

Nord-Troms Regionråd DA



Til
Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 Oslo

postmottak@hod.dep.no

HØRINGSUTTALELSE NY KOMMUNAL HELSE- OG OMSORGSLOV

Vedtatt på møte i Nord-Troms Regionråd DA 11. januar 2011

Helse- og omsorgsdepartementet har sendt på høring forslag til ny kommunal helse- og omsorgslov. Den nye loven vil sammen med forslaget til ny folkehelselov erstatte kommunehelsetjenesteloven, sosialtjenesteloven og lov om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet.

Høringsfrist er satt til 18. januar 2011.

Uttalelse fra et enstemmig Nord-Troms Regionråd DA:

Nord-Troms Regionråd DA (NTRR) er et samarbeidsorgan for kommunene Lyngen, Storfjord, Kåfjord, Skjervøy, Nordreisa og Kvænangen. NTRR er et politisk og administrativt samarbeidsorgan som arbeider med saker av felles interesse for kommunene og som fremmer regionens interesser i fylkes- og rikssammenheng.

Nord-Troms har til sammen ca 16.000 innbyggere. Nord-Troms er det distriktet i Norge som har lengst veg til sykehus, Universitetssykehuset Nord- Norge i Tromsø. Innen helse og omsorg har kommunene Kåfjord, Skjervøy, Nordreisa og Kvænangen, (11.300 innbyggere) hatt et langt samarbeid innen helse og omsorg. For disse kommunene er avstanden til Tromsø fra 314 km til 170 km. Internt i kommunene er det også avstander bl.a. med flere øysamfunn som er avhengig av båt og ferger.

Med årelang erfaring på samhandling kommunene imellom, med kommuner og UNN HF , utdanningsinstitusjoner, pasienter og pårørende, vil vi fra kommunene i Nord-Troms komme med en del betraktninger i forhold til samhandlingsreformen. Vår høringsuttalelse vil derfor begrense seg til å gjelde de deler av reformen der vi er uenige i de forslag som fremgår av høringsnotatet, samt de områder der vi har erfaring med samhandling på ulike nivåer. Vi har også lagt vekt på de spesielle utfordringer det medfører med lange avstander til sykehus og spesialisttjenester. Vi mener at videreføring av suksesser som sykestuesenger og DMS vil kunne være avgjørende for at samhandlingsreformen skal sikre pasientene et best mulig tilbud også i distriktene.

Nord-Troms Regionråd DA



Denne uttalelsen gjelder for alle de seks kommunene, men enkeltkommuner i regionen vil kunne gi høringsuttalelser, som overstyrer denne som kommunes syn ved eventuell motstrid.

1. Generelt om samhandling i Nord-Troms

Det er tradisjon med samarbeid mellom de fire nordligste kommunene i regionen ut fra erkjennelsen av at i små distriktskommuner kan samhandling gi tilgang på kvalifisert personell i større stillinger. Et eksempel på dette er fra 1978 og fungerer fortsatt, med felles kommunejordmortjeneste og fødestue på Sonjatun. UNN HF har systemansvar og er med i et økonomisk spleiselag sammen med kommunene. "Sonjatunmodellen" med en totalfunksjon for jordmortjenesten i 4 kommuner, ved fødestue, barsel, ledsagertjeneste og poliklinikk virksomhet. Dette betegnes i dag som en helhetlig svangerskaps, fødsel og barselomsorg.

I 1985 startet et pilotprosjekt med psykiatrisk poliklinikk for Nord-Troms i leide lokaler på Helsesenteret Sonjatun og med kontordager i kommunene. I 2008 ble Senter for psykisk helse Region Nord tatt i bruk med tilbud til barn, unge og voksne med poliklinikk, dagtilbud og døgnplasser for voksne. Senteret eies og driftes av UNN HF men med tett samarbeid med kommunene i Nord-Troms med faste kontordager ute i kommunene, felles utviklings- og samarbeidsprosjekter med kommunene og samarbeidsmøter.

