

Til Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011, Dep
0030 OSLO

postmottak@hod.dep.no

Deres ref:	Vår ref: 2009/7248-14	Løpenr: 1383/2011	Arkivkode G00	Dato 13.01.2011
-------------------	---------------------------------	-----------------------------	-------------------------	---------------------------

Høringsuttalelse ny kommunal helse- og omsorgslov og Samhandlingsreformen, Storfjord kommune.

Storfjord kommune er en av 6 Nord- Troms kommuner, sammen med Lyngen, Kåfjord, Nordreisa, Kvænangen og Skjervøy, og tilhører Nord- Troms Regionråd.

I møte 11. jan. 2011 ble det utformet en felles høringsuttalelse som har sterkest fokus på 4 av de 6 Nord- Troms kommunene: Kåfjord, Nordreisa, Kvænangen og Skjervøy.

Storfjord kommune ønsker derfor å sende en egen høringsuttalelse (merket blå skrift), men med grunnlag i den fellesuttalelsen som ble gjort av Nord- Troms Regionråd, 6 kommuner.

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.

Storffjord og Lyngen kommuner har svært mange års samhandlingserfaring, gjennom felles legetjeneste fra ca 1950 til ca 1990. Etter dette har vi fortsatt felles legevaktjeneste. Vi har hatt felles sykehjem på Lyngseidet fra 1972 til 1991. Og vi har i alle år hatt og har fortsatt felles lensmannstjeneste. Videre samhandler vi om felles PPT tjeneste mellom Storffjord, Kåffjord og Lyngen. Plo har de siste 8 år hatt flere samhandlingsprosjekt i Omsorgsetaten mellom Storffjord, Kåffjord og Lyngen.

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, **DMS og Skibotnsenteret / LHL vil kunne være avgjørende for at samhandlingsreformen skal sikre pasientene et best mulig tilbud også i distriktene. 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 + to nordligste kommunene i regionen, og samhandling mellom 2 og 3 geografisk nærliggende kommuner også utenom 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, områdeggeriatri -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 Kåffjord 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.

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 – hudbehandlingssenheter, 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 [alle de 6 kommunene i Nord-Troms](#).

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 samarbeidspartener 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.

[Storfjord kommune vil spesielt trekke fram Skibotnsenteret/ LHL som mulig samhandlingsaktør, som ligger midt i Nord-Troms, i Storfjord kommune, og 12 mil fra Tromsø.](#)

[Skibotnsenteret – en del av LHL Helse AS- eies og drives av Landsforeningen for Hjerter- og lungesyke. Skibotnsenteret vant anbudskonkurranse med Helse Nord i desember 2010 og fortsetter dermed med et viktig tilbud innenfor hjerter- og lungerehabilitering de neste 4 årene, det eneste av sitt slag i landsdelen og på Nordkalotten. Senteret dekker også området hvor 80-90 % av de samiske pasientene bor. Skibotnsenteret har drevet med hjerter- og lungerehabilitering siden henholdsvis 1993 og 1998 og har opparbeidet seg en unik kompetanse og har 25 hel- og deltidsansatte. Ansatte ved senteret, det vil si spesialutdannede sykepleiere, fysioterapeuter, kostholdssjef, lege og sosionom er ansvarlig for rehabiliteringstilbudet. Det er også et utstrakt samarbeid med det faglige miljøet ved UNN HF. Skibotnsenteret har både samisk- og finsktalende ansatte.](#)

Skibotnsenteret ønsker å være en samarbeidspartner for Storfjord kommune og andre kommuner i samhandlingsreformen. Skibotnsenteret kan tilby ressursperson(er) fra vårt senter som kan være med i prosessen sammen med kommunene. De har stor kompetanse på hjerte-, lunge- og generell rehabilitering. I tillegg har de også kompetanse på diabetes, KOLS, arbeidsrettet rehabilitering, røyking, vektreduksjon m.m.

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 [og rehabilitering](#). 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.

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 [Interkommunalt 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. [Utvikling av stabile kompetansemiljø være en viktig utfordring og mulighet i det interkommunale samarbeidet, mellom 6 kommuner og et mindre antall andre samhandlingskommuner.](#)

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. Det må inngås forpliktende avtaler mellom organer som for eksempel Distriktsmedisinske senter Nord-Troms, [Skibotsenteret / LHL](#) 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.

Spesialisttjenesten til brukerne.

