



Midt-Troms i møte med **Samhandlingsreformen** Prosjektrapport 2010 - 2011

Innhold

1. Innledning	4
2. Rammer for prosjektet	5
2.1. Midt-Troms regionen og helsesamarbeid.....	5
2.2. Bakgrunn for prosjektet.....	8
2.3. Prosjekt mål.....	8
2.3.1. Hovedmål.....	8
2.3.2. Delmål.....	8
2.4. Øvrige rammer.....	9
3. Gjennomføring	10
3.1. Hovedaktiviteter.....	10
3.1.1. Politisk og administrativ oppmerksomhet og fokus.....	10
3.1.1.1. Opplysning og forankring lokalt og regionalt (HA1).....	11
3.1.1.2. Kartlegging av status, lokalt og regionalt (HA2).....	14
3.1.1.3. Politisk debatt, lokalt og regionalt (HA3).....	14
3.1.2. Felles plan- og strategiarbeid (HA4 – HA7).....	19
3.1.3. Innflytelse og medvirkning i reformarbeidet.....	20
3.1.3.1. Overvåking av reformens prosess og retning (HA8).....	20
3.1.3.2. Påvirkningsplan og gjennomføring av denne (HA9).....	21
3.2. Gjennomføring av aktiviteter ift framdriftsplan og milepæler.....	22
4. Målrealisering	24
4.1. Måloppnåelse.....	24
4.1.1. Delmål.....	24
4.2. Viktige erfaringer.....	25
5. Prosjektorganisering og ressurs-disponering	28
5.1. Formell prosjektorganisering.....	28
5.2. Ansvarsforhold.....	28
5.3. Gjennomføring.....	30
6. Finansiering og kostnader	31
6.1. Penger.....	31
6.2. Egeninnsats.....	31
6.3. Kostnader.....	33
7. Veien videre	34
8. Vedlegg	36

1. Innledning

I juni 2009 la daværende helseminister Bjarne Håkon Hansen fram Stortingsmelding nr. 47 (2008-2009) *Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Dette gjorde han i lag med daværende kommunalminister Magnhild Meltveit Kleppa, for å understreke regjeringens budskap om at meldingen ikke bare annonserte behovet for en større helsereform, men at den også representerte bakteppet for ”.....den største kommunereformen i manns minne” - Samhandlingsreformen.

Gjennom denne stortingsmeldingen la regjeringen en ramme for framtidig veivalg og retning for helsetjenesten i Norge. Ved hjelp av et større fokus på helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid, samt en større grad av samhandling mellom fagfolk og nivåer innenfor helsetjenesten, ønsket man å imøtekomme utviklingen med stadig flere eldre og kronisk syke. En vesentlig bakenforliggende årsak til reformen, var behovet for å få helsetjenestens utgiftsvekst under kontroll og få mer helse igjen for hver krone.

Stortingsmelding nr. 47 er fulgt opp og det skisserte veivalget er beskrevet nærmere i en ny Nasjonal Helse- og omsorgsplan for 2011 – 2015. To nye lover med tilhørende forskrifter – Lov om Helse- og omsorgstjenesten i kommunene og Lov om Folkehelse – utgjør rammeverket for reformen og hjemler en ansvarsdeling og samhandling mellom nivåene i helsetjenesten, som på mange områder kan beskrives som en ny måte å tenke på i et gammelt system.

Samhandlingsreformen er en omfattende snuoperasjon som tar i bruk omdiskuterte virkemidler, både finansielle, faglige og organisatoriske. Startskuddet går ved årsskiftet 2011-2012 og regjeringen ser for seg en gradvis innfasing over fire år.

Allerede samme høst som stortingsmelding 47 blei lansert, igangsatte de åtte kommunene i Midt-Troms regionråd et forprosjekt som hadde som mål å få utarbeida en handlingsplan for det interkommunale samarbeidet i Midt-Troms i forbindelse med detaljutføringa og innføringa av den kommende Samhandlingsreformen. Det påfølgende hovedprosjektet *Midt-Troms i møte med Samhandlingsreformen 2010 – 2011*, blei basert på den regionale aktivitetsplan og skissering av regionale mål, som blei utforma i det aktuelle forprosjektet.

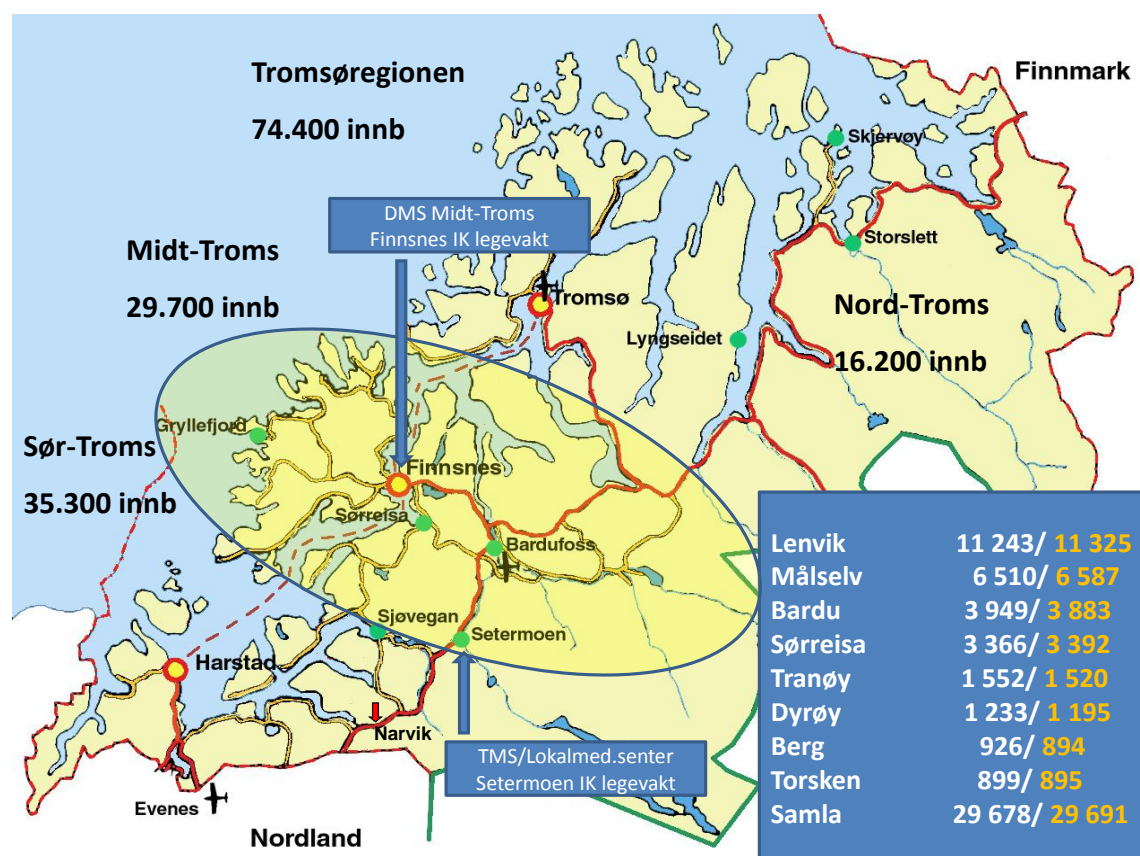
Denne prosjektrapporten beskriver den regionale utviklingsprosessen knyttet til Samhandlingsreformen i Midt-Troms, i de knappe to årene som har gått mens reformen har tatt form. Hvilke aktiviteter har vært prioritert, hvordan har gjennomføringen vært og hvilke resultater ser vi etter prosessen.

2. Rammer for prosjektet

2.1. Midt-Troms regionen og helsesamarbeid

I Midt-Troms regionen inngår det åtte kommuner: Dyrøy, Sørreisa, Bardu, Målselv, Lenvik og Senja-kommunene Berg, Torsken og Tranøy. Midt-Troms har en samla befolkning på ca 29 700 innbyggere, jfr. figur 1.

Kommunene Salangen og Lavangen sorterer under Sør-Troms regionen, men er involvert i en del helsesamarbeid i Midt-Troms regionen, blant annet interkommunal legevakt, fødestuetilbud og områdegeriatrisk tjeneste. I de tilfeller hvor Salangen og Lavangen er med i helsesamarbeidet, regner man et befolkningsgrunnlag på ca 32 900 innbyggere.



Figur 1. Midt-Troms regionen. Befolkningstall fra første kvartal 2010 (første kolonne i hvitt) og tredje kvartal 2011 (siste kolonne i orange)

Midt-Troms regionen har et samla geografisk areal på ca. 8630 kvadratkilometer. Avstanden fra yttersida av Senja til de innerste bygdene på innlandet kan være på opptil 200 km. Regionen har gjennom en årrekke hatt et omfattende samarbeid på helse- og omsorgssiden, både kommunene imellom og med helseforetaket. Blant annet har Midt-Troms regionen vært aktivt deltagende i, og på flere områder modell for, utviklingen av Distriktsmedisinske Senter eller Lokalmedisinske Senter. Dette gjennom oppbyggingen av interkommunalt helsesamarbeid og desentraliserte spesialisthelsetjenester ved Distriktsmedisinsk Senter på Finnsnes i Lenvik kommune og ved Troms

Militære Sykehus på Setermoen i Bardu kommune. Disse sentrene danner utgangspunktet for de regionale samarbeidskonstellasjonene i Midt-Troms regionen.

- **Distriktsmedisinsk Senter Midt-Troms** ligger på Finnsnes og inneholder kommunale tjenester som korttidsplasser i sykehjem, legetjeneste og fysioterapitjeneste. Interkommunal legevakt og desentraliserte spesialisthelsetjenester i form av poliklinikk med tilbud om cytostatikabehandling, ambulerende spesialister innen gynekologi og øre/nese/hals samt øvrige spesialisthelsetjenester i form av røntgen, dialyse, lysbehandling, fødestue og områdegeriatri (sengepost, poliklinikk og områdevirksomhet). Intermediæravdeling med sengeposter knyttet til ø-hjelp, observasjon, behandling og etterbehandling, er under planlegging.

De primære kommunene i nedslagsfeltet til det distriktsmedisinske tilbudet på Finnsnes er Lenvik, Sørreisa, Dyrøy, Berg, Torsken og Tranøy. Befolkningstallet her er ca. 19 200 innbyggere. For enkelte spesialisttjenester er nedslagsfeltet alle åtte Midt-Troms kommunene og for fødestue og områdegeriatri er nedslagsfeltet ti kommuner, inkludert Salangen og Lavangen.

