

Fra: Fremtidens helsetjeneste
Sendt: 18. januar 2011 08:39
Til: astri.istad@averoy.kommune.no
Emne: Ditt høringssvar, Høringsuttalelse til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, er mottatt

Det er en bekreftelse på at vi har mottatt ditt høringssvar på temaet Forebyggende helsetjenester.

Høringsuttalelse til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester
Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) la 18. oktober fram forslag til Ny Folkehelselov og Ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. I tillegg blir det foreslått endringar i pasientrettighetslova og spesialisthelsetjenestelova. Vidare er Grunnlaget for ny Nasjonal helse- og omsorgsplan lagt ut på nett, <https://fremtidenshelsetjeneste.regjeringen.no/>.
Alle tre er sentrale for å realisere måla med samhandlingsreforma. Etter høringa vil lovforslaga blir lagt fram for Stortinget i form av lovproposisjonar, og nasjonal helse- og omsorgsplan blir lagt fram som stortingsmelding våren 2011. Høyringsfristen er 18. januar 2010.
Høyringsdokumenta følgjer ikkje saka som vedlegg. Vi viser til Helse- og omsorgsdepartementets heimeside og KS sine heimesider
Hovudintensjonen med samhandlingsreforma er å sikre betre koordinert tilbod til pasientar med behov for samansette tenester over fleire nivå. Mellom anna demografisk og teknologisk utvikling og tilgang til kompetanse tilseier at arbeidsdelinga mellom nivåa må endrast over tid.

Måla med samhandlingsreforma og planperioden er:

- * Økt livskvalitet for den enkelte og redusert press på helsetjenesten gjennom satsing på helsefremmede og forebyggende arbeid

- * Dempet vekst i bruk av sykehustjenester ved at en større del av helsetjenestene ytes av kommunehelsetjenesten – forutsatt like god eller bedre kvalitet, samt kostnadseffektivitet – til det beste for pasientene.

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

- * Å sikre berekraftig utvikling av helsesektoren, gjennom å bidra til effektiv bruk av ressursene.

Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015)

Regjeringa vil:

- * at Nasjonal helse- og omsorgsplan skal bli et mer operativt redskap for prioriteringer innenfor de samlede helse- og omsorgstjenester.

- * at Nasjonal helse- og omsorgsplan skal sikre god politisk styring gjennom å være et strategisk styringsdokument for helsetjenesten.

Vurdering

Averøy kommune si vurdering:

Utfordringar og mål

Vi støttar sentrale utfordringa og mål og meiner ei sterkare satsing på kommunehelsetenesta og samhandling er rett veg å gå. Føresetnaden må vere like god eller betre kvalitet og meir effektive helsetenester. Vi er derimot usikre på dei skisserte verkemidlane blir effektive nok til å sikre ei vellykka reform.

Samhandlingsreforma krev ein politikk som i praksis demonstrerer at det neste

tiåret tilhører

kommunehelsetenesta- på same måte som det første tiåret dette århundret har vore spesialisthelsetenesta og sjukhusa sitt tiår. Nye plikter, større ansvar og fleire oppgåver til kommunane må følgjast av ressursar, myndighet og tillit.

Kommunane sine oppgåve er negativt avgrensa framleis, det betyr at det som ikkje ved lov eller forskrift er lagt til andre forvaltningsnivå er kommunale oppgåver. Kommuneleva av 1992 gje kommunane stor fridom til å organisere sine oppgåver. Det er svært viktig at kommunane som prinsipp opprettheld sin organisasjonsfridom, og kan tilpassa si organisering av tenesta til lokale forhold. Likevel vil det i samhandlingsreforma vera behov for meir standardiserte pasientforløp når kommunane skal løysa oppgåver som i dag ligg i spesialisthelsetenesta. Det talar for at ikkje alle organisasjonsløysingar kan vera frivillige. Strukturane må skapa forutsigbarhet for både helsearbeidarar og pasientar. Jfr drøftinga om plassar for øyeblikkeleg hjelp.

