



Helse- og omsorgsdepartementet  
Postboks 8011 Dep  
0030 OSLO

Helse- og omsorgsdepartementet	
Saksnr.: 200500444	Dok.nr.: 83
Arkivkode: 500	Journ dato: 020605
Avd.: KTA	Saksbeh.: EV
U.off.:	

Saksnr.	Arkivkode	Saksbehandler	Deres ref.	Dato
04/01327	620813	Herbjørg K. Fagertun		31.05.05

Oppgis ved henvendelse

**HØRINGSUTTALELSE TIL NOU 2005:3.  
FRA STYKKEVIS TIL HELT - EN SAMMENHENGENDE HELSTETJENESTE**

**Innledning**

Kommunene Kåfjord, Skjervøy, Nordreisa og Kvænangen er med i et prosjekt *Distriktsmedisinsk senter Nord – Troms*. Prosjektet startet 15. september 04 og avsluttes desember 05. Prosjektet er finansiert gjennom skjønnsmidler fra Fylkesmannen i Troms og egenandeler fra kommunene. Med bakgrunn i erfaringer fra å drive kommunehelsetjenester og samarbeid gjennom år med sykehus, samt erfaringer så langt i prosjektet, er dette vektlagt i høringsuttalelsen. Dersom det skulle være uklarheter i eksempler eller ting som må utdypes, kan undertegnede kontaktes,

Styret i Nord – Troms Regionråd ( Storfjord, Lyngen, Kåfjord, Skjervøy, Nordreisa og Kvænangen) har i møte 30.05.05 sluttet seg til denne høringsuttalelsen. Offisiell bekreftelse på dette ettersendes.

**Økonomiske og organisatoriske rammebetingelser**

**Primærhelsetjenesten er fundamentet i helsetjenesten** og vi støtter utvalget i at den må gis større oppmerksomhet – både i form av ressurser, mulighet for vekst med prosjekter og forskning.

**Utfordringene med geografisk ulikhet og avstander til sykehus** må også tas med som en "skjevhet" og gi rom for ulike tilbud og ressursbruk. For Nord – Troms ser vi følgende forslag som viktige:

**Sykestuesenger**

**Tilrettelagte senger i sykehjem for lindrende behandling ved livets slutt**

**Fødestue**

**Distriktsmedisinsk senter**

**Videokonferanse – og datautstyr til bl.a samhandling og opplæring av pasienter og personale**

**Samhandlingsmilliarden** ser vi på som en stimulering til at samhandlingen aktiveres og helheten i pasientbehandlingen blir ivaretatt. Det er positivt at det foreslås at tiltaket kanaliseres gjennom kommunene.

## Kap. 5 – kommentarer

Kommunene har de siste 10 – 15 år fått ansvar for nye grupper overført fra spesialisthelsetjenesten ved nedlegging av langtidsinstitusjoner og tilbakeføring til kommunene. Dette er også brukere som er unge – under 67 år. I tillegg er det født barn med funksjonshemminger og det er unge med ervervede skader. I kommunene gis det døgnkontinuerlige hjemmetjenester også til disse brukerne. Det tar tid å rekruttere og kvalifisere personell til f.eks multifunksjonshemmede, autismeomsorg, rus og psykiatri. Det er også bekymringsfullt med økende antall demente som har behov for tilrettelagte tjenester og kvalifisert personell. De nevnte gruppene har også store samhandlingsbehov og behov for individuell plan. Somatisk helsetjeneste har problemer med øyeblikkelig hjelp funksjon til eldre og tidligere utskrivning fra sykehus og med behov for fortsatt medisinsk behandling og kvalifisert pleie. For alle disse gruppene må det i kommunene gis spesielt tilrettelagte, individuelle og målrettede omsorgstilbud som krever høy kompetanse og som er umulig å *kvantifisere* gjennom eksisterende rapporterings- og registreringsordninger. Dette må det tas hensyn til ved tilrettelegging for kommunene både når det gjelder administrative og økonomiske rammebetingelser. I Nord – Troms har vi erfaring med at sykestuesenger i kommunene gir et godt tilbud til en del ø.hj. tilstander, og sparer den eldre pasienten for lang transport og sykehusopphold. I tillegg brukes sykestuesenger som mellomstasjon ved tidlig utskrivning fra sykehus når det er behov for fortsatt krevende behandling. Avtaler om sykestuesenger, utstyr, kvalitetsnormer og prosedyrer er et arbeid som må videreføres. En annen gruppe som også får oftere behandling i distriktskommuner nå enn tidligere, er kreftpasienter. Her brukes det spesialutdannet personell til cellegiftkurer, dyr medikamentell behandling og utstyr. Rammebetingelsene må tilrettelegges slik at distriktskommunene ikke påføres unødige utgifter i forhold til kommuner hvor pasienter får denne behandlingen i sykehus eller poliklinikk. For øvrig er vi enig i utvalgets beskrivelse av årsaksforholdene til presset på kommunale tjenester og omfanget av denne utviklingen.

## 2. Pasientperspektivet

**10.2.1 Brukermedvirkning på systemnivå** er positivt at det sikres. Erfaringer fra mindre kommuner er f.eks arbeidet med eldreplanen med representanter fra eldrerådet og med psykiatriplanarbeidet deltakelse fra Mental Helse. En må avklare hvilken rolle og ”myndighet” brukermedvirkningen skal ha. F.eks hva betyr det at man viser til rettigheter når brukerne skal delta i utforming og planlegging.