- **Distriktsmedisinsk Senter TMS (Troms Militære Sykehus)** ligger på Setermoen og inneholder interkommunal legevakt i tillegg til øyeblikkelig-hjelp sengeposter under utprøving. Ytterligere samarbeid på det interkommunale ansvarsområdet er under utredning/ planlegging. Av spesialisthelsetjenester tilbys det kirurgisk poliklinikk og dagkirurgi, røntgendiagnostikk, laboratorietjenester og ambulerende spesialisthelsetjenester innenfor hud, øye, gynekologi, lunge og øre/nese/hals. Forsvarets sanitet er inne i samme bygg med tannklinikk og egen sykestue med legekontorer, men tilhører ikke DMS TMS

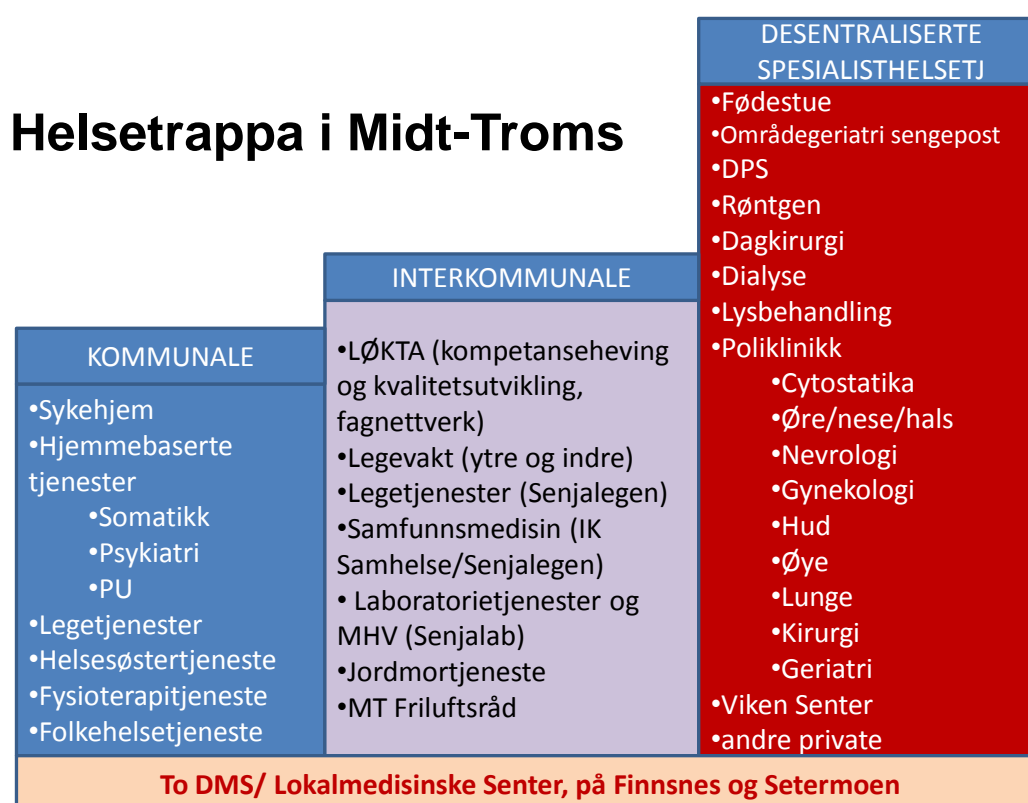
De primære kommunene i nedslagsfeltet til det distriktsmedisinske tilbudet på Setermoen er Målselv, Bardu, Salangen og Lavangen. Befolkningstallet her er ca. 13 700 innbyggere. For enkelte spesialisthelsetjenester er nedslagsfeltet alle åtte Midt-Troms kommunene pluss Salangen og Lavangen fra Sør-Troms.

Regionen er oppdelt i to legevaktsdistrikter, med to interkommunale legevaktssamarbeid som begge er lokalisert til hvert sitt Distriktsmedisinske Senter på Finnsnes og på Setermoen. Den ordinære, kommunale legetjenesten er for øvrig organisert i hver enkelt kommune, med unntak av det interkommunale samarbeidet **Senjalegen**, hvor Lenvik er vertskommune for en særskilt legetjeneste som dekker Senjakommunene Berg, Torsken og Tranøy i tillegg til Lenvik sjøl. Senjalegesamarbeidet omfatter nå både fastlegetjenester, legevaktstjenester samt offentlige allmenntjenestene og samfunnsmedisinske legeoppgaver.

LØKTA er en interkommunal enhet for kvalitetsutvikling i helse- og sosialtjenesten i Midt-Troms, som eies og finansieres av alle de åtte Midt-Troms kommunene. LØKTA har eksistert siden 2005 og er organisert som et § 28-samarbeid etter kommuneloven. Arbeidsoppgavene til LØKTA er konkret knyttet til informasjonsvirksomhet (opplysning, rådgivning og veiledning) på helse- og sosialområdet, bistand eller formidling av bistand til plan og utviklingsarbeid samt nettverksbygging og interkommunale prosjekter/konkrete samarbeidstiltak. LØKTA administrerer og driver i dag fem underliggende, interkommunale fagnettverk innenfor psykisk helse, geriatri, psykisk utviklingshemming, lindrende behandling samt et eget nettverk for saksbehandling og dokumentasjon i helse- og omsorgstjenesten.

Benevnelsen LØKTA er symbolsk riktig i fht. funksjon. Enheten skal initiere, støtte, vise vei, koordinere og samordne, men ikke ta over kvalitetsutviklingsarbeidet til kommunene. LØKTA skal heller ikke ta over kompetanse- og utdanningstiltakene i regi av utdanningsaktørene, men heller være den aktøren som kartlegger og melder inn behov, initierer til en sterkere dialog mellom utdanningsaktørene og den kommunale helse- og sosialsektoren. M.a.o. en aktiv bestiller av tiltak og tilbud, på vegne av kommunene. Videre skal LØKTA initiere til forskning og utvikling på feltet og bidra til utvikling av samhandlingskultur.

Oppsummert kan helsetilbudet i Midt-Troms kommunene figurativt framstilles gjennom Helsetrappa i Midt-Troms (figur 2).



Figur 2. Helsetrappa i Midt-Troms

Utviklingen de siste 10 årene har vært preget av en stadig sterkere vekst i de desentraliserte spesialisthelsetjenestene og i de interkommunale samarbeidene. Dette er en ønsket utvikling som er i tråd med Samhandlingsreformens intensjoner, dvs. å tilby mer behandlings-intensive og kvalitativt gode helsetjenester nærmere pasientene.

For kommunene i Midt-Troms innebærer økningen i det interkommunale samarbeidet at tjenestene har blitt mer stabile og kvalitativt bedre i betydningen at det blir lettere å rekruttere kvalifisert personell og bygge opp faglige miljø. Men for enkelte av distriktskommunene i regionen, kan deler av samarbeidet medføre at tjenestene flyttes lengre unna, eks. legevakt knytta til Finnsnes og Setermoen, istf legevakt knytta til egen kommunes legesenter.

2.2. Bakgrunn for prosjektet

Prosjektet *Midt-Troms i møte med Samhandlingsreformen*, baserer seg på den regionale aktivitetsplan og skissering av regionale mål, som blei utforma i forprosjektet med samme navn, jfr. forprosjektrapporten *Midt-Troms i møte med Samhandlingsreformen – handlingsplan for kommunene Bardu, Berg, Dyrøy, Lenvik, Målselv, Sørreisa, Torsken og Tranøy, høsten 2009*. Forprosjektet blei gjennomført på oppdrag fra Midt-Troms regionråd i perioden 1. september - 31. oktober 2009 og hadde samme prosjektorganisering som hovedprosjektet.

Forprosjektet tok for seg

- en kort gjennomgang av hovedtrekkene i stortingsmelding nr. 47 om Samhandlingsreformen, med fokus på forebygging, endring av finansieringssystemet, klarere pasientrolle, ny kommunerolle, spesialisthelsetjenesten og helsepersonellet.
- en statusbeskrivelse for Midt-Troms regionen knyttet til kommunale tjenestetilbud og interkommunale samarbeidsløsninger, levekår og helsetilstand samt historisk forbruk av sykehustjenester
- en pluss- og minusliste i forhold til konsekvenser og muligheter ved reformen, med spesielt fokus på hva som vil kunne være avgjørende faktorer for Midt-Troms
- et forslag til en regional aktivitetsplan forut for reformen, med utvelging av fokusområder og skissering av gjennomføring
- et oppsett av regionale mål ved inngangen til reformen

Forprosjektrapporten blei framlagt for både Midt-Troms regionråd og Midt-Troms tinget samme høst. Den genererte gode diskusjoner og politisk interesse, som sammen med grunnlagsmaterialet i forprosjektet, danner bakgrunn for innholdet i hovedprosjektet. Hovedprosjektet er formelt forankret gjennom vedtak i Midt-Troms tinget i november 2009 og i Midt-Troms regionråd i desember 2009.

2.3. Prosjektmål

2.3.1. Hovedmål

*Prosjektet **Midt-Troms i møte med Samhandlingsreformen** skal istandsette kommunene i Midt-Troms til å ta lokale og regionale beslutninger som øker kommunenes evne til å møte de utfordringer som danner bakteppet for Samhandlingsreformen, herunder avklare muligheter for interkommunalt samarbeid mellom Midt-Troms kommunene på områder som berøres av reformen.*

2.3.2. Delmål

Prosjektet skal videre stimulere kommunene i Midt-Troms til å:

- prioritere opp folkehelsearbeidet og la forebygging gjennom tidlig intervensjon og lavterskeltilbud gå som en rød tråd gjennom regionens arbeid med å videreutvikle tjenestetilbudet til befolkningen. Utvikle en felles plattform for arbeidet med kommunale forebyggingsplaner.
- videreutvikle og samordne de allerede etablerte interkommunale samarbeidstiltakene på helse- og sosialfeltet, herunder de legevakt- og legesamarbeid som er igangsatt, LØKTA og IK Samhelse, Midt-Troms Friluftsråd samt DMSene på Finnsnes og Setermoen som samhandlingsarenaer.
- etablere sengeposter av type før -, i stedet for - og etter - sykehusopphold (intermediærpost/skammelinstitusjon) med tilgang til legetjeneste 24 timer i døgnet. Sengepostene bør være regionalt forankret, basert på tverrfaglig kompetanse og fokusert på områdevirksomhet ut til hver enkelt kommune.
- etablere forsøksordning med lærings- og mestringstjenester (pasient- og pårørendeopplæring) samordnet gjennom LØKTA .

2.4. Øvrige rammer

Prosjektet *Midt-Troms i møte med Samhandlingsreformen* har pågått i nesten to år, med formell oppstart 15. februar 2010 og avslutning 31. desember 2011.

Omfangsmessig har prosjektet rettet seg mot kommunene i Midt-Troms regionen – først og fremst beslutningsnivået med politikere og administrasjon. Men også fagtjenesten i kommunene, relevante arbeidstakerorganisasjoner og brukerorganisasjoner har vært involvert på planleggingssiden, innenfor et bredt folkehelseperspektiv men med utgangspunkt i helse og sosialtjenesten. Videre involveres de allerede etablerte interkommunale samarbeidstiltakene på helse- og sosialfeltet, slik som DMSene og legevaktene, LØKTA og Senjalegen, samt relevante øvrige samarbeidsaktører innenfor spesialisthelsetjenesten, utdanningsfeltet og frivillig sektor.

Prosjektet hadde etter prosjektplanen en budsjettmessig ramme på 2,4 mill kr. Av dette var 850 000 kr. ekstern finansiering (Fylkesmannens skjønnsmidler og KS OU midler), 280 000 kr. var fra LØKTA budsjettet og resten egeninnsats fra LØKTA, de åtte prosjektkommunene og samarbeidspartnere. Med bakgrunn i at prosjektet ikke fikk full pott på skjønnsmiddeltildelingene begge år, blei den eksterne finansieringen i prosjektet 720 000 kr og midlene fra LØKTA økt til 400 000 kr. Grunnet stor aktivitet har egeninnsatsen vært betydelig større enn antatt, og samlet over to år snakker vi om en egeninnsats tilsvarende omlag to millioner kroner. Se kapittel 6. for nærmere beskrivelse av kostnader og finansiering.