Fra Storfjord kommune så har vi lang erfaring gjennom Skibotnsenteret / LHL, og kommunal tjeneste PLO- gjennom demensteamet på UNN, der spesialister kommer regelmessig og etter en plan til Storfjord. Det må legges en praksis som er slik at spesialister i størst mulig grad reiser ut til kommunene, eller kommuniserer med kommunehelsetjenesten gjennom de erfaringer som regionen har opparbeidet seg gjennom telemedisin på DPS. Slik kan behandling og oppfølging av den enkelte ivaretas i størst mulig grad der brukeren / pasienten bor. Brukeren / pasienten skal i utgangspunktet ikke reise til behandling eller flyttes.

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.

Skibotsenteret /LHL har gjennom flere år utviklet spesialkompetanse på arbeid med Individuell plan i samarbeid med den spesialisthelsetjenesten de samhandler med. Dette vil Nord- Toms kommunene straks dra nytte av, dersom det legges opp til det.

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, [telekommunikasjon](#), 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 mange reindriftssamer som er nødt til å oppholde seg ved kysten i sommerhalvåret, og som har behov for sykehjems plass, 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.

Nord- Troms er en reiselivsregion, og det medfører at mange mennesker oppholder seg i våre kommuner i ferie- og fritid. Dette medfører store utgifter for oppholdskommunen, ettersom det også er behov for pleie og spesiell omsorg mens ferierende oppholder seg i kommunen. En refusjonsbestemmelse mellom bosteds- og oppholdskommunen vil derfor være hensiktsmessig.

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 avstandsulempen, må få større fokus. [Et lyd-bilde studio er etablert i alle Nord- Troms kommunene i dag. Det vil være behov for styrket opplæring på dette området.](#)

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.

[Fylkesmannens årlige rekrutteringsprogram ang rus, psykisk helse og demens har gitt meget gode resultat i kommunene i Nord -Troms. Det er behov for flere slike rekrutteringsprogram, der Fylkesmannen i samhandling med kommunene og regionen prioriterer kompetansebehov som kommer frem gjennom implementering av Samhandlingsreformen i kommunene.](#)

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.

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.

Det må etableres en prosjektorganisasjon i Nord- Troms Regionen, eller mellom samhandlende kommuner, med prosjektleder og prosjektmedarbeidere, slik at de nye bestemmelsene kan sikres en planmessig utvikling, gjennomføring og evaluering. Et ledd mellom primærhelsetjenesten og sykehus (praksiskonsulentordning) må ivaretas i dette arbeidet.

Samarbeid med Skibotnsenteret / LHL.

- Skibotnsenteret kan bidra med *kompetanse omkring folkehelse generelt* ikke bare i forhold til hjerte – og lungesyke, til alle Nord- Troms kommuner, enkeltvis eller samlet.
- Tilbud om om å bli med på *fellestreninger* med inneværende hjertegruppe ute, i gymsal eller i basseng en gang i uken, fast ukedag. Dette kan gjelde personer som trenger å øke sin fysiske aktivitet for å forebygge hjerte og karsykdom, overvekt, diabetes eller andre diagnoser
- *Tettere samarbeid med fastlegene* i forhold til nydiagnostiserte kolspasienter slik at de får tilbud om et vanlig lungekurs så snart de har fått diagnosen.
- *1 ukes ”komme-seg-opphold”* etter kolsforverringer med sykehusinnleggelse.
- *Trim for eldre gruppe.* Egen trimgruppe 2 g/ uka på dagtid for eldre over 70 år som et forebyggende tiltak i forhold til fallforebygging.
- Diabetesskole. To dagers kurs om sykdomslære, fysisk aktivitet, kosthold og mestring.
- Kurs for mor og barn i forhold til helhetlig svangerskapsoppfølging og forebyggende helse for mor og barn. Samarbeid med jordmor i Storfjord / Nord- Troms kommuner eller UNN.

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, *i forhold til det medansvar som legges på kommunene, gjennom bla kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten.* Det er foreslått at kommunene skal betale 20% av kostnadene til spesialisthelsetjenesten. Det er ikke avklart noe nærmere hvordan den økonomiske modellen blir / hvordan dette skal gjennomføres.

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!

Et systematisk samarbeid mellom Nord- Troms kommunene, Skibotnsenteret / LHL og spesialisthelsetjenesten vil være et viktig bidrag i kompetansebygging og utvikling av tiltak for behandling av spesielle brukerrettede tjenester.

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 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

For Storfjord kommune
Hanne Braathen
Ordfører i Storfjord kommune
- sign-

Ellen- Beate Jensen Lundberg
Rådmann i Storfjord kommune
- sign-

Med hilsen

Anne Dalheim
Omsorgssjef, Storfjord kommune
Direkte innvalg: 77212970