedtak i saken. Vi støtter dette.

Klageinstansen gjør da en lovlighetskontroll. Kommunens budsjettansvar og det finansielle ansvarsprinsipp (høringsnotatet side 327) tilsier at det er kommunen selv som bør fatte nytt vedtak dersom klageinstansen opphever et vedtak som ulovlig.

2. Utkast til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester.

2.1. Kommunens ansvar for øyeblikkelig hjelp - § 3-5

Høringsnotatet pålegger kommunene straks å motta pasienter som trenger helsehjelp, når det etter de foreliggende opplysninger må antas at den hjelp kommunen kan gi er påtrengende nødvendig. Departementet mener dette er et grunnleggende virkemiddel for å få til en dreining mot behandling i kommunene fremfor sykehus. Videre ber departementet i kapittel 13.4 om synspunkter på om kommunene bør pålegges en plikt til å ha et tilbud om døgnopphold i helse- og omsorgstjenesten til pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp.

Vi mener tilbudet må være like enkelt tilgjengelig som innleggelse for øyeblikkelig hjelp i sykehus og kunne rekvireres av legevakt eller fastlege. En slik plikt vil kunne være problematisk å gjennomføre for mindre kommuner.

Vi mener derfor dette kun skal være en frivillig oppgave for kommunene og ikke lovfestes slik det legges opp til i høringsnotatet.

2.2 Krav til avtalens innhold - § 6-2

Lovteksten slik den er utformet i høringsnotatet påpeker at samarbeidsavtalen mellom kommuner og regionale helseforetak skal omfatte en rekke tjenester som listes opp i ti punkter. Slik dette er formulert vil punktene 1-9 kunne tolkes som *skal*-regler, mens man derimot i punkt 10 vedrørende samarbeid om forsknings- og utviklingsarbeid utformer denne kun som en *bør*-regel. Kommunene må få et likelydende ansvar som

spesialisthelsetjenesten for at det foregår forskning og undervisning. Kommunene må sikres ressurser til å kunne inngå samarbeid lokalt og regionalt om relevante forsknings- og utviklingsarbeid. Videre må kommunene betraktes som en like verdig part som spesialisthelsetjenesten angående søknader på regionale forskningsmidler.

2-3 Samarbeid og gjensidig bistand mellom kommuner - § 6-7.

I forslag til lovtekst legges det føringer for at departementet i forskrift eller enkeltvedtak kan pålegge samarbeid mellom enkeltkommuner når det anses påkrevet for en forsvarlig løsning av helse- og omsorgstjenesten i kommunene, herunder gi bestemmelser om hvilke oppgaver det skal samarbeides om og fordeling av utgifter. I departementets vurdering og forslag kapittel 25.6.2 viser departementet til at selv om det er ønskelig at mange av kommunene inngår avtalebasert samarbeid, vil departementet *ikke* (vår uthevelse) foreslå å pålegge slikt samarbeid gjennom lov. Departementet påpeker også i kapittel 24.4.2 at et samarbeid mellom kommuner i utgangspunktet bør inngås frivillig.

Vi er i mot at kommunene skal pålegges en lovpålagt plikt til samarbeid. Vi ønsker at kommunene skal få beholde retten til frivillig inngåelse av samarbeidsavtaler, gjennom de muligheter departementet skisserer for interkommunale samarbeidsmodeller i kapittel 24.3.

2.4 Individuell plan, koordinator og koordinerende enhet - kapittel 7

Kommunene pålegges her et overordnet ansvar for å sette i gang arbeidet med en individuell plan og for å koordinere planarbeidet. I tillegg pålegges kommunene å oppnevne koordinatorene for pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester. Plikten til å opprette individuell plan er tidligere nedfelt både i kommunehelsetjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven. Etter departementets vurdering i kapittel 22.4.3 bør *hovedansvaret* (vår utheving) for å utarbeide og koordinere individuell plan nå ligge hos kommunen i de tilfellene en person har behov for tjenester både fra kommunen og spesialisthelsetjenesten. Denne tydeliggjøringen av et overordnet ansvar pålagt kommunene finner vi fornuftig. Skal kommunene kunne følge opp dette ansvaret må det også følge tilstrekkelige ressurser med plikten.