Prosjektorganisering og ansvarsforhold er beskrevet nærmere i denne rapportens kapittel 5.

3. Gjennomføring

3.1. Hovedaktiviteter

Prosjektets hovedaktiviteter har tatt utgangspunkt i oppdragsgivers ønske om et tre-delt fokus for prosjektet. Gjennom forprosjektet kom regionrådet fram til at den regionale aktiviteten i Midt-Troms knytta til Samhandlingsreformen, burde inndeles i tre hoveddeler: en del med felles plan- og strategiarbeid for kommunehelsetjenesten i Midt-Troms, tiltak for å oppnå innflytelse og medvirkning i reformprosessen, overbygd av en generell politisk og administrativ oppmerksomhet rundt reformen. Sistnevnte aktivitet skulle være viktigst. Figurativt framstilt i figur 3.



Figur 3. Et tre-delt fokus for prosjektet

3.1.1. Politisk og administrativ oppmerksomhet og fokus

Den aller viktigste aktiviteten i prosjektet har basert seg på erkjennelsen av at oppmerksomhet og kunnskap rundt reformen og reformarbeidet, er en forutsetning for aksjon og utvikling på reformens område. Dersom vi ikke veit hva som kommer og hvorfor det kommer, kan vi heller ikke meine så veldig mye eller igangsette relevante forberedelser. Utarbeidelsen av den regionale handlingsplanen i forprosjektet, var første skritt på veien ift. å skape oppmerksomhet, interesse og bevissthet i Midt-Troms kommunene, rundt den planlagte reformen. Hovedprosjektet skulle så tilrettelegge og initiere til videre prosesser, både i regional og lokal regi. Med prosesser mentes her aktiviteter, tiltak, møter, dialog el. som skulle gi politikere og administrative ledere i kommunene kunnskap og bevissthet rundt reformens bakgrunn, forslag til tiltak og virkemidler. Og som dermed skulle gi et grunnlag for å delta aktivt i detaljutviklingen av reformen samt i de lokale og regionale forberedelser til reformen. Slike prosesser skulle både kunne initieres av prosjektet, av regionrådet eller av enkeltkommuner.

Arbeidet med politisk og administrativ oppmerksomhet og fokus blei inndelt i tre:

HA 1. Opplysning og forankring, lokalt og regionalt.

HA 2. Kartlegging av status, lokalt og regionalt

HA 3. Politisk debatt, lokalt og regionalt

Disse aktivitetene forutsatte en gjennomføring med sterkt fokus på prosjektets/ prosjektledelsens tilstedeværelse i hver enkelt kommune, både på politisk nivå (formannskap og kommunestyre), på administrativt nivå (administrasjon, stab og støtte) og til dels også på faglig nivå (kommunehelsetjenesten). Videre måtte lignende prosesser kjøres på relevante interkommunale samarbeidsarenaer, også her på politisk nivå (Midt-Troms tinget, regionrådet), administrativt nivå (administrativt råd) og faglig nivå (DMSene, Senjalegen, osv). Kartleggingen i HA2 skulle være en påbygning av statusbeskrivelsen i forprosjektet, for å komplettere og utfylle bildet av status i regionen på reform-aktuelle områder. Mens HA 1 og HA 2 skulle gjennomføres i løpet av prosjektets første måneder, var HA 3 – politisk debatt, lokalt og regionalt - en kontinuerlig prosess som skulle følges opp og stimuleres gjennom hele prosjektperioden.

3.1.1.1. Opplysning og forankring lokalt og regionalt (HA1)

Den grunnleggende runden i kommunestyrene blei gjennomført i perioden februar til april 2010. Hvert enkelt kommunestyre satte Samhandlingsreformen på sakslista i form av 2-3 timer med informasjon og dialog. Presentasjonen fra prosjektledelsen hadde følgende stikkordsmessige innhold og la opp til spørsmål og diskusjoner underveis og etterpå:

- **EN GRUNDIG GJENNOMGANG AV BAKGRUNN FOR REFORMEN.** Kostnadsveksten i helsetjenesten og manglende styring med helseforetakene, eldrebølgen og endringer i befolkningssammensetninga, den dramatiske endringa i sykdomsbildet, for lite fokus på å begrense/forebygge sykdom, samt at helsetjenesten er oppstykket og usammenhengende, ikke koordinert og samordna.
- **REFORMENS FORSLAG TIL TILTAK.** En klarere pasientrolle, en ny kommunerolle, og spesialisthelsetjenesten skal være spesialisthelsetjeneste. En styrking av helsefremmende og forebyggende arbeid, endringer i finansieringssystemet, flere leger i kommunene, en samhandlingsfremmende utdannings- og personalpolitikk, videre satsing på IKT og elektronisk kommunikasjon.
- **FORESLÅTTE ØKONOMISKE VIRKEMIDLER.** Ulike varianter av kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten, kommunalt ansvar for utskrivningsklare pasienter og midler til forebygging. Tall og fakta for hver enkelt kommune og for regionen, regneeksempler knytta til historisk sykehusforbruk.
- **HVA SKJER AKKURAT NÅ.** Regjeringens progresjon med reformen. Komitehøringer og arbeid med innstilling til stortingsbehandling, departementets status i lovproposisjonsarbeidet og arbeidet med Nasjonal Helseplan.



I FRONT: Linda Lien fra Utviklingssenteret mener Bardu allerede har gjort et godt arbeid for å forberede seg til den kommende samhandlingsreformen.

Bardu i front

BARDU: Bardu er langt foran de andre kommunene i Midt-Troms når det gjelder forberedelser til samhandlingsreformen.

Espen Elias Stenberg

Når samhandlingsreformen blir innført, er Bardu kommune godt forberedt, skal vi tro Linda Lien fra Utviklingssenteret AS.

Hun var på plass i onsdagens kommunestyremøte for å redigere for den kommende reformen innen det nasjonale helse-systemet.

– Bardu er godt i gang med arbeidet som reformen vil medføre. De andre kommunene kommer etter nå, sier Lien.

Hun peker på Bardu som en god kommune å leve i, når det kommer til helse og forebyggende tiltak.

– I andre kommuner som jeg besøker, snakker jeg mye om forebygging av sykdommer. I Bardu er det et godt bakgrunnsarbeid, og kommunen har et godt folkehelsefokus, sier Lien.

Økte bevilgninger
I Bardu er det Inger Linaker som leder arbeidet med samhandlingsreformen. Hun fikk skryt for arbeidet hun har lagt ned.

– Det er flott å se at Bardu har tatt tak i reformen på et tidlig stadium. Noe som gjør jobben videre enklere, sier Lien.

Regjeringa har satt ned fem punkter for hvorfor reformen er nødvendig. Den første leksjonen er at kostnadsveksten

de siste 10 årene har vært enorm innen helsesektoren. Ifølge Linda Lien har økninga vært på 50 milliarder bare fra 2000 til 2009.

– Det er behov for økte ressurser, men ingen prioriterer, sier Lien.

Dermed har man måttet søke bevilgningene til helsesektoren.

Koordinering
Eldreboligen er også noe som har vært prioritert om de siste åra. Endringer i befolknings sammensetninga medfører at antall sykepleiere blir færre, mens antall pensjonister øker.

En tredje årsak til reformen er at sykdomsbildet i landet endrer seg. Flere får livsstilssykdommer som diabetes, kolec og overvekt, i tillegg til andre kroniske sykdommer.

– Det er også for lite fokus på forebygging, og det brukes allfor lite ressurser på dette. Reformen skal endre på dette, sier Lien.

Dette punktet er det Lien mener Bardu er flink på. Den femte årsaken til reformen er at helsepersonell i landet er for oppstykket og usammenhengende.

– Koordineringa og samordninga mellom de forskjellige helseinstansene må bli bedre, blant annet mellom det private og det offentlige, sier Linda Lien.

- **PLANER FOR DEN REGIONALE PROSESSEN.** Mål og framdriftsplan hos oss, status i prosjektledelsen og prosjektgruppas arbeid.
- **AVGJØRENDE FAKTORER/SUKSESSKRITERIER FOR MIDT-TROMS.** Ta eierskap til reformen eller la spesialisthelsetjenesten ta styringa? Incentiver for interkommunalt samarbeid? Sammenhengen mellom kommunale tjenester og sykehusforbruk? Handlingsrom og gode strategier for forebyggingsarbeidet? Øremerka midler eller frie rammer? Beregningsnøkkel for 20% medfinansiering? Medfinansiering for hvilke grupper? Finansiering av nye oppgaver i kommunene – ISF, 1 eller 2 linje standard? Hva med investeringskostnadene? Samhandling med utdanningsaktører, kompetanse og rekrutteringstiltak som virker raskt? Legetjenesten på parti eller hjemmel og styrke til å styre fastlegene? Tyngde og kompetanse til samhandling med spesialisthelsetjenesten.



Må være store. Rundt 30.000 innbyggere må til for å få Samhandlingsreformen til å «gå rundt». Derfor er det viktig med interkommunalt samarbeid, mener Linda Lien i Utviklingssenteret AS. Her er hun i prat med varaordfører Hårbjørn Valsbø (midten) og SV-representant Kivlano Nygård (til høyre).

Lærte om reformen

«Mesteparten av tiden var det Trondheim og Berg som tur til å lære om Samhandlingsreformen. Linda Lien fra Utviklingssenteret AS var først i kommunestyret i Trondheim og deretter i kommunestyret i Berg. Samhandlingsreformen handler i meget korte trekk om at flere oppgaver skal flyttes fra spesialisthelsetjenesten til primærtjenesten, og at det skal settes mer på forebygging i håp om å få ned kostnadene i Helse-Nor-

ge. I Midt-Troms er man allerede godt i gang med å samhandle, men enda mangler man nødvendige styringsverktøy, mener Lien.

De siste ukene har hun besøkt en rekke kommuner i Midt-Troms. Utviklingssenteret AS og Løkta jobber med et prosjekt som skal se på hvordan de lite samarbeidskommunene kan «komme av med» reformen på en best mulig måte.

— redaksjonen@valdalsbladet.no
77 65 20 20

Den 27. april 2010 behandlet Stortinget St.meld.nr.47 om Samhandlingsreformen, og gjennom regjeringspartienes flertall, sluttet Stortinget seg til reformen. Det regionale prosjektet utviklet etter dette et oppdateringsdokument til bruk i kommunene; *“Samhandlingsreformen. Oppsummering av hovedtrekkene i St.meld.nr.47 og planlagt progresjon i regjeringens arbeid med reformen”*. Dokumentet inneholder en kortversjon av hva stortingsmeldingen egentlig foreslår, og tar videre i korte trekk for seg innstillingen fra Helse- og omsorgskomiteen, stortingsbehandlingen av meldingen 27.april 2010 og status/forventa progresjon i regjeringens arbeid med reformen, per mai 2010. Dette dokumentet er av dokumentasjonshensyn vedlagt denne sluttrapporten, og kan fortsatt brukes for å sette seg inn i reformens bakgrunn og politiske argumentasjon, til tross for at både tiltak og virkemidler er konkretisert og i noen tilfeller endret etter denne tid.

Kommunestyre rundene våren 2010 var effektive og gav resultater i form av at kommunene ønsket en ny runde samme høst. I oktober 2010 kom de nye helselovene på høring, over tusen sider med høringsdokumenter knytta til ny Helse- og omsorgslov, ny Folkehelselov og ny Nasjonal Helse- og omsorgsplan. Omfanget på materialet, som egentlig var en gjennomgang av store deler av den kommunale reguleringen av helse- og omsorgsfeltet, sammenstilt med en høringsfrist midt i kommunenes budsjettbehandling og jul/nyttår, synliggjorde med all tydelighet regjeringens hastverk med reformarbeidet.