De fire nordligste kommunene har drevet sykestuesenger til tross for at disse ble "lagt ned" av Troms fylkeskommune i 1986. Unntaket er Helsesenteret Sonjatun hvor UNN HF videreførte avtalen med Nordreisa kommune om drift av fødestue for Nord-Troms, områdeg geriatri -og rehabiliteringstjeneste, som også omfatter og afasitilbud. Her ble 4 sykestuesenger integrert med disse tjenestene, men med uavklarte økonomiske og kvalitetsmessige rammer. Etter gjentatte forhandlinger og dokumentasjon fikk Kåfjord og Kvænangen i 2005 en viss kompensasjon fra UNN for 1 sykestueseng hver og Skjervøy for 3 sykestuesenger. Til sammen er det 9 delvis finansierte sykestuesenger fordelt på de fire kommunene, men antallet sykestue-senger er i virkeligheten høyere. For eksempel hadde Skjervøy i 2009 447 innleggelser på sine sykestuesenger (6 senger hvorav 3 er del-finansiert fra UNN HF). Sykestuetilbudet gjør at kommunene i Nord-Troms statistisk forbruker mindre sykehustjenester/spesialisthelsetjenester og har kortere liggetid og få utskrivningsklare pasienter enn sammenlignbare regioner som ikke har sykestuer og gode kommunehelsetjenester.

Spesialisthelsetjenesten har fra 80-tallet hatt 6 senger til tverrfaglig områdeg geriatriisk tjeneste og rehabilitering på Helsesenteret Sonjatun. Slagpasienter med afasi kommer fra hele Troms og deler av Finnmark. Statlig tyngdepunkt for afasi og stemme er tilknyttet Sonjatun. Det er på flere områder interkommunale faglige nettverk i regionen, og vi ønsker å videreutvikle disse i tråd med føringene i samhandlingsreformen.

Med gode erfaringer på samarbeid innen helse, ble det i 2004 i Nord-Troms Regionråd besluttet å utvide samarbeid på helsetjenester i regionen gjennom prosjektet Distriktsmedisinsk senter Nord-Troms.

Nord-Troms Regionråd DA



Resultater

- 2006 – digitalt røntgen på Sonjatun som eies og drives av UNN HF
- 2007 – teleortopediprojekt, ender ut i doktorgradsstudie i 2011. Se: <http://www.telemed.no/bedre-hjelp-til-pasientene.433511-4259.html>
- 2007 – Videokonferanseutstyr ved helseinstitusjoner i de 4 Nord-Troms kommunene.
- 2008 – hudbehandlingsenhet, UNN HF. Lokale sykepleiere står for daglig drift og hudspesialist ambulerer fra UNN. Se: <http://www.telemed.no/sparer-et-halvt-doen.4497221-4259.html>
- 2010 – Funnke: Elektronisk samhandlingsprosjekt mellom UNN HF, fastleger, sykehjem og hjemmetjenesten.

Faglige nettverk i kommunene og mellom kommunene.

Det er små fagmiljø i den enkelte kommune og med nettverk skapes det arenaer for faglig utvikling og støtte. Alle helseinstitusjonene har videokonferanseutstyr som gjør at tilgjengelighet til møter og opplæring formidles uten å måtte reise.

Høsten 2009 ble det gjennomført en dialogkonferanse ”Samhandling i Nord-Troms” i samarbeid med Universitetet i Tromsø. Bakgrunnen var å forberede kommunene og øvrige samarbeidsparter på retningsendringer med utgangspunkt i samhandlingsreformen. Høsten 2010 ble det arrangert en ny samhandlingskonferanse med utveksling av erfaringer fra spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, og videre samhandling.

2. Kommentarer til enkelttemaer i høringsnotatet

2.1. Kommunal medfinansiering og endring i dagens finansieringsmodell

Det er behov for en grundig kostnadsberegning av kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenestene, og saken er meldt opp som en felles kostnadsberegningssak i konsultasjonsordningen fra KS’ side. Finansieringsmodellen er ikke tilstrekkelig dokumentert og det er behov for mer utredning og forskningsdokumentasjon på området.