2.5 Vedrørende § 8-1.

Undervisning og praktisk opplæring: Kommunene plikter å medvirke til undervisning og praktisk opplæring av helse- og omsorgspersonell. Deler av kommunehelsetjenesten i Norge har allerede en omdømmeutfordring. Skal kommunene kunne legge til rette for optimale læringsprosesser i ulike helseprofesjonsutdanningers praksisstudier må de sikres rammer som gir muligheter for dette. Kommende helse- og omsorgsarbeidere må få oppleve meningsfulle, utviklende og kunnskapskrevende utfordringer i kommunehelsetjenesten, noe som krever godt tilrettelagte og planlagte praksisstudier. Kommunene må sikres tilstrekkelige ressurser til organisere praksisstudiene og gi god veiledning i tett samarbeid med utdanningsinstitusjonene. Gjennom positive og kvalitativt gode praksisstudier vil kommunene enklere kunne rekruttere nyutdannet helse- og omsorgspersonell til sine helse- og omsorgstjenester.

2.6 Videre- og etterutdanning - § 8-2.

Nord-Trøndelag er et distriktsfylke med ulike utfordringer knyttet til kompetanse og rekruttering. Utfordringene i nordre del av fylket er lange geografiske avstander og en spredt bebyggelse. Innbyggerne i Nord-Trøndelag har et lavere utdanningsnivå enn gjennomsnittet i landet for øvrig. I følge SSB har kun 18,2 % av innbyggerne i Nord-Trøndelag en kortere universitets eller høyskoleutdanning (t.o.m 4 år), mens landsgjennomsnittet ligger på 20,8 %. Kun 3,5 % av innbyggerne i Nord-Trøndelag har

i 2009 lengre universitets- eller høyskoleutdanning (over 4 år), mens landsgjennomsnittet ligger på 6,5 %. Ut fra dette kan man anta at kommunene i Nord-Trøndelag i utgangspunktet har et lavere kompetansenivå på sine ansatte i helse- og omsorgstjenestene enn gjennomsnittet i landet for øvrig. Dette gir kommunene i Nord-Trøndelag større utfordringer i å fylle den kompetanse som kreves når samhandlingsreformen skal implementeres. Det blir svært viktig at lovutkastene sikrer kommunene tilstrekkelige rammer til å tilrettelegge for relevant og nødvendig videre- og etterutdanning for sine helsearbeidere på alle faglige nivå. Kunnskapsdepartementet må forplikte utdanningsinstitusjoner på ulike nivå til å tilrettelegge for videre- og etterutdanninger som er tilpasset kommunehelsetjenestens behov, gjerne i form av desentraliserte deltidsutdanninger.

3. Utkast til ny lov om folkehelse.

Dersom kommunene skal iverksette tiltak for å:

- bidra til sosial utjevning av dokumenterte helseforskjeller
- bredde tiltakene i folkehelsearbeidet til alle tjenesteområder
- sørge for tidlig intervensjon
- få resultater som sikrer en bærekraftig utvikling

må kommunene tilføres økonomiske ressurser for å dekke mersatsingen. Det er riktig at kommunene også i dag har mye det samme ansvaret, men Ny folkehelselov signaliserer en tydeligere satsing og forventer klare resultater, og kommunene sitter med det overordna ansvaret. Dette bør tilsi økte ressurser for å kunne sikre mulige samfunnsmessige gevinster. Ett moment er også at det vil være kommunene som må stille med ressursene for tiltakene, mens det er i stor grad spesialisthelsetjenestene (reduserte antall innleggelser) og Staten (NAV) som drar økonomisk gevinst av effekten av vellykkede kommunale tiltak.

Mange av kommunene i nord delen av vårt fylke er tynt befolket og må sannsynlig etablere

samarbeide over kommunegrensene for å klare å oppfylle lovkravet. I tillegg er andelen av eldre i denne delen av fylket større enn i fylket eller landet under ett. Tall fra SSB viser for eksempel for Indre Namdal:

- Gj.snitt 6,85 % av befolkning er over 80 år (Indre Namdal)
- Gj.snitt i Nord Trøndelag er 5,15 % og for hele landet 4,62 % (SSB 2008)
- I 2030 vil 9,49 % av befolkningen være over 80 år (Indre Namdal)
- For Nord Trøndelag vil 6.78 % og for hele landet 5,65 % ha oppnådd samme alder i 2030.