I perioden oktober 2010 til tidlig januar 2011, gjennomførte prosjektet derfor åtte nye kommunestyremøter, samt et temaseminar for ordførere og formannskapsmedlem i Midt-Troms tinget den 8. november 2010. Presentasjonen fra prosjektledelsen og den påfølgende dialogen tok denne gangen utgangspunkt i følgende:

- **FORSLAG TIL NY HELSE- OG OMSORGSLOV OG NY FOLKEHELSELOV.** Sentrale hovedtrekk i lovforslagene. Hva ligger i overgangen fra skal-ha-tjenester til sørge-for-ansvar, (fordeler og bakdel, utfordringer og muligheter). Forsvarlighetskravet og “verdighetsgarantien”. Brukermedvirkning på systemnivå, pasientkoordinator, døgnopphold øyeblikkelig hjelp Tydeliggjøring av ansvar for forebyggende og helsefremmende arbeid, oversikt og plan, mv.

- ØKONOMISKE VIRKEMIDLER. Om økonomiske virkemidler i reformen generelt, risikoreducerende tiltak, gjennomgang av kommunal medfinansiering alternativ 1 og 2 (regneeksempler for begge varianter), kommunalt økonomisk ansvar for utskrivningsklare pasienter herunder valg av betalingsstøtte og fordeling av midler etter objektive kriterier eller historiske tall (regneeksempler for alle varianter).
- FORSLAGET TIL STATSBUDETJETT 2011. Sammenheng mellom forslag til tiltak og faktiske rammer?
- STATUS I DET REGIONALE PROSJEKTET. Nedsettingen av regionale arbeidsgrupper, mandater og framdrift. Prosjektets forhold til andre samhandlingsprosjekter i regionen. Innlemmingen av lovhøringsarbeidet i prosjektet.
- STATUS, PLAN OG PROGRESJON SENTRALT. Departementenes arbeid med finansieringsmodeller, lovhøringsarbeidet, komitehøring og komitebehandling, planer for våren fram mot stortingsbehandling, hva gjør Fylkesmann og KS.

HA1 - opplysning og forankring lokalt og regionalt - skulle etter framdriftsplanen være ferdigstilt før 1. oktober 2010. Denne aktiviteten blei betydelig utvida i omfang og varte således helt til årsskiftet.

Ønsker bedre tid til helsereform

RUSTAHØGDA: Midt-Tromstinget vedtok enstemmig at det skal avgis en felles uttalelse innenfor høringstiden for nye helselover. Men vedtok også å krave fristen forlengt.

Jan-Håvard

I sitt møte på Rustahøgda i går, med deltakelse av alle gruppe- og utvalgspresidenter, vedtok Midt-Tromsregionen å sende en felles uttalelse til departementene om nye helselover. Men vedtok også å krave fristen forlengt.

– Kommunene ble tidligere for kostnader ved Utenriksdepartementet i Nord-Norge. Ansvaret er at de skal utarbeide et utviklingsalternativ til utskrivningsklare pasienter, sa Sigrid Steingrimsdottir.

Skatteforbud for kostnader
Et alternativ er at kommunene skal betale 20 prosent for alle pasienter, men kun for medisinske behandlinger og oppfølging. Et annet alternativ er en kommunal medfinansiering på 20 prosent for alle pasienter over 80 år, og de bidrar for medisinske behandlinger og oppfølging.

Det første vil følge Stortinget og kommunene en god del av god lovgivning, mens det andre vil utvide kommunenes til å ha større ansvar på de eldre pasientene og forlengede sykehusopphold.

– KS har nå oppnevning av utvalget som vil påvise kommunenes ansvar i forhold til helsearbeid til eldre, sa Steingrimsdottir.

Utvalgte pasienter
Helseministeren legger opp til at kommunene får det beste utvalgte pasientene for utskrivningsklare pasienter fra neste dag, men de i dag har det siste i dager.

– Første gang var signert 5000 kroner pr. dag, nå sier regjeringen 3-5000 kroner pr. dag. Det er veldig mye penger, og det er veldig viktig at kommunene får det beste utvalgte pasientene for utskrivningsklare pasienter fra neste dag, men de i dag har det siste i dager.

Et alternativ er i forhold til helsearbeid i utskrivningsklare pasienter er i forhold til helsearbeid i utskrivningsklare pasienter.

– En annen del er å få utskrivningsklare pasienter. Det betyr at de skal være på



PORSLAND: Rolf Olsen (K) ønsket at tinget skulle legge ut et forslag til nye helselover. Her diskuterte forslaget i samarbeid med utvalgte pasienter i forbindelse med høringstiden for nye helselover. Her diskuterte forslaget i samarbeid med utvalgte pasienter i forbindelse med høringstiden for nye helselover. Her diskuterte forslaget i samarbeid med utvalgte pasienter i forbindelse med høringstiden for nye helselover.

pluss i 2012, og vil vet vedtar en gang fra utskrivningsklare pasienter for det, sa Steingrimsdottir.

Siste runde
Linn Linn fulgte opp i forhold til nye helselover.

– Høringstiden er som vi vanligvis har. Det er et nytt lov og en samarbeid med det lokale utvalget i kommunene. Det er ikke det samme som tidligere. Det er viktig å ha et samarbeid med kommunene i forhold til helsearbeid til eldre, sa Steingrimsdottir.

– Det er viktig å ha et samarbeid med kommunene i forhold til helsearbeid til eldre, sa Steingrimsdottir.

– Det er viktig å ha et samarbeid med kommunene i forhold til helsearbeid til eldre, sa Steingrimsdottir.

– Det er viktig å ha et samarbeid med kommunene i forhold til helsearbeid til eldre, sa Steingrimsdottir.

– Det er viktig å ha et samarbeid med kommunene i forhold til helsearbeid til eldre, sa Steingrimsdottir.

– Det er viktig å ha et samarbeid med kommunene i forhold til helsearbeid til eldre, sa Steingrimsdottir.

– Det er viktig å ha et samarbeid med kommunene i forhold til helsearbeid til eldre, sa Steingrimsdottir.

– Det er viktig å ha et samarbeid med kommunene i forhold til helsearbeid til eldre, sa Steingrimsdottir.

– Det er viktig å ha et samarbeid med kommunene i forhold til helsearbeid til eldre, sa Steingrimsdottir.

– Det er viktig å ha et samarbeid med kommunene i forhold til helsearbeid til eldre, sa Steingrimsdottir.

– Det er viktig å ha et samarbeid med kommunene i forhold til helsearbeid til eldre, sa Steingrimsdottir.

– Det er viktig å ha et samarbeid med kommunene i forhold til helsearbeid til eldre, sa Steingrimsdottir.

– Det er viktig å ha et samarbeid med kommunene i forhold til helsearbeid til eldre, sa Steingrimsdottir.

– Det er viktig å ha et samarbeid med kommunene i forhold til helsearbeid til eldre, sa Steingrimsdottir.

Sagt i de

– Høringstiden for Midt-Tromsregionen er viktig. Det er viktig å ha et samarbeid med kommunene i forhold til helsearbeid til eldre, sa Steingrimsdottir.

– Det er viktig å ha et samarbeid med kommunene i forhold til helsearbeid til eldre, sa Steingrimsdottir.

– Det er viktig å ha et samarbeid med kommunene i forhold til helsearbeid til eldre, sa Steingrimsdottir.

– Det er viktig å ha et samarbeid med kommunene i forhold til helsearbeid til eldre, sa Steingrimsdottir.

– Det er viktig å ha et samarbeid med kommunene i forhold til helsearbeid til eldre, sa Steingrimsdottir.

– Det er viktig å ha et samarbeid med kommunene i forhold til helsearbeid til eldre, sa Steingrimsdottir.

– Det er viktig å ha et samarbeid med kommunene i forhold til helsearbeid til eldre, sa Steingrimsdottir.

– Det er viktig å ha et samarbeid med kommunene i forhold til helsearbeid til eldre, sa Steingrimsdottir.

– Det er viktig å ha et samarbeid med kommunene i forhold til helsearbeid til eldre, sa Steingrimsdottir.

– Det er viktig å ha et samarbeid med kommunene i forhold til helsearbeid til eldre, sa Steingrimsdottir.

– Det er viktig å ha et samarbeid med kommunene i forhold til helsearbeid til eldre, sa Steingrimsdottir.

– Det er viktig å ha et samarbeid med kommunene i forhold til helsearbeid til eldre, sa Steingrimsdottir.

– Det er viktig å ha et samarbeid med kommunene i forhold til helsearbeid til eldre, sa Steingrimsdottir.



OPPLYSNING: Linn Linn fulgte opp i forhold til nye helselover. Her diskuterte forslaget i samarbeid med utvalgte pasienter i forbindelse med høringstiden for nye helselover. Her diskuterte forslaget i samarbeid med utvalgte pasienter i forbindelse med høringstiden for nye helselover.

3.1.1.2. Kartlegging av status, lokalt og regionalt (HA2)

Kartleggingen som skulle supplere statusbeskrivelsene fra forprosjektet, er i hovedsak gjort av arbeidsgruppene, innenfor deres respektive områder. Arbeidsgruppe Intermediære senger har kartlagt og beskrevet bo- og behandlingstilbudet innenfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten i Midt-Troms kommunene. Dette gjelder både behandlingstilbud i form av faktiske institusjoner og tjenesteområder, men også en mer detaljert kartlegging av innholdet i tjenesten, dvs hvilke konkrete tilbud om kompetansekrevede behandling de ulike kommunene faktisk kan gi lokalt. Gruppen har i sin kartlegging også beskrevet og presentert tallmateriale for andre relevante områder som sykehusforbruk, utgifter til helse- og omsorgstjenesten, alderssammensetning osv.

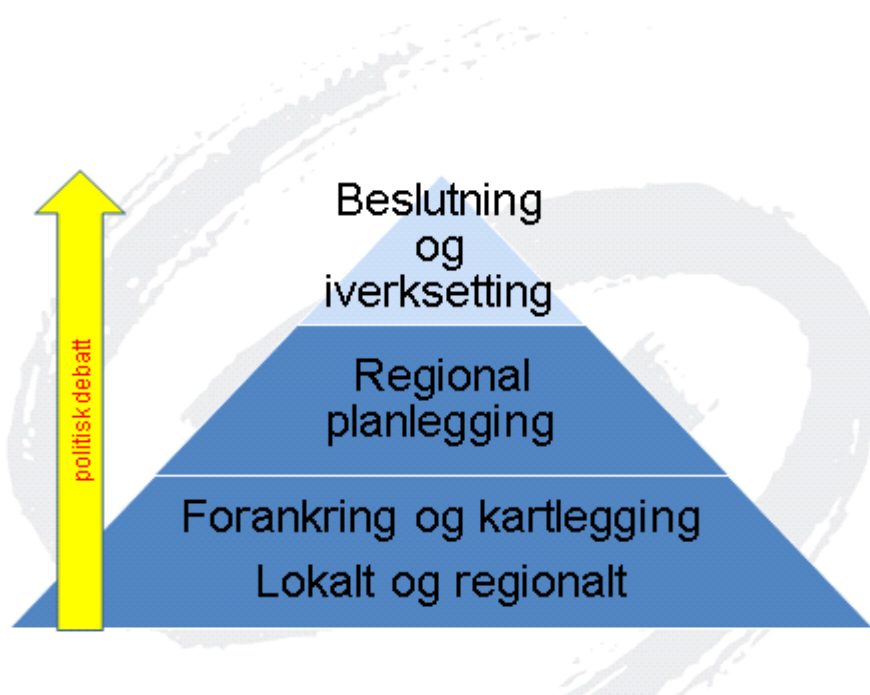
Arbeidsgruppe forebygging har gjennomført kartlegging i de involverte kommunene innenfor områdene fysisk aktivitet, ernæring, tobakk og rus (gjennom Sjumilssteget), psykisk helse og støy. Gruppen presenterer i sin rapport både metode og funn for disse områdene.