Eit tydleg pasientfokus

Kjernen i samhandlingsreformen er betre pasientbehandling og meir effektiv bruk av ressursane i helsetenestene. Skal reformen lukkast er det svært viktig at pasientfokuset framtrer tydleg i alt endringsarbeidet. Når det er mykje usikkerhet, slik det er i denne reformen, er det lett for at andre fokus tek merksemda - t.d. økonomi, organisasjon og profesjon. Averøy kommune vil derfor understreka behovet for å ha eit tydleg pasientfokus i alt arbeid reformen omfattar.

Generalistkommune vs. spesialistkommune (samkommune, vertskommune)

I høyringsdokumenta er det sterkt understreka behovet for interkommunalt samarbeid om løysinga av framtida sine helseoppgåver. Dei vektlegg innbyggjargrunnlag, kompetanse og økonomisk styrke. Modellar som

vertskommunemodell og samkommuneløysing vert peika på som foretrekte modellar. Fleire av

organisasjonsmodellane som er i dag lovfesta for interkommunalt samarbeid, er ikkje eigna til styring av

kommunane sin største sektor (t.d. interkommunale selskap etter kommuneleva) Averøy kommune er svært skeptisk til ei tenking der ein "særorganiserer" den største sektoren i kommunane, og eit av landets største velferdssektorar. Sektoren utgjer ca 30-35 % av kommunenes budsjett, og har ca 50 % av kommunens tilsette. Det er svært viktig at helse- og omsorgssektoren er under lokal folkevald kontroll av følgjande grunnar:

Kommunane er, uavhengig av storleik, generalistkommunar i dag. Det betyr at alle store samfunnsoppgåver er

under lokal folkevald styring, og prioriteringar som vert gjort må folkevalde stå til ansvar for gjennom valg.

Behova i helse- og omsorgssektoren er omtrent grenselause og tildeling av tenester handlar om gode faglege

tenester forvalta gjennom knappe ressursar. Kun gjennom prioritering er det mulig å koble saman faglege

forsvarlighet og økonomisk ansvarlighet. Gjennom ei samla prioritering av mange samfunnssektorar set lokale

folkevalde grenser for kva ressursar som skal nyttast på ulike samfunnsområde. Det fremmer heilskap, og hindrar

at stekre sektorinteresser - gjerne drive fram av fag- og profesjonsinteresser vert for sterke og økonomisk

krevjande. Noko av dette skjedde da staten overtok sjukehus og foretaksorganiserte desse. Budsjetta til sjukehusa

vart fordobla på 7 år, og sektoren er ikkje lenger økonomisk bærekraftig.

Dersom dei nye oppgåve som kommunane får i samhandlingsreforma ikkje kan løysast med dagens

kommunestruktur, er det ei betre løysing med større generalistkommunar enn interkommunale spesialistkommunar.

Dersom staten krev interkommunal sektororganisering av helse- og omsorgssektoren kan det verta vanskeleg å vita kven som er kontraktspartnar for staten/ foretaka jfr avtaleverket som vert krevd i den nye lova, og det er vanskeleg å sikra samsvar mellom beslutningsmakta og dei økonomiske ressursane i tenestene.

Forutsigbare pasientforløp - å jobbe i kommunens kjernestruktur.

Når kommunane skal behandle før, etter og i staden for sjukehus er det svært viktig å utvikle konkrete, enkle og forutsigbare pasientforløp. Pasientforløp som både helsearbeidarar og pasienter kjenner. For at vi skal få til ei slik omlegging av tenestene må staten vera tydleg på det skal overførast kompetanse, økonomi og fagfolk frå sjukehus til kommunehelseteneste.

For å kunne etablere slike enkle forutsigbare strukturer bør ein ta utgangspunkt i kommunane sin "hovudstruktur" i

helse- og omsorgsstenestene, slik at samordningsarenaene ikkje blir noko særtiltak som varierer frå kommune til kommune/ region til region, men at endringa skjer i sjølve kjernetenesta til kommunane. Dette aukar kapasiteten og krafta i omstillinga og vil kunna sikra meir oversiktlege tenester.

Dersom spesialisthelsetenesta skal gjera mindre, og kommunane gjera meir t.d. forebyggja

sjukehusinnleggingar og meir rehabilitering, må innsparingar i spesialisthelsetenesta og meirkostander for kommunane verta berekna med sikte på å flytta ressursar - både pengar og fagfolk - frå

spesialisthelsetenesta til kommunane. Dette går ikkje tydleg fram frå høyringsdokumenta der

ressursdiskusjonen i stor grad er omgått.