Det er behov for utredning også av andre forhold for eksempel fastsettelse av et maksimalt beløp kommunene skal betale pr. innleggelse og hvordan kommunene skal kompenseres for det økte finansieringsansvaret. Det ligger et utfordrende økonomisk fremtidsbilde i forslaget til medfinansieringsordning, at kommunene eksempelvis vil få ekstra utgifter til medisiner, utstyr og hjelpemidler i takt med at beboere på sykehjem vil ha større og mer avansert behov for pleie. I dag dekker helseforetakene utgiftene hvis pasientene skal tilbake til eget hjem, mens sykehjemmene må dekke disse kostnadene hvis pasienten skal dit. Dette er ikke kostnader som er tatt med i de økonomiske beregningene rundt medfinansieringsordningen.

Nord-Troms Regionråd mener at det er tvilsomt om kommunene får mer styring med hva legene gjør ved å øke finansieringsansvaret, (50/50 fordeling av basistilskudd/takster). Finansieringsmodellen omfatter dessuten bare kurative oppgaver. Nord-Troms Regionråd går mot dette forslaget.

Nord-Troms Regionråd DA



2.2 Klage og tilsyn

Statens myndighet for tilsyn og klagebehandling bør samles i ett statlig organ. Dette bør ligge til fylkesmannen i fylkene. Dette vil hindre uklare roller og en mindre fragmentert stat i møtet mellom staten og kommuner.

Kommunene i regionen vil understreke betydningen av forslaget om å presisere pasientrettighetsloven slik at klageinstansen ved prøving av vedtak, skal legge stor vekt på hensynet til det kommunale selvstyret ved prøving av det frie skjønn. Det er å anse som en stor fordel at klageinstansen ikke skal treffe nye vedtak i saken, men ved oppheving av kommunale vedtak, sende saken tilbake til ny behandling i kommunen selv om dette kan medføre at det kan gå lengre tid før endelig vedtak fattes. En opphevelse av pasientrettighetsloven § 7-1 kan gi en mer byråkratisk ordning, ved at loven kan frata brukere og helsepersonell mulighet til å løse eventuelle tvister på lavest mulig nivå.

2.3 Kommunalt samarbeid

Utgangspunktet må hele tiden være at samarbeid må basere seg på frivillighet. Innledningsvis i dette høringsnotatet beskrives generelt om samhandling, og det gis eksempler på erfaringer fra dette arbeidet. I vår region er vertskommunemodellen brukt, og vi ønsker å videreutvikle denne modellen.

2.4 Ansvarsfordeling og avtaler

Nord-Troms Regionråd mener at det er behov for en tydeligere ansvarsfordeling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Denne problemstillingen løses ikke gjennom lovforslaget. Det innebærer at den "stille reformen" fortsetter, med at stadig flere oppgaver overføres til kommunene uten at dette kompenseres økonomisk. Kommunens myndighet og ansvar vil da heller ikke bli synliggjort. Det er departementet som ensidig vil kunne fastsette ansvarsfordelingen mellom stat og kommune. For å få til gode avtaler mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten er det av avgjørende betydning at oppgave- og ansvarsfordelingen mellom disse er klar.

Ansvarsfordelingen bør angis nærmere i forarbeidene til loven, og om mulig også klarere i selve lovteksten. Hvor det oppstår uenighet om ansvarsfordelingen, bør uenigheten avgjøres av et uavhengig tvisteløsningsorgan eller som ett minimum i forskrifts form. Da vil det også i forbindelse med høringen være mulig å kostnadsberegne overføring av nye oppgaver til kommunene.

Nord-Troms Regionråd oppfatter det noe uklart hvor rettslig bindende avtalen mellom partene er ment å være, og det er nødvendig at dette utredes nærmere. Generelt bærer høringsnotatet preg av at man på den ene side ønsker at avtaler skal være bindende, men på den andre siden ønsker man det allikevel ikke i forhold til oppgaveløsning og ansvar.