Arbeidsgruppe rekruttering, stabilisering og kompetanseoppbygging har kartlagt kompetansebehov i Midt-Troms kommunene, på fagområder som berøres av reformen. I tillegg til gruppas konkrete kartleggingsarbeid, baseres anbefalingene fra gruppa på tilgjengelige statusbeskrivelser av kompetansenivå i Midt-Troms befolkningen, andel med høyere utdanning, framtidig befolkningsutvikling, arbeid med kommunale kompetanseplaner osv.

I og med at kartleggingsarbeidet i stor grad er gjort i arbeidsgruppene, har progresjonen i HA2 også fulgt arbeidsgruppenes progresjon, dvs. at arbeidet har pågått høsten 2010 og våren 2011. For en nærmere beskrivelse av den kartlagte status i Midt-Troms kommunene på reformaktuelle områder, vises til hver enkelt arbeidsgrupperapport, som finnes som vedlegg til denne sluttrapporten.

3.1.1.3. Politisk debatt, lokalt og regionalt (HA3)

Den politiske debatten var en aktivitet man ønsket skulle følge hele den to-årige prosessen i Midt-Troms, jfr figur 4., og man ønsket politisk debatt både i hver enkelt kommune og i regionale fora.



Figur 4. Politisk debatt gjennom hele prosessen

Forankringsfasen gjennom hele det første prosjektåret, med alle kommunestyremøtene, regionrådsmøter og Midt-Troms ting, genererte politisk interesse, kritiske spørsmål og meninger om reformens forslag til tiltak og virkemidler. Og ikke minst; meninger om regjeringens innsalg og forankring av reformen, arbeidet med utformingen av virkemidler og tempoet i framdriften.

Det politiske engasjementet har naturlig nok vært størst mens og like etter reformarbeidet har vært satt på agendaen i det lokale kommunestyremøtet eller i regionale politiske møter. Ved flere tilfeller har det vært politiske innlegg fra lokalpolitikere, i regionale aviser, etter slike møter. Og prosjektet har også mottatt enkelthenvendelser fra lokalpolitikere og administrative ledere, ofte like etter møtene, med spørsmål om utfyllende informasjon eller drøfting av en problemstilling knytta til reformen.

Håpløs dårlig tid på komplisert reform **Blir overkjørt**



Vil du KREBTE: Svar på spørsmål fra Knut Olsens forslag om at man legger borte gjeldsrenten for den nye samarbeidskommunen for å hjelpe jussaker for å gi enstemmig billett. Foto: Stein Wilhelmsen

Ordfører Knut Olsen fikk et enstemmig Midt-Troms ting med seg i et krav om at høringsforslaget til den nye samhandlingsreformen for helsetjenester utsettes.

Foto: Stein Wilhelmsen

BAERDEGGSTUN (Midt-Troms): Enstemmig Sørreisa-ordfører gikk til aksjon i går for et vedtak der det kreves et høringsforløp på det neste kommunestyremøtet i januar.

Høringsprosessene som samhandler behandlingen av saker er til dels langvarige for kommunestyret. En av årsakene til det er at mange av sakene i den helsepolitiske reformen fortsatt er svært vidtår, slik at det er vanskelig å avslutte dem.

Opptil halvparten av januar sakene i det nye Midt-Troms ting vil gå på i år.

kommunene i denne prosessen.

Godt å ikke utsette videre

«Det er veldig viktig å ikke ha noen tvil, men jeg har lyst å utsette det. Derfor har jeg i tillegg, og så legger vi i denne saken har jeg fått en fastsettelse om å utsette sak på til Nordreisa, og det har jeg ikke lyst til. Også i tillegg om at høringsprosessene utsettes til neste møte. Det samme gjelder også forslaget fra Dyroy og Kviteseid i tillegg til det som er i tillegg utsettelse fra regionen, samt at kommunene utsettelse til å utsette egne saker.

Hå betale fra første dag

En av spørsmålene i den nye samarbeidskommunen som utsettelse for kommunene utsettelse til å utsette sak på til Nordreisa, og det har jeg ikke lyst til. Også i tillegg om at høringsprosessene utsettes til neste møte. Det samme gjelder også forslaget fra Dyroy og Kviteseid i tillegg til det som er i tillegg utsettelse fra regionen, samt at kommunene utsettelse til å utsette egne saker.

«Det er nesten utrolig i et søkkrikt land at vi diskuterer behandling av pasienter etter alder. Midt-Troms-tinget bør være klar på at det skal være lik behandling.

Ragnhild Movinkel, Sp, Bardu kommune

Sagt i debatten

– Høringsfristen er alt for kort. Halvparten er uklart. Hvordan skal vi da klare å gjøre oss opp en mening lokalt? Jeg har lyst til å sprelle litt. Jeg har ikke lyst til å være som en sau på tur til Nortura.

Knut Olsen, H, ordfører Sørreisa

– Ut ifra kostnadene vi har til sykehjemsplasser vil det bli billigere for oss å bruke sykehuset enn å ta hjem utskrivningsklare pasienter. Min konklusjon av reformen er at staten skal få mindre utgifter, kommunene mer.

Thorbjørn Nymo, H, Målselv kommune

– Tanken bak reformen er god. Det er dumt å bruke 750 millioner kroner i året for å betale for ferdigbehandlede pasienter på sykehusene. Men samtidig må ikke kommunene bli Svarte-Per i dette.

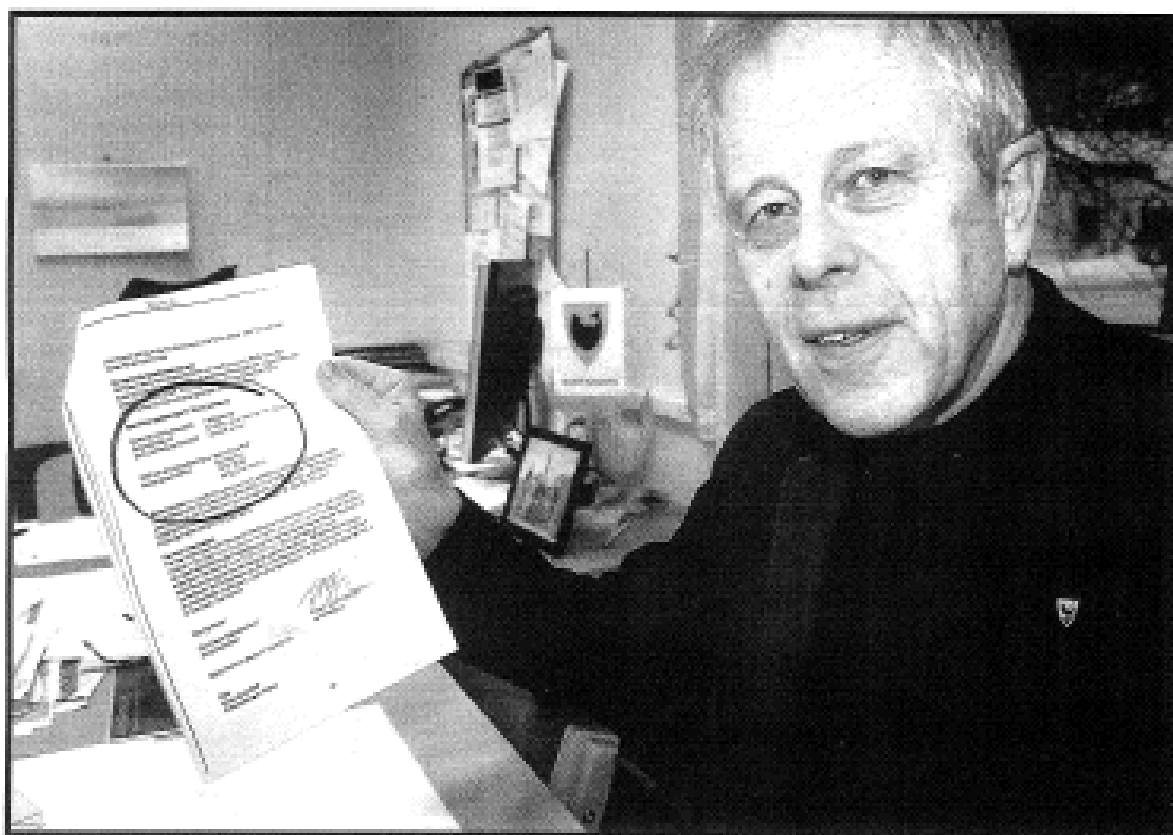
Arne Nysted, Ap, Bardu kommune

Innholdet i den informasjonen som er kommet fra sentrale myndigheter knytta til reformen har ved flere tilfeller vært både svært omfattende og likevel uferdig og problematisk å ta stilling til. Mye har også vært komplisert og til tider å betrakte som utenfor det lokalpolitiske pensum. Spesielt gjelder dette de økonomiske virkemidlene, som ved inngangen til reformen har vokst seg fram til å få hovedfokus.

Samhandlingsreformen starter med pengebytte



EN KONTROLL: Rådmann Margrethe Hagerup i Lørvik.



FØRSTE INNSIKTING: Ordfører Odd Arne Andreassen med beretning om sin uttalelse om økonomisk belastning på 14,560 kroner i forbindelse med utkastet. Dette er penger kommunen har fått fra staten, for utkast skal betale dem til de utvalgte helseforetakene.

Ordfører Odd Arne Andreassen i Tranøy på Senja kaller den bare for «pengebyttereformen».

Tekst: Torgeir Bråthen
Bilde: Torgeir Bråthen

VANGSVILPENNENS (Nord-lyst): Samhandlingsreformen ble innført 1. januar i år. Den starter med at kommunene innen 15. januar skal betale inn sine første månedlige økonomiske til helseforetakene, til medfinansiering av ryktingstjenester.

no. I Tranøy står ordfører Odd Arne Andreassen med beretning om at kommunen skal ut med 114,800 kroner i utkast, over som utgjør 1,380,000 i løst. Til gjengjeld har kommunen fått utkastet 2,1 mill. kroner fra staten til dem, og til å ta utkastet utgjør posisjon er tidligere tjent fra rykting.

– Et stort grad handler dette bare om pengebytte mellom kommunene og ryktingstjenester. Samhandlingsreformen er blitt mindre enn det som var signalisert i starten. Det var mer rykting over det de Rjane Helseforetakene la inn som den første de siden. Kommunene skulle få et vesentlig større ansvar for

spesialtjenestene, men dette har blitt redusert fra 20 prosent av kostnadene til fire-två prosent. Helse reformen er blitt mer gjensidig, sier Andreassen.

Livene for forebygging

Han ser ikke at kommunene gir kommunene som for å drive mer stort forebyggende arbeid for å holde folk friske og ut av sykehus.