Dette innebærer at behovet for forebyggende helsetjenester vil være større her enn i andre deler av landet dersom man skal redusere framtidige sykehusinnleggelser. Det er derfor helt nødvendig å etablere et system som fanger opp forskjeller innenfor landsdeler/kommuner som ivaretar denne ulikheten.

Det er positivt med en utvikling hvor folkehelse vektlegges i lovs form for både kommune og fylkeskommune, men vi stiller spørsmål ved det underliggende premisset om at den foreslåtte nye folkehelseloven vil frembringe bedre folkehelse, uten at dette skal ha betydelige økonomiske eller administrative konsekvenser for kommunene/fylkeskommunene.

Krav til samarbeid, helseovervåkning og statistikk i lovforslaget vil ha betydelig økonomiske og administrative kostnader det ikke er tatt høyde for i høringsnotatet. De

økte kravene som stilles på folkehelseområdet medfører merkostnader for kommunene/fylkeskommunene både ressurs- og kompetansemessig.

For å møte de store helseutfordringene når det gjelder overvekt, inaktivitet, diabetes, hjerte- og kar sykdom, kreft, kols, psykiske lidelser, muskel- skjellettlidelser, er det behov for personell med kompetanse innenfor ernæring, fysisk aktivitet og psykologi. Dette innebærer styrking av lege, fysioterapi, ergoterapi, samt tjenester fra ernæringsfysiologer.

Kommunenes rolle i det miljøretta helsevernet er kjent fra gjeldende lov om kommunehelsetjeneste. Kommunenes ansvar for dette området blir presisert i lovforslaget. For kommuner i Nord Trøndelag vil dette medføre stort behov for samarbeide over kommunegrensene. Kanskje fylkeskommunen burde hatt et større ansvar på dette området slik at trykket på tilsyn og oppfølging hadde blitt likt i alle kommunene. Små kommuner må foreta prioriteringer både av hensyn til økonomi og tilgang på kompetanse.

I kapittel 4 § 20 får fylkeskommunen anledning til å samarbeide over fylkesgrensene. Vi mener at fylkeskommunens ansvar for samarbeid bør forsterkes. Årsak til et slikt ønske er at det i dag er store forskjeller på samarbeid over fylkesgrensene. Det er uten tvil en gevinst for små kommuner som er naboer over en fylkesgrense, at gode tiltak som iverksettes hos naboen også kan innføres i egen kommune, for eksempel gjennom et samarbeidsprosjekt kommunene i mellom. Vårt forslag: I §20 må det hete: *To eller flere fylkeskommuner skal samarbeide dersom det er nødvendig for å støtte kommunesamarbeid over fylkesgrensene.*

Rekrutteringsproblematikken til helsefag må gis økt oppmerksomhet. Dersom samhandlingsreformen i enda større grad bidrar til at helseforetakenes rolle spesialiseres, og at all etterbehandling skjer i kommunene, vil det medføre økte vansker med å rekruttere fagpersonell til kommunene. Utsagn fra helsefagstudenter er allerede i dag at man helst ønsker å arbeide på sykehusene. Dette kan særlig få negative utslag for det forebyggende arbeidet helt avhengig av hvilken status og prioritet forebyggende helsearbeid vil få i kommunene.

Forskning viser også at kosthold, fysisk aktivitet og tobakksbruk henger sammen med sosioøkonomisk status. Jo høyere inntekt og utdanning, desto sunnere helseatferd. I Nord Trøndelag har man et lavere utdanningsnivå og lavere inntekt enn landet forøvrig. Videre påvirkes vår livsstil og helseatferd av samfunnsutviklingen. HUNT undersøkelser viser at vi har utfordringer på dette området. Det må fortsatt satses på slike undersøkelser som gir et godt grunnlag for å iverksette tiltak som kan bedre tilstanden. På generelt grunnlag må forskning rettet mot folkehelse gis prioritet slik at satsingsområdene har en dokumentert bakgrunn.

Satsing på folkehelse tiltak for å bedre helsesituasjonen, samt objektive data om befolkningens helsetilstand bør legges inn som et kriteriedatum for overføring til kommunene, basert på for eksempel resultater fra HUNT undersøkelser. Også andre forhold som høy arbeidsledighet, lav utdanning, høyt sykefravær, osv bør kunne utløse større overføringer til kommunene slik at satsing på tiltak for å bedre situasjonen finansieres. En slik praksis vil fange opp ulikheter i utfordringene mellom de enkelte kommuner.