Samhandlingsreforma forutset likeverdighet. I dag opplever ikkje kommunane at vi er likeverdige partnere for spesialisthelsetenesta. Det er i stor grad spesialisthelsetenesta som definerer pasienten sin situasjon. Tydleg ser vi

dette når det gjeld utskrivingsklare pasienter. Det er spesialisthelsetenesta som definerer situasjonen, og

kommunane må tilretteleggja for mottak og vidare pasientbehandling. Vi ser dette også igjen i psykiatrien, og særleg knytta til dei aller tyngste brukarane med svake behandlingsprognosar. I samhandlingsreforma vert det eit kritisk punkt at partane er likeverdige, og at vi har eit sterkt pasientretta fokus.

Oppgaver, ansvar og finansiering

I lova som er ute på høyring er det svært uklart kva som er kommunens framtidige oppgaver og ansvar. På eit

overordna nivå med forebyggjande helsearbeid, og at meir behandling for dei store pasientgruppene i

kommunane, så er det ikkje vanskeleg å vera enig i at dette er rett veg å gå.

Men når ein skal konkretisere dette så

er det svært uklart. Kva er det faktisk kommunane skal ha ansvar for, kva konkrete oppgaver er dette? Denne

uklarheten blir forsterka av at staten ikkje har avklart den økonomiske modellen som skal følgje

samhandlingsreforma. Kommunane veit ikkje kva økonomiske rammevilkår våre nye oppgaver har og da vil det

oppstå betydelege iverksettingsproblem. Oppgaver, ansvar og økonomi MÅ avklarast før reformen vert sett i

verk, og det er slik at først må oppgåvene og ansvaret avklarast og deretter må finansieringsmodellen

utviklast. Rekkefølgen på dette er ikkje likegyldig. Forutsetningen er at samhandlingsreforma må vera at

fullfinansiert for kommunane. Det veit vi ikkje gjennom desse høyringsdokumenta.

Dette kan tale for at reformen må iverksetjast gradvis ala opptrappingsplanen for psykisk helse.

Forslag i høyringsdokumenta

- * Medfinansiering (20%) innan somatikk (i første omgang) til dømes for pasientar over 80 år og eldre eller medisinske innleggingar i alle aldersgrupper
- * Kommunal finansiering av utskrivingsklare pasientar frå dag 1.
- * Samarbeidsprosjekt - spleiselag.
- * Tilskot til planlegging og etablering av lokalmedisinske sentra.
- * Ein større del av veksten i helsebudsjetta skal gå til kommunane

Våre kommentarar:

- * Averøy kommune støtter modellen som har alder som kriterium, men pga av antallet eldre som treng behandling krev dette at modellen forøvrig er fullfinansiert slik at det er bygd opp kapasitet - både investering og drift - tilstrekkeleg i kommunane.
- * Ei medfinansieringsordning må vera innretta der kommunane har påverknadsmulighet i pasientforløpet
- * Medfinansieringsordninga må kombinerast med tiltak for å begrense finansiell risiko for enkeltkommunar.
- * Medfinansieringsmodellar vil ikkje vera tilstrekkelig for at kommunane kan opprette nye forebyggjande- eller rehabiliterande plassar, og heller ikkje dei pukkelkostandane kommunane får ved etablering av nye pasientforløp i samhandlingsreforma. Det betyr at dei økonomiske modellane ikkje kun kan handle om drift, men også om eingangskostnader kommunane vert påført (t.d. etablering av behandlingsplasser, fagutvikling, investeringar)

Vi er svært usikre på om opplegg for medfinansiering er rette vegen å gå no. Vi er også usikre på om det er kostnader ved å ha utskrivingsklare pasientar som skal vere utgangspunkt for overføring av midlar frå helseføretaka til kommunane. Det er store variasjonar i talet på utskrivingsklare pasientar frå kommune til kommune. Den konkrete framtidige arbeidsdelinga må vere utgangspunkt for fordeling av ressursar mellom kommunane og helseføretak. Det må øymerkast midlar til samarbeidstiltak og til utvikling av tilbod i kommunane. Det er viktig med ei finansiering som fremjar samhandling