– Vi har holdt på vi er med jell-trin i Tranøy, og det har vært et godt utkast, men vi har ingen nye utkast på gang. Jeg kan bare oppfordre folk til å bruke kroppen, holde seg i form og slute å røyke, sier han. Når det gjelder å ta utkastet

skilte pasienter tidligere hjem skal opplagt være rimelig godt for alle kommunene i Molde-Trøndelag. Rådmann Margrethe Hagerup i Lørvik kommune sier man har kostnader klare på ryktingstjenester til dem formlid.

– Dette har vi rimelig bra kontroll på, så det er bare om å gjøre at vi klarer å ta de utkastet utgjør pasientene hjem fra dag 1, når det nye taksamstenet på 4000 kroner dagen begynner å løpe, sier Hagerup.

Han skal det være oppgjaldt sammen med UNN som pasienter løstinger til måke. Lørvik vil også etter hvert opprette egne skotsanger.

FAKTA


- Samhandlingsreformen innføres fra 1. januar 2012.
- Reformen skal innarbeides av kommunene for større innflytelse over de samlede helseforetakene.
- Kommunene skal søke med å betale for innbyggernes bruk av spesialisthelsetjenester, og denne medfinansieringen er svært å være et hovedvår å ta vare på innbyggernes helse.
- Det blir et kommunalt betalingsansvar på 4.000 kroner i dag for utkastet utgjør pasienter med somatikk helseforetak som blir liggende på sykehus.

Den politiske aktiviteten har imidlertid tatt seg opp gjennom prosjektperioden, ettersom reformarbeidet har tatt form og blitt mer konkret og faktisk mulig å meine noe om. Dette gjelder spesielt forslagene til rammer for reformen, beskrevet i nytt lovverk og ny Nasjonal Helseplan, nye forskrifter, statsbudsjettet og avtaleforslagene mellom kommuner og helseforetak.

Like før årsskiftet gikk det også opp for lokale, regionale og nasjonale medier at en større helsereform sto for døren, og overskrifter som "Er kommunene forberedt?" figurerte hyppig. Ved avslutningen av prosjektet, framstår politisk ledelse i Midt-Troms kommunene som engasjerte og oppdaterte på reformens bakgrunn, virkemidler, muligheter og konsekvenser. Kommunene er forberedt i den forstand at de veit hva som kommer, hvorfor det kommer og hvordan det muligens kan slå ut, selv om resultatene av den virkemiddelbruken som er valgt, er vanskelig å spå. Se for øvrig punkt 3.1.3 Innflytelse og medvirkning i reformarbeidet.

ord**er**ritt

Tid for samhandling – Midt-Troms i god rute med helsereformen

 Av Paul Dahlø
ordfører i Sørreisa,
regionrådsleder Midt-Troms

MIDT-TROMS regionråd har de to siste årene hatt et viktig prosjekt, Midt-Troms i møte med samhandlingsreformen. Vår felles utviklingsenhet Løkta er ansvarlig for dette omfattende arbeidet. Hensikten med prosjektet har vært å bidra til at de åtte kommunene i Midt-Troms skal kunne møte den nye samhandlingsreformen med sterk politisk og faglig bevissthet og skape gode løsninger til beste for befolkningen.

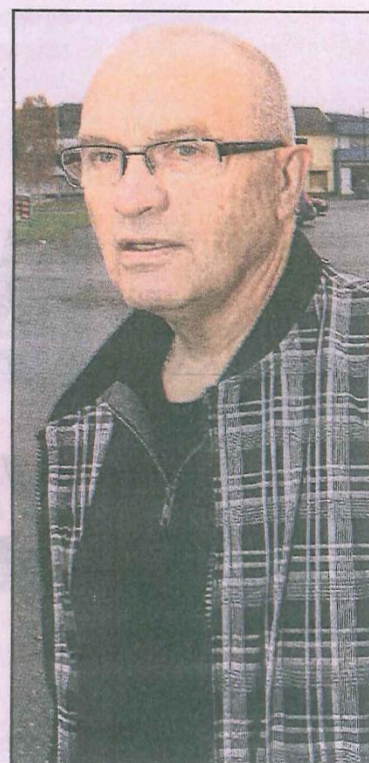
PROSJEKTET HAR stimulert til debatt og hentet politiske innspill som er meldt videre til departement, direktorat og KS. På noen områder er vi fortsatt uenige med regjeringen. Blant annet var vi ikke tilhengere av finansieringsmodellen som nå er vedtatt. Men aller viktigst er det at en ikke glemmer hovedmålet med reformen; Rett behandling, på rett sted til rett tid. Dette betyr at vi må bli bedre til å yte gode helsetjenester i kommunene. I Midt-Troms sikrer vi tilgang og kvalitet på mange helsetilbud gjennom interkommunalt samarbeid. Og det er naturlig at det henger nøye sammen med det nå godt etablerte samarbeidet om legevakt.

KOMMUNENE HAR nå god kunnskap om Samhandlingsreformen. De vet at pengene som er tilført kom-

munene i forbindelse med Samhandlingsreformen er beregnet til å dekke sykehusforbruk, betaling for utskrivningsklare pasienter, og forebyggende arbeid. Gulrota er at man på lengre sikt kan drive sterkere helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid og sånn sett få ned sykehusforbruket. Da når vi målet om å forebygge mer og reparere mindre.

JEG ER GLAD for at kommunene i Midt-Troms står sammen videre for å følge og påvirke retning og utvikling på reformen. Vi skal fortsette vårt felles strategiske samarbeid for å etablere bedre og styrkede helsetjenester på kommunalt nivå. Midt-Troms har en lang og god historikk på samarbeid innen helsetjenesten. Regionrådet går nå god for arbeidsgruppens anbefalinger knyttet til både interkommunale sengeposter, lærings- og mestringstjenester, forebyggende tjenester og rekruttering og kompetansebygging av helsepersonalet.

DETTE ER EN retningsreform som går over tid. I helseverdenen vil det ikke være dramatiske endringer før og etter årsskiftet 2011/2012. Det gjelder også i Midt-Troms. Regionrådets budskap er derfor klart og viktig; Det er ingen grunn til å uro seg. Spesielt gjelder dette eldre mennesker og kronisk syke som kan være bekymret for hva denne nye reformen egentlig innebærer. Et vik-



Paul Dahlø. FOTO: STIAN JAKOBSEN

tig budskap er at den retten som hver enkelt har til helsehjelp, enten det er i sykehus eller i kommunen, faller ikke bort ved iverksetting av ordningene i den nye reformen. Målet er hele tiden en bedre helsetjeneste til befolkningen!

Den foreløpig siste informasjons- og dialogunden i prosjektet blei gjennomført for Midt-Troms tinget den 14. november 2011. Her var tematikken som følger:

- FEBRUAR 2010 TIL NOVEMBER 2011 – HVA HAR VÆRT GJORT?
- ARBEIDSGRUPPERAPPORTER. Anbefalinger fra det regionale samarbeidet i Midt-Troms, knytta til nye tjenester og ny kommunerolle
- ØKONOMISKE VIRKEMIDLER. Endelig innretning på de ordninger som innføres ved årsskiftet. Konsekvenser for kommunene – oppdaterte tall og beregninger. Oppgjørsordninger.
- VIDERE PROGRESJON FOR REFORMARBEIDET. Regionalt og nasjonalt. Herunder avtaleinngåelse mellom kommuner og helseforetak.

I dette siste møtet blei det satt av rikelig med tid til spørsmål og dialog rundt reformens økonomiske virkemidler. Universitetssykehuset i Tromsø, ved direktøren, var kommet ens ærend til Brøstadbotn for å svare på spørsmål, og NRK Toms hadde valgt å rette fokus på Midt-Troms politikernes reelle kunnskapsnivå om Samhandlingsreformen.



Sylkvasse spørsmål fra NRKs reporter, om sterilisering av mannfolk i Bardu inngår i kommunal medfinansiering eller ikke. Måselv, Lenvik og Dyrøy hoverer bak, fordi de kan svaret. Bardu-benken i dyp konsentrasjon før de avga korrekt svar; at det kommer helt an på metoden. Deretter hadde Midt-Troms tinget en gjennomgang av hvilke steriliseringsmetoder som er på markedet.



Sykehusdirektør Tor Ingebrigtsen, for anledningen i damestøveletter og med total DRG-oversikt som beskriver hvilke sykehustjenester kommunene skal være med å betale for

Prosjektet har hatt kun en reell utfordring knytta til arbeidet med opplysning og forankring og politisk debatt. Og det var kommunevalget høsten 2011, hvor vi opplevde at deler av kommunestyrene og hele seks av åtte ordførere blei utskifta. Til alt hell for prosjektet, var alle de nye ordførerne tidligere kommunestyremedlemmer, og hadde dermed gjennomgått forankringsfasen i prosjektet og flere hadde deltatt på prosessene i Midt-Troms tinget som formannskapsmedlemmer. Etter føringer fra styringsgruppa valgte prosjektet likevel å levere sine grunnleggende anbefalinger knyttet til arbeidsgruppens resultat og sluttrapportering, til "gammelordførerne" i deres siste regionrådsmøte den 29. august 2011, ettersom dette regionrådet var å betrakte som de reelle oppdragsgiverne for prosjektet. De nye ordførerne fikk en lignende presentasjon i Midt-Troms tinget den 14. november.

3.1.2. Felles plan- og strategiarbeid (HA4 – HA7)

Samhandlingsreformens stordriftsfokus med angitt idealstørrelse for kommuner eller kommunesamarbeid på rundt 30 000 innbyggere for flere av de nye tjenesteområdene som beskrives, tilsa tidlig i prosjektet at mye konkret planarbeid på tjenestesiden burde ha sitt utspring regionalt, sjøl om det dreier seg om å dekke enkeltkommuners lokale ansvar. Eksempler her er den nødvendige opptrappingen – kompetansemessig og omfangsmessig – innenfor forebygging, rehabilitering, pleie- og omsorg, samt innenfor de skisserte "nye" tjenestene, slik som sengeposter på intermediærnivå, ambulerende team innafor ulike fagområder og opplæring av pasienter og pårørende. Prosjektets oppdragsgiver, regionrådet, var enige om at på disse områdene burde regionen både arbeide og opptre samlet, med en felles ballast i form av den enkelte kommunehelsetjeneste i hver kommune, de interkommunale helsesamarbeidene og – i de tilfeller hvor det er naturlig - den desentraliserte spesialisthelsetjenesten. De konkrete utvalgte områdene regionsamarbeidet ønsket å prioritere, var allerede fastlagt i forprosjektet, og blei definert inn i prosjektplanen som hovedaktivitetene 4 til 7.

HA 4. Regionalt planarbeid – forebygging

HA 5. Regionalt planarbeid – kompetanseoppbygging, rekruttering og stabilisering

HA 6. Regionalt planarbeid – sykestue/intermediære sengeposter

HA 7. Regionalt planarbeid - lærings-og mestringstjenester

Utgangspunktet for det regionale planarbeidet skulle være å utrede behovet for et interkommunalt/regionalt samarbeid på hvert av de beskrevne områdene, kartlegge muligheter, begrensninger og utfordringer. Prosjektet skulle levere begrunnede anbefalinger til regionrådet på overnevnte områder. Konkrete planer for oppfølging med tanke på iverksetting av interkommunale samarbeidstiltak, lå utenfor prosjektets mandat. Det blei fra prosjektets side vektlagt at arbeidsgruppene anbefalinger skulle være basert på enighet blant arbeidsgruppemedlemmene, ettersom man mente at dette ville høyne mulighetene for at også regionrådet ville komme til enighet om et framtidig regionalt samarbeid på disse områdene.