Nord-Troms Regionråd DA



Det må inngås forpliktende avtaler mellom organer som for eksempel Distriktsmedisinsk senter Nord-Troms og Universitetssykehuset Nord-Norge. Vi har erfart at slike avtaleutkast tar tid da det er mange faglige, juridiske og økonomiske hensyn som skal gjelde. Innenfor enkelte tjenester, for eksempel jordmortjenesten må det være bindende avtaler mellom vertskommune og samarbeidende kommuner.

2.5 Ansvar for øyeblikkelig hjelp

Nord-Troms har erfaringer med sykestuesenger i kommunene som et tilbud før, istedenfor og etter sykehusopphold. Sykestuetilbudet må opprettholdes og videreutvikles slik at ferdigbehandlede pasienter i spesialisthelsetjenesten kan utskrives til et kvalitetsmessig godt tilbud i kommunene. Det forutsettes at kommunene som har etablert/etablerer et slikt tilbud settes i stand til å opprettholde/videreutvikle sykestuene gjennom forutsigbare statlige overføringer/tilskudd som er i samsvar med kostnadene ved det etablerte tilbudet.

Hva karakteriserer den "utskriftsklare" pasient

Nord-Troms Regionråd mener at utskrivingsklare pasienter ikke bør ligge i sykehus, men tas til kommunene til videre behandling, pleie- og omsorg. Dette er det god erfaring med fra kommunene i Nord-Troms som har kort liggetid på UNN, få innleggelser og få utskrivingsklare pasienter som venter på kommunal plass. De pasientene som klassifiseres som "utskrivingsklare", kjennetegnes av at de etter utskrivning fra sykehus trenger kommunale behandlings-, pleie- og omsorgstjenester. Det kan dreie seg om behov for sykestueplass/korttidsplass i institusjon, tilpassing av egen bolig, opplæring av personell i pleie- og omsorgstjenestene, rehabilitering, palliativ omsorg, langtidsopphold i sykehjem m.v. De er altså ikke blant det flertallet som er ferdigbehandlet eller friske etter et sykehusopphold.

Ferdigbehandlet/utskrivingsklar fra spesialisthelsetjenesten/mottaksklar i kommunen

Kommunal betalingsplikt fra første dag vil føre til økt press på kommunene om å ta pasientene raskere tilbake med risiko for at det kommunale tilbudet ikke har tilstrekkelig høy faglig kvalitet. Kommunene vil alltid trenge en viss tid til å planlegge og iverksette faglig forsvarlige tiltak for disse pasientene.

Det kan m.a.o. bli en utfordring at det vil oppstå ulike vurderinger om utskrivingsklare pasienter er mottaksklare pasienter. Erfaringer tilsier at kommuner som har bygget opp sitt tjenestenivå med kvalitet og kompetanse tar imot – og har større utgifter enn kommuner som ikke har denne muligheten.

Nord-Troms Regionråd vurderer forslaget om betalingsplikt for kommunene fra dag 1 som svært uheldig. De fleste kommuner har problemer nok med dagens ordning med betalingsplikt og en ny ordning med betalingsplikt fra dag 1 vil kunne få svært uheldige konsekvenser for den enkelte pasient.

Nord-Troms Regionråd DA



2.6 Individuell plan

Nord-Troms Regionråd mener det bør åpnes for at spesialisthelsetjenesten i visse tilfeller bør ha et selvstendig ansvar for å utarbeide individuell plan, for eksempel ved særskilt krevende pasienter. Ved eksempelvis langvarige opphold i spesialisthelsetjenesten bør arbeidet med individuell plan igangsettes når man ser at behovet er tilstede. Det er viktig å se på individuell plan som en prosess som må tilpasses den enkeltes behov. Spesialisthelsetjenesten må ha et selvstendig ansvar i forhold til å starte prosessen, ellers vil utarbeidelse av individuell plan ta lengre tid. Dette fordi arbeidet ikke igangsettes når behovet avdekkes. Alternativt må kommunen igangsette og koordinere arbeidet underveis i behandlings-/rehabiliteringsopphold i spesialisthelsetjenesten. Det vil i så fall kreve ekstra ressurser fra kommunen.