Avtalar og tvisteløysing

I reformen er det lagt fram krav om avtalar mellom kommunane og helseføretaka. Averøy kommune er tvilande til at store velferdsområder skal styrast via avtalar og kontraktar. Det blir lett formalisme. Avtaleverket kan bli komplisert og kan kreve store administrative ressursar. Vi har tru på meir overordna avtalar med krav til sentrale samarbeidsorgan, felles planlegging på utvalte område etc (avtalar som fleire kommunar kan slutte seg til) og at det berre blir utarbeidd detaljerte avtalar for konkrete samarbeidstiltak, spesielle/utvalte pasientforløp etc. Det vil særleg vere behov for tvisteløysingsorgan når dei økonomiske konsekvensane for partane er store og når det er usemje om kva som er best kvalitet for pasient/brukar. Avtalesystem kombinert med økonomiske styringsincentiv gjer at systemet lett kan produsere bieffektar som ikkje treng vere til pasientens beste, men som maksimerer organisasjonens interesser, gjerne dei økonomiske interessene. Ei god grunnfinansiering av kommunane sine helse- og omsorgsoppgåver og eit tydleg pasientfokus bør vera ei meir hensiktsmessig ramme for arbeidet. Vi meiner at kanskje andre verkemidlar enn avtalar må bli meir sentrale:

- * meir aktiv bruk av lover og forskrifter

- * felles planar – og analysar – også lokale planar for utvikling av respektive tenestetilbod i fellesskap
- * nasjonale faglege retningslinjer og standard pasientforløp
- * økonomiske ressursar til konkrete samarbeidstiltak; pasienttilbod, kombinerte stillingar etc.
- * felles arena – til dømes innan forskning og utdanning i samarbeid med høgskole/universitet
- * kulturbygging
- * tilrettelegging for pasient/brukarmedverknad for å sikre brukarfokus og brukartilpassa løysingar
- * økonomiske styringsmidlar som støttar opp under samhandling, til dømes ambulante tenester, kompetanseutveksling, og heilskapleg vurdering av konsekvensar av økonomiske verkemidlar på ulike nivå. (til dømes pasientreiser)

Dersom sektoren skal styrast via avtalar blir tvisteløysinga viktig. Det kan ikkje vera slik at ein part har tvisteløysinga, og slik kan havne på begge sider av bordet. Dette talar for at det blir oppretta ei nasjonalt tvisteløysingsorgan samansett av begge partar – staten og kommunesektoren. Eit slik organ bør ha som oppgåve å treffa avgjerder om ansvarsfordelinga mellom stat og kommune, korleis inngåtte avtalar skal tolkast, tvister om utskrivingsklare pasienter osv. Kommunesektoren og staten må ha like mange representantar i organet, og kommunesektoren bør ha leiaren. På lokalt nivå bør det vera fylkesmannen som har ansvar for tvisteløysinga. Det er svært viktig at slike avtalar vert utarbeida i eit likeverdig partnerskap, og at det ikkje er departementet eller foretaka som sit og utarbeidar desse åleine. KS bør vera ein sentral samarbeidspartner i dette arbeidet nasjonalt.

Gjennomføringstakt

Vi støttar ei skrittvis implementering av reforma. Det er viktig å evaluere/vurdere undervegs og justere kurs ved behov. Samstundes er dette ei stor reform der det vil vere behov for ressursar for å få til ei vellykka gjennomføring. Erfaringar frå andre reformer som opptrappingsplan for psykisk helse, kan nyttast. Det er tenkt brukt ulike verkemidlar som innfasast gradvis. Tilstrekkeleg ressursar og aktiv statleg tilrettelegging (IKT, personell/utdanning, faglege retningslinjer) meiner vi er sentrale verkemidlar.

Faglege nøkkelspørsmål:

Akuttmedisinske kjede

Dei prehospitale tenestene vil bli enda meir sentrale for å sikre rett behandling på rett nivå til rett tid. Samarbeidet mellom akuttmottak, ambulansetenesta, fastlege, legevakt, open omsorg og sjukeheim er avgjerande for å auke tryggleiken for befolkninga og sikre god behandling på riktig nivå og unngå unødvendig innlegging i sjukehus. Dette samarbeidet må vidareutviklast, m.a. gjennom etablering av møteplassar. Samarbeid vil gi fagleg tryggleik. Samarbeidsavtalar kan vere aktuelt verkemiddel som foreslått. Det bør bli nasjonal standard at interkommunale legevaktordningar er stasjonære og har tilgang til eigne observasjonssenger. Legevaktslegane må også nytte akuttplassar i til dømes sjukeheim jf eige punkt om dette lengre nede. Samlokalisering av legevakt og ambulanse er også et viktig tiltak for å sikre god bruk av ressursar og kompetanse.