**10.2.2 Individuell plan** er en ”arena” hvor samhandling utføres i praksis. Vi ser det som positivt at kommunene har ansvaret ut fra at det er de som kjenner rammebetingelser, kultur og nettverk. Erfaringer fra Nordreisa kommune som har utarbeid mal for IP i 1999, og har spesielt erfaringer i bruken av denne i forbindelse med multifunksjonshemmede barn, er at det tar tid og mye opplæring for å få de forskjellige faggrupper til å få forståelse og engasjement i dette arbeidet. Men etter ei tid er dette en arbeidsmetode som gir gode resultater. IP er ressurskrevende for fagfolk og administrativt i form av organisering, rapportering, opplæring, møter, vedtak, evaluering, journal og planarbeid. I tider med knappe ressurser kan dette arbeidet gå på bekostning av direkte pasienttid og personalet kommer i en

lojalitetskonflikt. Det er enighet om at legene bør delta i form av fagmøter og ansvarsgruppemøter. Det kan bli vanskelig å få legene til å initiere og være hoveddrivkraften i individuelle planer for de av listepasientene som trenger det ut fra dagens takstsystem.

**10.2.4 Pasientopplæring og informasjon** er områder som er positivt at det blir styrket. Helsepersonell må få opplæring i denne type samhandling for dermed å være pådrivere og være spesielt oppmerksomme på grupper som ikke selv aktivt søker informasjon. For befolkningen, spesielt i distriktene, blir det viktig med regionale samlinger og bruk av ny kommunikasjons- og IKT – teknologi. Av erfaring kan nevnes ”Pårørendeskole for aldersdemente” som har hatt et opplegg med forelesning på videokonferanse og fortsatt med samtalegrupper ledet av lokalt personell.

**10.2.5 Pasientombud.** Vi støtter forslaget om at pasientombudets arbeidsområde omfatter offentlige spesialisthelsetjenester og kommunele helse- og sosialtjenester. Når det gjelder tilsynsdelen, blir en oppsplittet tilsynstjeneste ressurskrevende og må derfor samordnes.

### 3. Forslag knyttet til samhandling mellom tjenesteutøvere

**10.3.1 Tiltak rettet mot legetjenesten i kommunene.** Erfaringene fra kommunene i regionen er at de har inngått gode avtaler om kjøp av legetjenester. Dette gir seg også utslag i at legene deltar mer i ansvarsgruppemøter og fagmøter om klienter enn det som er gjennomsnitt i andre kommunene. Finansieringsordningen for slike møter er tilfredsstillende. Forslaget om endring i basistilskudd % av finansieringssystemet *støttes ikke*. I små kommuner der legene har relativt korte lister vil dette slå negativt ut. Legene vil søke å få lengst mulig liste og da har de i hvert fall ikke tid til å ta seg av ”lite lønnsomme pasienter” som eldre og kronisk syke ofte er. Det er enighet om at innretningen av takstsystemet legger til grunn at pasienter med store og sammensatte behov må ivaretas bedre. Det støttes at det i avtalene for privatpraktiserende helsepersonell inkluderes klare funksjons- og kvalitetskrav, blant annet for å sikre bedre tjenester til personer med store og sammensatte behov.

**10.3.3 Samarbeidsavtaler foretak og kommuner** preget av gjensidighet og respekt for nivåene, er et godt utgangspunkt for bedre samhandling som igjen kommer pasientene til gode. Distriktene har spesielle utfordringer i form av spredt bosetting og lang avstand til sykehus. Her må foretakene gjøre egne avtaler som f.eks drift av fødestuer, sykestuer, områdegeriatri og rehabilitering. Avtaler om drift av spesialistpoliklinikk som betjenes av spesialister i foretakene må også være en del av dette.

**10.4.2 Sameie av tjenestearenaer** Helsesenteret Sonjatun har bl.a erfaring med drift av fødestue etter ”Sonjatunmodellen” fra 1978 og som innebærer avtaler med fire kommuner, helseforetak (tidl. Fylkeskommunen) og Nordreisa kommune som arbeidsgiver. Avtalene skal reforhandles, og en håper på bedre ”ryddighet” i ansvarsforholdene. Det er videre avtaler med Statlig Pedagogisk Støttesystem i forhold til Tyngdepunkt afasi og stemme som er en pedagogisk og en helsefaglig tjeneste. Den helsefaglige rehabiliteringsavtalen inngås med helseforetaket. Distriktsmedisinske sentra er også positivt for kommuner med lang avstand til sykehus, og her ligger store utfordringer i samhandlingen interkommunalt og med helseforetak. Fire kommuner i Nord – Troms (Kåfjord, Skjervøy, Nordreisa og Kvæningen) er i et prosjekt som utreder etablering av distriktsmedisinsk senter i regionen. Det blir viktig at spesialisthelsetjenester som utføres i distriktene er av samme kvalitet og forsvarlighet som på sykehus, og at spesialisthelsetjenesten er ansvarlig for dette. Arbeidet som gjøres, bl.a i denne rapporten, er spennende og vi ser fram til et videre samarbeid.

Med hilsen



Herbjørg K. Fagertun

Avdelingsleder

e-post adresse: [herbjorg.fagertun@nordreisa.kommune.no](mailto:herbjorg.fagertun@nordreisa.kommune.no)

direkte innvalg: 77 77 08 30

Kopi til:       Ordfører  
                  Rådmann  
                  Terje Olsen  
                  Harald Olsen , Kvæningen kommune