Prosjektgruppa definerte tidlig forslag til mandat for fire arbeidsgrupper innenfor overnevnte områder og forslag til arbeidsgruppedeltagere med regional forankring og faglig innsikt, samt leder/sekretær. Styringsgruppa godkjente mandat og gruppesammensetning i august 2010 og alle arbeidsgrupper var i gang i løpet av tidlig høst. Arbeidsgruppene ble gitt inntil et års arbeidstid. De skulle etter framdriftsplanen være godt i gang innen desember 2010 og avslutta innen oktober 2011.

Arbeidsgruppene Intermediære senger, Forebygging og Læring og mestring var ferdige i juni 2011, mens kompetansegruppa, som var avhengige av å samordne innspill fra de øvrige tre grupper, var ferdige i august. Arbeidsgrupperapportene blei gjennomgått og kvalitetssikra både av prosjektgruppe og styringsgruppe, og sendt ut til en rekke sentrale brukerorganisasjoner i regionen for høring og eventuelle innspill, før de blei lagt fram for oppdragsgiver Midt-Troms regionråd den 29. august 2011.

Alle arbeidsgrupperapporter er utforma som selvstendige rapporter og er vedlagt denne sluttrapporten. Arbeidsgrupperapportene er også gjennomgått for ordførere og formannskap i Midt-Troms tinget den 14. november 2011. Alle rapportene er også lagt ut på websiden til Midt-Troms regionråd.

3.1.3. Innflytelse og medvirkning i reformarbeidet

I dette prosjektet har innflytelse og medvirkning vært et mål i seg selv og en naturlig konsekvens av at kommunene og regionen valgte å ta et aktivt grep rundt Samhandlingsreformen. Gjennom å belyse de ulike forslag til tiltak og virkemidler, med lokale og regionale brillere, ville man også være svært berettiget til å meine noe i en nasjonal sammenheng. Midt-Troms er en region som består av mange små, noen mellomstore og en litt større småbykommune. Til dels store avstander til sykehus og spredt befolkning i tillegg til nordnorske utfordringer knytta til vær, føreforhold og transportmuligheter. Så kommer utfordringer knytta til kompetanse og rekruttering. Dette er faktorer som tilsier at tiltak som fungerer for helsetjenesten i Midt-Troms, vil være overførbare til flere regioner i Norge. Og for så vidt til andre områder i den nordlige periferi. Derfor framsto det ved prosjektets oppstart som svært viktig at kommunene skulle være bevist på å aktivt formidle sine synspunkter, bekymringer og forslag knytta til reformarbeidet, etter hvert som reformen tok form.

Regionrådet har gjennom prosjektet påtatt seg et særskilt ansvar for å følge opp arbeidet med å skaffe Midt-Troms kommunene samlet innflytelse og medvirkning i regjeringens arbeid med Samhandlingsreformen. Det være seg gjennom høringsarbeid, konferanser og seminarer, utprøvningsprosjekter, møter og dialog med beslutningstakere og samarbeidspartnere samt gjennom mediekkanaler. Gjennomtenkt argumentasjon når ikke fram til beslutningstakere av seg sjøl, men må følges fram av både formelle og uformelle prosesser. Dette gjelder både lokalt, regionalt og nasjonalt. Arbeidet med innflytelse og medvirkning blei opprinnelig inndelt i to hovedaktiviteter:

HA 8. Overvåking av reformens prosess og retning

HA 9. Påvirkningsplan og gjennomføring av denne

3.1.3.1. Overvåking av reformens prosess og retning (HA8)

I forhold til HA 8 så man for seg at prosjektledelsen i prosjektperioden skulle kunne være kommunenes kontaktpersoner for generelle spørsmål rundt reformen. Dette skulle lette LØKTAs ordinære informasjonsarbeid ut mot kommunene, akkurat på tema Samhandlingsreformen. Hva skjer til hvilken tid? Hvem beslutter hva? Og når kan og må vi meine noe?

Prosjektledelsen har tilegnet seg kunnskap om reformen dels gjennom offisiell informasjon fra statlige og regionale myndigheter, og dels gjennom både LØKTA og Utviklingssenterets etablerte kontaktnett innenfor forvaltningsapparatet, helseforetakene, kommunehelsetjenesten og KS regionalt og nasjonalt, i tillegg til utdanningsaktører, nasjonale kompetansesenter og fag- og brukerorganisasjoner. Et bredt informasjonsbilde har vært viktig, ettersom informasjonen fra departementet ofte har vært sein og mangelfull (se punkt 4.2 Viktige erfaringer).

Prosjektet har lagt vekt på å være tilstede i regionale utviklingsprosesser knytta til reformen, og noen få utvalgte nasjonale møter og seminarer. Alltid med Midt-Troms brillene på. I nasjonale settinger har Midt-Troms regionen en velfortjent status som langtkommen innenfor interkommunalt samarbeid på helsesiden, og får ofte oppmerksomhet som småkommunealibi. Mange har hørt om både Senjalegen, LØKTA og DMSene, og selv om framstillingene ofte er noe idyllisert og ukomplisert, satt opp i mot virkeligheten, er dette en faktor som skaffer Midt-Troms taletid i nasjonale settinger.

Oversikt over eksterne seminarer, møter og konferanser som prosjektledelsen har deltatt på:

25.05.2010	KS/Helse-Nord samhandlingskonferanse	Tromsø. Linda innlegg om styring av leger
22.09.2010	Samhandling Folkehelse	Sarpsborg. Heidi, Hege og Linda deltagelse
12.10.2010	KS Høstkonferanse	Tromsø. Linda representant for LØKTA
07.12.2010	KS Høringskonferanse nye lover	Tromsø. Linda programkomite, Heidi representant for LØKTA
18.05.2011	KS kommuneproposisjon	Tromsø. Heidi og Linda representant for LØKTA
21.06.2011	Dialogmøte Friskliv og LMS, Helsedir	Oslo. Linda representant for LØKTA/Midt-Tromsprosjektet
23.08.2011	KS: Samhandlingsreformen - hva er nytt	Tromsø. Heidi representant for LØKTA
14.10.2011	KS Høstkonferanse	Tromsø. Linda representant for LØKTA
01.11.2011	Fylkesmannens turnusseminar	Tromsø. Heidi innlegg om reformen og Midt-Troms prosessen
05.12.2011	Økonomiske virkemidler i Shref	Oslo. Linda representant for LØKTA/Midt-Tromsprosjektet
09.12.2011	Avtaler mellom kommuner og helseforetak	Tromsø. Heidi representant for LØKTA

I prosjektets overvåkning av reformprosessen, har det vært viktig å sile ut det vesentlige fra det som har framstått som mindre realiserbart. Man har derfor valgt en strategi som går på å vektlegge tiltak og virkemidler som man ikke bare finner i St. meld.nr. 47 og etter hvert i Nasjonal Helseplan, men som man også finner hjemlet i forslag/endelig vedtatt lovverk og samtidig finner igjen i form av ressurser i Statsbudsjettet. Statsbudsjettet har derfor vært en vesentlig informasjonskanal ift hva som kommer og når det kommer.

I innspurten av prosjektet ba styringsgruppa prosjektet om å drive ”informasjonsinnhenting og veiledning knytta til kommunenes forhandlinger og avtaleinngåelse med helseforetak”. I vår region, som tilhører UNN HF’s nedlagsfelt, er det OSO (Overordna Samarbeidsorgan mellom UNN og kommunene) som har koordinert dette arbeidet. OSO vedtok i september 2011 å nedsette et klinisk samarbeidsutvalg (KSU) som skulle utforme forslag til en overordna samarbeidsavtale og fire ulike tjenesteavtaler mellom UNN og kommunene.

Prosjektet har utforma et notat til regionrådet om lovkrav, rammer, planlagt progresjon og viktige momenter knytta til avtaleprosessen. Prosjektet har også meldt seg som aktiv sparrings- og høringspartner for det nedsatte KSUet, og bidratt med jevnlig tilbakemeldinger og innspill til KSUets arbeid med hver enkelt avtale. Prosjektet har fulgt KSUet arbeid helt ut, og deltatt på felles høringsmøte den 9. desember. I denne prosessen har prosjektet hatt jevnlig kontakt med representanter fra fagtjenesten i Midt-Troms kommunene, og også korrespondert og delt informasjon og meninger med andre kommuner og kommunesamarbeid, utenfor Midt-Troms. KSUets arbeid har vært preget av at en del vesentlig rammeverk – blant annet forskrifter på gjeldene område – ikke forelå før i slutten av arbeidsprosessen, og ting har gått svært fort. Dette er verken UNN eller kommunenes feil, men skyldes i all hovedsak departementets manglende logistikk ift framlegging av den nødvendige nasjonale veileder og relevante forskrifter på den ene siden og fristen for avtaleinngåelse på den andre siden. Det blir derfor viktig at avtalene følges nøye opp og kvalitetssikres etter inngåelsen, at avvik meldes, håndteres og evalueres. Og at nødvendige endringer og justeringer i avtaleverket blir gjort, slik at avtalene blir et levende redskap – ikke et dødt formalitetskrav.

3.1.3.2. Påvirkningsplan og gjennomføring av denne (HA9)

Arbeidet med innflytelse og medvirkning blei mye viktigere og mye mer omfattende enn opprinnelig tenkt, hovedsakelig fordi reformen var såpass uferdig og områdene å meine noe om, var såpass store. Prosjektet uforma ingen formell påvirkningsplan, rett og slett fordi de fleste ledd i den regionale prosessen og alle faser i prosjektet innebar muligheter for påvirkning.

Det å informere også utenfor regionen, om vår prosess og de konsekvenser og muligheter vi etter hvert kartla for Midt-Troms, skaffet oss både bedre innsikt i egne prosesser, og eksterne samarbeids-

og alliansepartnere i påvirkningsarbeidet. Herunder kan nevnes regionrådets møte om Samhandlingsreformen med stortingspolitikere fra Troms, Tromsbenken, den 9. april 2010, prosjektledelsens møte med Tromsømrådets regionråd den 2. september 2010 og med Sør-Troms regionråd den 23. september 2011. Videre også prosjektledelsens innlegg på eksterne seminarer og konferanser, som tidligere nevnt.

Prosjektet har hatt en bevist strategi på å spre meninger om reformens progresjon og innhold, til flest mulig likesinnede, andre kommuner, kommunesamarbeid, KS og andre interesserte. Dette gjelder både formelle høringer på lovverk, innspill og anmerkninger knyttet til avtaleverket, og annet. Gevinsten ved dette har i mange tilfeller vært at vi har fått drahjelp for våre meninger, og en ekstragevinst ved at informasjon flyter andre veien også – at andre deler sine meninger med oss.