Ansvars- og oppgåvefordeling

Det blir lagt opp til auka aktivitet i kommunane. Delar av pasientforløpet som er aktuelle for "overføring" til kommunane, er ikkje konkrete eller avgrensa oppgåver. Det blir lagt opp til ei

gradvis oppbygging av kompetanse for å auke aktivitet og kvalitet i kommunane. Spesialisthelsetenestene skal desentraliserast gjennom desentraliserte spesialistpoliklinikkar, ambulante team, sjukehusbehandling i eigen heim og spesialisthelsetenester i lokalmedisinske sentre.

Vi meiner det er behov for ei klarare ansvars- og oppgåvefordeling mellom spesialisthelsetenesta og kommunehelsetenesta. Dette kan gå fram av forarbeidet til lova, i sjølve lova eller forskrifter. Dette kan evt. skje etter forsøksperiode og ei evaluering.

Lokalt sjølvstyre og autonomi er viktig, men det kan ikkje vere opp til kommunane om dei vil ta på seg ei oppgåve eller ikkje. Kommunane må enten sjølv eller gjennom samarbeid kunne ta hand om oppgåver som det utifrå ei samla nasjonal vurdering av kvalitet og effektivitet kan leggjast til kommunane. Samarbeid med helseføretaket om slike oppgåver er aktuelt, men dette må då vere frivillig både for kommunane og for helseføretaka. Dette ut frå prinsippet om likeverd mellom partane.

For å sikre ei god oppgåvefordeling bør ein gå gjennom dei største pasientforløpa mellom kommunen og helseføretaka, slik at ein sikrar ei vellykka overføring av oppgåver til kommunane. Prioriterte pasientgrupper kan til dømes vere eldre pasientar og pasientar med langvarig eller kronisk sjuke. Vi støttar at kommunane får eit større ansvar innan forebyggjande sjukehusinnleggelse, rehabilitering og habilitering, og at det blir ein gjennomgang av rehabiliteringsfeltet for å avklare grenseoppgangen mellom kommunale tenester og spesialisthelsetenesta. Kommunane sine fortrinn må utnyttast: Kommunane kan bygge opp tilbod nær brukarane, tilpasse tilbodet til lokale forhold og tilbodet kan sjåast i samheng med andre kommunale tenester. Ei nærare ansvars- og oppgåvefordeling kan ikkje overlatast til det enkelte helseføretak og kommune. Det må her vere nasjonale føringar evt etter ei forsøksperiode.

Ø-hjelp i kommunane

Departementet ber særskilt om synspunkt på om det bør bli lovfesta plikt for alle eller om det bør vere frivillig å etablere kommunale tilbod om døgnopphald for helse- og omsorgstenester til pasientar med behov for ø-hjelp. Vi meiner dette bør lovfestast og at alle kommunane bør ha slik plikt. Men ein må i eit slik arbeids vera tydeleg på korleis vaktberedskapen skal vera rundt desse ordningane. Kommunane må da kunne nytte den vaktberedskap med legar som er i legevakt eller legar med beredskap i sjukehus. Dette må vera ein betingelse dersom kommunane skal kunne økonomisk håndtere å ha ø-hjelps plassar.

Fastlegeordninga – kommunane treng meir samfunnsmedisinsk arbeid

Fastlegane har i følgje departementet ei sentral rolle for å nå måla i samhandlingsreforma. Det er vi heilt enige i og det krev at fastlegane vert mykje meir integrert i det kommunale helse- og omsorgsarbeidet.

Vi ser det som sentralt med betre samarbeid eller styrking av fagaksen mellom sjukehus og fastlegar, m.a.:

* Forpliktande avtale om pasientforløp med fordeling av oppgåver mellom sjukehus og fastlegar (utarbeidd ved hjelp av praksiskonsulentar m. fl).