Det er vesentlig at spesialisthelsetjenesten må ha en plikt til å medvirke i arbeidet med individuell plan, bortsett fra i enkelte tilfeller der bare spesialisthelsetjenesten er involvert. I disse tilfeller bør det som i dag, være spesialisthelsetjenesten som har ansvar for utarbeide den individuelle plan.

Forslagene i kapitlet om individuell plan vil medføre både administrative og økonomiske konsekvenser for kommunene. Kommunene vil få et større ansvar og arbeidet med individuell plan og koordinatorrollefunksjonen vil kreve tid og ressurser både for koordinator og annet personell som er involvert i arbeidet. Vi foreslår derfor at det åpnes for at tidsbruken inngår i beregningsgrunnlaget for øremerket tilskudd av ressurskrevende tjenester. Vi foreslår at alle ekstra kommunale tjenester tas med i beregningsgrunnlaget f.eks. fysioterapi, hjelpemiddelformidling, spesialpedagogiske tiltak, assistenter i barnehage og skole, helsesøstertjenester og lignende. Ressurskrevende tjenester må også gjelde for personer over 67 år og som har et stort og sammensatt omsorgsbehov. Her må prinsippet om likeverdige tjenester også gjelde.

2.7 Kommunens plikter i forhold til folkehelse

De økte kravene som stilles på folkehelseområdet vil medføre merkostnader for kommunene både ressurs- og kompetansemessig. Dette gjelder bl.a. kravene til økt tverrfaglig samarbeid, helseovervåkning og statistikkarbeid og indirekte krav om at det må opprettes koordinatorstillinger for folkehelsearbeidet.

Blant de folkehelseutfordringene som i størst grad vil prege det norske samfunn i årene fremover er rus og psykisk helse. Dette tema bør derfor være med i eksempellisten i § 6, tredje ledd.

Fastlegens ansvar og rolle i folkehelsearbeidet bør presiseres tydeligere enn realiteten er i dag. Denne klargjøringen kan med fordel tas inn i den nye forskriften til loven.

2.8 Oppholdsprinsippet

Nord-Troms Regionråd slutter seg til at loven bør ha oppholdsprinsippet som hovedregel. Vi har utfordringer i kommuner hvor det er stor tilflytting i deler av året. I Nord-Troms er det

Nord-Troms Regionråd DA



mange reindriftssamer som er nødt til å oppholde seg ved kysten i sommerhalvåret, og som har behov for sykehjemsplass, avlastning, hjemmetjenester, legetjenester, jordmortjenester osv. Dette gir både økonomiske og administrative konsekvenser for oppholdskommunene. Oppholdskommunene må kunne kreve refusjon fra bostedskommunene da det er disse som får inntektene for innbyggerne gjennom skatt, rammetilskudd og øremerkede midler.

2.9 Endringer innen kompetanse, forskning, IKT m.m.

Det er nødvendig at det utdannede helse- og sosialpersonell er tilpasset de framtidige kommunale oppgaver, og blir i den kommunale helse og omsorgstjenesten. For å vedlikeholde og utvikle ansatte med kvalitet i tjenesten, må det følges opp med relevant etter- og videreutdanning. Det må også legges føringer på gjensidig hospitering mellom kommunehelsetjenesten og helseforetakene for utviklingen av fag og kvalitet. Faglige nettverk internt i kommunene, mellom kommuner og med deltakelse fra spesialisthelsetjenesten blir en metode for å vedlikeholde og styrke kvaliteten i arbeidet. Dette vil også bidra til å utvikle samhandlingskompetanse. I kommuner med lang avstand både til sykehus og til nabokommuner, vil det koste for reise og opphold. Dette må kunne kompenseres. Å ta i bruk ny teknologi (videokonferanse, telemedisinske løsninger) for å minske avstandsulemper, må få større fokus.

Nord-Troms Regionråd mener at kommunene bør få tilført ressurser til forskning og undervisning på lik linje med spesialisthelsetjenesten, og at det må arbeides for å etablere et formalisert samarbeid mellom forskningsinstitusjoner og kommuner, herunder Nord-Troms Studiesenter. De 6 samarbeidende kommunene har også etablert Nord-Troms Studiesenter som samarbeider med høyskoler og universitet for å tilrettelegge for fleksibel og desentralisert høyere utdanning i regionen. Dette gjelder både profesjonsutdanninger og etter- og videreutdanninger, som bidrar til å rekruttere og beholde kvalifisert arbeidskraft.