Det har i lansering av helsereformen blitt lovt at satsing på folkehelse skal gi økonomisk gevinst for kommunene. Dette framkommer ikke av lovforslaget, men i utarbeidelse av senere direktiver for folkehelsearbeidet må denne lovnaden etterleves.

4. Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015)

4-1 Sykehusstruktur

Sykehusstrukturen må utvikles på nasjonalt plan. Norges desentraliserte bosetning, geografi, infrastruktur og kommunikasjoner gjør at sykehusstrukturen må vurderes i et helhetlig nasjonalt perspektiv og ikke som i dag da det enkelte helseforetak kun ser

innenfor sitt ansvarsområde. Utkantene i regionene kan bli sittende igjen uten akuttmedisinske tilbud fordi hvert enkelt helseforetak skal sentralisere.

Kommunene i Ytre-Namdal og Bindal ligger i en utkant region for ansvarsområdet til helseforetaket og har i dag 15 mil til lokalsykehuset i Namsos. I tillegg er enkelte i regionen avhengig av ferge. Standarden på veinettet og spesielt fylkesveier har ikke endret seg i betydelig grad de senere åra og bærer preg av dårlig vedlikehold. Regionen Ytre Namdal og Bindal har i dag en reisetid på 2-3 timer, selv ved optimale forhold. Luftambulansen kan bidra til å korte ned reisetiden men har klare begrensninger med værforhold, hviletid og askesky som vi opplevde forrige vinter.

Regjeringen har signalisert at ingen lokalsykehus skal legges ned. Det er imidlertid uklart hvilke funksjoner et lokalsykehus skal ha. Når det gjelder generelle akutte skader og sykdommer som har et overlevelses tidsperspektiv på 1- 2 timer fra skaden skjer til ankomst sykehuset, må grunnleggende akutfunksjoner opprettholdes på lokalsykehuset. Dette gjelder livreddende akuttkirurgiske nødprosedyrer ved høyenergi/ kirurgiske skader, akuttbehandling av hjerteinfarkt og hjerneslag. Dette innebærer beredskap i indremedisin, generell kirurgi og fødselshjelp, anestesi, røntgen og laboratorium. Geografi, infrastruktur/kommunikasjon og tidsperspektivet er avgjørende ved akutte skader og sykdommer og vi savner en nasjonal helhetlig vurdering på hvor lokalsykehus med akutfunksjoner skal være lokalisert.

Vi er enig i at avansert, spesialisert behandling av kroniske sykdommer som alvorlig kreftsykdom kan skje i større spesialiserte sykehusenheter. Det samme gjelder avansert brannskadebehandling, store traumer som må ha ytterligere behandling, hjertekirurgi og hjernekirurgi.

4.3 Akuttmedisin

Ansvar for akuttmedisinske tjenester er i dag fordelt på to forvaltningsnivåer. Det må stilles krav slik at ambulansetjenesten og primærhelsetjenesten utvikler nær samhandling i daglig

tjenesteutøvelse. I dag er ofte ambulansetjenesten organisert og sentralisert i ambulansestasjoner med kasernevakt. Argumentasjonen for ambulansestasjoner er blant annet å etablere et fagmiljø og vedlikeholde nødvendig kompetanse, samt korte ned responstiden.

Organiseringen som er gjennomført i sentraliserte strøk trenger imidlertid ikke være like hensiktsmessig i områder der de geografiske avstander er store og befolkningen bor spredt. Responstiden, den tiden det tar fra ambulansen får melding om en hendelse til den er på plass er like viktig, og spesielt når det er lang avstand til nærmeste sykehus. I områder som har lange geografiske avstander kan det være mer hensiktsmessig å desentralisere ambulansene for å korte ned responstiden. Her kan det være fornuftig å samlokalisere ambulansene med primærhelsetjenesten. Gjensidig utveksling av kompetanse, tverrfaglig trening i akuttmedisin kan bidra til å øke den akuttmedisinske beredskapen og kompetansen i primærhelsetjenesten.

I distriktene der det er lang avstand til sykehuset er en god samhandling mellom fastleger, legevaktstjenesten og ambulansetjenesten avgjørende for å sikre et godt akuttmedisinsk pasientforløp når det haster.

Vedtaket er fattet med hjemmel i kommunelovens § 13 (hasteparagrafen)