* Gode tilvisingar frå fastlegane med klar "bestilling" til sjukehuset. Helseføretaket må samordne sine "krav" og utvikle desse i samspel med fastlegane.

* Gode epikriser raskt frå sjukehuset skrive med tanke på oppfølging hos

fastlege.

- * Betre mulegheit for faglege diskusjonar om pasienten mellom fastlegar og sjukehusa
- * Krav til og styrking av kommunikasjonslinjer (helsenettet, elektronisk kommunikasjon, telefon) mellom avdelingar på sjukehuset til og frå alle fastlegane.
- * Felles kjernejournal.

Det er ei utfordring at primærhelsetenesta (og spesialisthelsetenesta) er fragmentert. Fastlegane må bli meir integrert i andre delar av kommunehelsetenesta for å utvikle og utvide tilbodet i kommunane. Ved auke i tal fastlegar må ein unngå at dette fører til auka etterspørsel etter spesialisthelsetenester. Kompetanseutvikling må føre til at fastlegane kan handtere fleire problemstillingar. Det må også utviklast eit økonomisk system som "likestillt" samfunnsmedisinsk arbeid med ordinær pasientbehandling. I dag opplever vi at legar sitt engasjement kan vera prega av kva som er lønnsomt for dei. Averøy kommune støtter at kommunane må ha meir styringsrett i forhold til fastlegane, og at kommunane tydleg definerer kv oppgåver som skal prioriterast av legane. Det betyr at det er behov for vesentleg meir enn 7,5 timar pr veke til samfunnsmedisinska arbeid. Det må utviklast meir kvalitets- og fagsamarbeid mellom kommunane og spesialisthelsetenesta.

Forskning, utdanning og arbeidskraft
 Utdanning må tilpassast intensjonen i samhandlingsreforma. Plan for praksisstudiar må endrast slik at innhaldet i praksisstudiar blir meir i samsvar med dagens sjukehusdrift, kommunehelseteneste og krava i samhandlingsreforma. Legeutdanninga må også bli tilpassa oppgåvene som lokalsjukehus og lokalmedisinske sentra skal ivareta, og vidare krava til teamarbeid og samhandling. Det må etablerast samarbeid mellom helseføretaka og eit framtidig kommunalt ansvar for forskning og undervisning gjennom regionale samarbeidsløysningar (som regionale forskingsutval). Kombinerte stillingar er aktuelt, også i samarbeid med høgskole og universitet.

Arbeidskraft
 Det må utdannes tilstrekkelig helsepersonell med relevant kompetanse, og fleire heile stillingar må etablerast. Effektiv bruk av personellressursen og rett person på rett person blir særleg viktig med framtidig knappheit på personell. Utdanningsmodellar og arbeidsvilkår må gjerast attraktive. Tilrettelegging for samhandling - IKT, kvalitetssystem
 IKT er ein viktig føresetnad for samarbeid. Norsk helsenett må byggjast ut og ha tilstrekkeleg kapasitet også for samtidskommunikasjon/telemedisin. Det er behov for standardisering. Målet må vere tilgang/innsyn i pasientjournalen på tvers av nivåa for å sikre god samordning mellom spesialist- og primærhelsetenesta. Kjernejournal vil vere ein viktig reiskap særleg m.o.t. medikamenthandtering. Det bør utviklast felles kvalitetssystem og nasjonale kvalitetsstandardar for heile helsetenesta. Arbeid med meir bruk av helseteknologi må styrkast.

Rådmannens innstilling
 Averøy formannskap vedtar saksfremlegget som Averøy kommune sin høringsuttalelse til ny lov om kommunale helsetjenester.
 - slutt på innstilling -

Behandling i Averøy formannskap - 17.01.2011

Formannskapets vedtak - enstemmig:

733069104-65-201004116-232.txt

Averøy formannskap vedtar saksfremlegget som Averøy kommune sin høringsuttalelse til ny lov om kommunale helsetjenester.
18. januar 2011 09:39

Svaret kan leses her
Du er registrert som:
Brukertype: Privatperson
Navn: Averøy kommune
Brukernavn: Averoy kommune
E-post: astri.istad@averoy.kommune.no
Adresse: postboks 152, 6538 Averøy