Det er en forutsetning at kommunesektoren blir involvert i utarbeidelsen av standardene på samme måte som man har blitt i ELIN-k (Elektronisk Informasjonsutveksling kommune). Det koster kommunene å være med i prosjekter, og pålagte prosjekter må fullfinansieres dersom en skal lykkes i innføringen. Vi ser at FUNNKe er et framtidsrettet prosjekt, men det koster med utstyr, opplæring og personell. For mange kommuner blir det ikke mulig å prioritere å være med.

Skibotnsenteret er en samarbeidspartner for kommunene i Nord-Troms med arbeidet med Samhandlingsreformen. Skibotnsenteret har kompetanse på hjerte-, lunge- og generell rehabilitering som eksisterende tilbud i regionen, og som er en viktig kompetanse i reformen som vi ønsker å benytte.

Nord-Troms Regionråd DA



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

Når det gjelder avtalene mellom helseforetaket og kommunene så bør disse være basert på en form for standardavtaler supplert med nødvendige lokale løsninger og tilpasninger ut i fra spesielle behov.

Det må reguleres klart i avtaler hvordan tvister løses, og avtaler må følges opp i gjennom dialoger i formelle fora. Dersom det oppstår tvist i forhold til avtaler mellom kommuner og helseforetak, bør det opprettes et eget uavhengig tvisteløsningsorgan. Et slikt organ vil øke legitimiteten for en tvistehandling.

Behovet for økt juridisk kompetanse i kommunene vil øke. Det bør legges til rette for at kommunene kan tilføres nødvendig kompetanse på dette området.

3. Hvordan kan samhandlingsreformen gjennomføres?

Samhandlingsreformen, med ny folkehelselov og lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, kan iverksettes fra 1.1.2012, med de forandringer og presiseringer som er referert til i punkt 1-7 overfor.

Reformen må etter Nord – Troms regionråds oppfatning implementeres gradvis og etter en plan. Det må også fastsettes ”milepæler” hvor resultatene av samhandlingsreformen på gitte tidspunkter etter nærmere kriterier skal vurderes. Departementet må være pådriver i prosessene. Nye oppgaver må fullfinansieres.

4. Generelt om fremtidens kommunehelsetjeneste

Det å overføre flere oppgaver til kommunene og styrke samhandlingen mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten må gjøres i lys av at Regjering og Storting har tillit til at kommunene tar dette ansvaret, og må derfor ikke medføre unødig bruk av store ressurser til kontroll og overvåking. Reformen må gjennomføres etter likeverdsprinsippet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene.

En satsing på videreutvikling av lokalmedisinske (distriktsmedisinske) sentra må få et større fokus. Kommuner som samarbeider om tjenester, kvalitet og faglig utvikling gjennom samhandling, bør belønnes for innsatsen. Slik det har vært til nå er disse tjenestene bygget opp og samhandlingen skjedd på grunn av lang reiseveg til sykehus. Dette ut fra kjennskap og samarbeid med pasientgruppene som har tilleggsbelastning med slitsomme reiser. Merutgiftene dette medfører, er dekket i kommunene. Dette kan ikke kommunene fortsette med!

Nord – Troms har, som nevnt innledningsvis, lang erfaring med samhandling. Det er ikke blitt forsket på resultater av dette arbeidet, noe som kan være interessant i forhold til innføring av

Nord-Troms Regionråd DA



samhandlingsreformen. Nord – Troms Regionråd tilbyr derfor med dette at kommunene kan være med i pilotprosjekter/forskningsprosjekter for å dokumentere effekten av arbeidet som kan gjøres lokalt.

Nord-Troms 11. januar 2011

(sign)
Roy Waage
Rådsordfører
ordfører i Skjervøy

(sign)
John Helland
saksordfører
ordfører i Kvænangen

(sign)
John Karlsen
saksordfører
ordfører i Nordreisa