I oktober 2010 kom **forslag til ny Helse- og omsorgslov, ny Folkehelselov og ny Nasjonal Helse- og omsorgsplan**, på høring. Etter en kort gjennomgang ble det klarlagt at materialets omfang og en forsvarlig høringsprosess i åtte kommuner, var for stort til å innlemmes i eksisterende prosjekt. Regionrådet bestilte derfor en ekstra kommunerunde, politisk og faglig, samt arbeidstimer knytta til utforming av en felles høringsuttalelse på nytt lovverk for den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

I tillegg til den politiske andrerunden i hvert enkelt kommunestyre, jfr punkt 3.1.1.1, inviterte og gjennomførte prosjektet, sammen med ressurspersoner fra hver enkelt kommune, fagdialogmøter om Samhandlingsreformen og forslag til nytt lovverk. Møtene blei gjennomført i perioden oktober 2010 til januar 2011 og hovedmålgruppe var ledere og nøkkelpersoner innenfor den totale helse- og omsorgstjenesten, inkludert frisklivs- og folkehelsepersonell. Oppmøtet i kommunene var varierende fra 3 til 30 personer, men engasjementet godt. Den 7. januar 2011 gjennomførte prosjektet et større, felles regionalt høringsmøte, hvor de inviterte var prosjektgruppe, alle arbeidsgrupper og alle ressursgrupper innafor LØKTAs fagnettverk. Her blei de endelige høringsuttalelsene fra Midt-Troms banka og forslaget sendt til regionrådet for vedtak.

Høringsuttalelsene fra Midt-Troms regionråd er i sin helhet vedlagt denne rapporten. I departementets innstilling til vedtak i stortinget, er Midt-Troms regionråd nevnt 9 ganger i prop 90 L (Folkehelseloven) og 18 ganger i prop 91 L (helse- og omsorgstjenesteloven). Når det gjelder Helse- og omsorgstjenesteloven er innspill og tilbakemeldinger fra Midt-Troms regionråd beskrevet og tatt inn i vurderingen på 11 vesentlig punkter! Midt-Troms tinget fastslo i sitt møte den 11.april.2011 at dette var de meget stolte over, selv om regionen ikke hadde fått gjennomslag for alle innspill.

3.2. Gjennomføring av aktiviteter ift framdriftsplan og milepæler

For de oppsatte hovedaktiviteter hadde prosjektet følgende framdriftsplan og milepæler, nedfelt i prosjektplanen.

	2010			2011			
	⇒1. juni	⇒1. okt	⇒31.des	⇒1.mars	⇒1.juni	⇒1.okt	⇒31.des
HA 1							
HA 2							
HA 3							
HA 4							
HA 5			★ 1			★ 2	
HA 6							
HA 7							
HA 8							
HA 9							

Milepæl 1, DESEMBER 2010: Forankringen i kommunene – politisk, administrativt og faglig – skal være gjennomført og den politiske debatten igangsatt. Kartleggingen i kommunene skal være ferdigstilt og alle plan- og strategiprosesser skal være igangsatt.

Milepæl 2, SEPTEMBER 2011: Alle plan- og strategiprosesser skal være avslutta og prosjektledelsen skal på denne bakgrunn ha lagt fram sine anbefalinger til oppdragsgiver.

Framdriftsplanen holdt mål med unntak av at opplysning og forankringsfasen blei sterkt utvida i omfang og derfor varte helt fram til årsskiftet 2010/11. Begge milepæler blei nådd. Et lite unntak for kartleggingen i milepæl 1, som fulgte arbeidsgruppeprogresjonen og ikke var ferdigstilt før mai 2011.

4. Målrealisering

4.1. Måloppnåelse

Prosjektet Midt-Troms i møte med Samhandlingsreformen skal istandsette kommunene i Midt-Troms til å ta lokale og regionale beslutninger som øker kommunenes evne til å møte de utfordringer som danner bakteppet for Samhandlingsreformen, herunder avklare muligheter for interkommunalt samarbeid mellom Midt-Troms kommunene på områder som berøres av reformen.

Prosjektet Midt-Troms i møte med Samhandlingsreformen hadde ikke som mål å ta beslutninger på vegne av kommunene, men sette kommunene i stand til å ta beslutninger, både for seg selv og egen kommune – lokalt, og i lag med andre kommuner – regionalt. Hovedpoenget var i og for seg ikke å møte selve Samhandlingsreformen. Da prosjektet starta, viste man jo faktisk ikke om reformen kom eller ikke. Hovedpoenget var å sette på agendaen mekanismer og potensielle løsninger for å møte de utfordringer som har ført til at reformen nå innføres, nemlig befolkningsutviklingen med flere eldre som krever mer helse-og omsorgspersonell, sykdomsutviklinga med flere livsstilssykdommer og kronikere som krever en annen innretning på helsetjenesten, den manglende forebyggingen som resulterer i mer reparasjon og den sviktende samhandlingen mellom nivåene som forhindrer en helhetlig pasientbehandling. Regionrådet var skjønt enig i at prosjektet ville være nødvendig og nyttig, uavhengig om reformen blei vedtatt eller ikke.

Det er ingen tvil om at prosjektet har bidratt til den overnevnte istandsettingen til å ta beslutninger på dette området. Alle kommuner må sies å være oppdatert på hva som kommer når reformen nå gradvis innføres fra 2012, hvorfor det kommer og hvilken effekt man fra sentralt hold *tenker* og *ønsker* at dette skal ha. Hvilken effekt de vedtatte tiltak og virkemidler faktisk kommer til å ha, vet verken helse—og omsorgsdepartementet eller ordførerne i Midt-Troms.

Prosjektet skulle ikke ta stilling til interkommunalt samarbeid – bare avklare muligheter for samarbeid. Arbeidsgruppene som har vært i sving på konkrete områder, har ikke sagt noe om hvordan det SKAL være, men har gitt sine anbefalinger til politikerne, basert på et grundig utredningsarbeid og en meget kvalifisert synsing i et regionalt perspektiv. Dette arbeidet har satt kommunene bedre i stand til å ta regionale beslutninger, om regionale løsninger på lokale utfordringer som skal løses i framtidens helsetjeneste.

4.1.1. Delmål

Dersom man ser nærmere på prosjektets delmål, var det ønsket at prosjektet skulle stimulere kommunene i Midt-Troms til å:

- *prioritere opp folkehelsearbeidet og la forebygging gjennom tidlig intervensjon og lavterskeltilbud gå som en rød tråd gjennom regionens arbeid med å videreutvikle tjenestetilbudet til befolkningen. Utvikle en felles plattform for arbeidet med kommunale forebyggingsplaner.*

Prosjektet har hatt en prioritert arbeidsgruppe knyttet til forebygging, og deres anbefalinger kan benyttes som et utgangspunkt til bruk i det videre kommunale planarbeidet. Flere av gruppas

konklusjoner peker i retning regionale løsninger og selve arbeidsgruppeprosessen har vist at det meget godt kan arbeides regionalt på forebyggingsfeltet.

- *videreutvikle og samordne de allerede etablerte interkommunale samarbeidstiltakene på helse- og sosialfeltet, herunder de legevakt- og legesamarbeid som er igangsatt, LØKTA og IK Samhelse, Midt-Troms Friluftsråd samt DMSene på Finnsnes og Setermoen som samhandlingsarenaer.*

Prosjektet har tatt utgangspunkt i eksisterende regionale samarbeidskonstellasjoner og etablerte interkommunale samarbeidstiltak i gjennom hele sitt arbeid. Alle aktørene har vært involvert i det regionale prosjektet og flere av disse benytter nå de regionale arbeidsgrupperesultatene til å igangsette og videreføre egne prosesser. Det har gjennom prosjektperioden oppstått et tettere og bedre samarbeid mellom flere av de interkommunale aktørene, eksempelvis LØKTA og Friluftsrådet. IK Samhelse er i prosjektperioden erstattet av en samfunnsmedisinsk legetjeneste organisert gjennom Senjalegen.

- *etablere sengeposter av type før -, i stedet for - og etter - sykehusopphold (intermediærpost/skammelinstitusjon) med tilgang til legetjeneste 24 timer i døgnet. Sengepostene bør være regionalt forankret, basert på tverrfaglig kompetanse og fokusert på områdevirksomhet ut til hver enkelt kommune.*

Prosjektets arbeidsgruppe rundt Intermediære senger har gjort et omfattende og grundig utredningsarbeid, som er anerkjent av både UNN og de aktuelle vertskommunene for DMS. Det regionale utredningsarbeidet brukes nå som et grunnlag i DMSenes faktiske og praktiske arbeid med å etablere regionale, intermediære sengeposter. Prosjektet har i etterkant av arbeidsgruppeprosessen, forsøkt å holde kommunene oppdatert på finansieringsmuligheter for intermediære senger og påvirke de sentrale kriterier for finansiering. Dette er et av de områder hvor det ennå ikke foreligger konkrete avklaringer.

- *etablere forsøksordning med lærings- og mestringstjenester (pasient-og pårørendeopplæring) samordnet gjennom LØKTA .*

Den ønskede samordningen startet allerede under arbeidsgruppe LMS, hvor arbeidsgruppas sammensetning dannet grunnlaget for et videre samarbeid mellom UNNs LMS og LØKTA. LØKTA er i dag en av initiativtakerne til et regionalt fagnettverk i UNNs område, bestående av LMSene ved de tre sykehusene i Tromsø, Narvik og Harstad, og kommunale utviklingsprosjekter i Tromsøområdet, Narvik med omland og Midt-Troms regionen. Det regionale nettverket skal etter planen innlemme flere etter hvert og fungere som en kompetansebase og møteplass for alle kommunale LMS-tilbud i UNNs område.

4.2. Viktige erfaringer

Det er stor gevinst i å samarbeide politisk! Åtte kommuner høres bedre enn en. Man har gjennom prosjektet igangsatt og fullført prosesser som hver enkelt kommune ikke ville prioritert ressurser til eller hatt kompetanse til. Et eksempel er høringsarbeidet på lovverket. Her var det i stor grad større kommuner og helseforetak, fag- og brukerorganisasjoner som avga omfattende høringsuttalelser. Og Midt-Troms regionråd. Det å ha en noenlunde lik forståelse av reformens innhold i alle de åtte kommunene, gir et stort fortrinn med tanke på videre interkommunalt samarbeid. Det samme gjelder det faktum at alle kommuner har fått være med på like fot, liten som stor, og har fått samme mulighet til å påvirke prosessen underveis.

Det er effektivt og utviklende å samarbeide faglig! Felles involvering har sikra forankring og har bidratt til å bringe fagfolk i de ulike kommunene ytterligere sammen. De ansatte i de interkommunale samarbeidstiltakene har tatt inn over seg at Samhandlingsreformen er en stordriftsreform og at de vil bli sterkt involvert. Disse samarbeidstiltakene er bevist tatt med i prosjektets prosesser, de har blitt bedre kjent med hverandre, kan i større grad spille på hverandre og opptre samlet i bestemte settinger.

Opplysning og forankring hos politikere - viktig med omfang og repetisjoner. Informasjonen knytta til reformen har tiltider vært komplisert og har endret seg underveis. Det har derfor vært helt nødvendig med repetisjoner og oppdateringer gjennom hele prosjektet. Den politiske og administrative ledelsen har vært til stede både på kommunestyremøter, regionrådsmøter og Midt-Troms ting, og har såles fått satt tema skikkelig på agendaen oppimot ti ganger i løpet av prosjektperioden. Det har vært helt nødvendig. Prosjektet skulle gjerne sett at alle kommuner rakk en kommunestyrerunde til, fordi den vanlige politiker, som ikke sitter i formannskapet, bare har hatt to eller tre seanser. Selv om prosjektets hovedfokus har vært å skape oppmerksomhet og bevissthet hos kommunens ledelse, har det også vært viktig å innlemme alle folkevalgte i prosessen fordi reformen vil være såpass gjennomgripende for store deler av kommunens aktivitet.

Bruke regionale perspektiver på nasjonale utfordringer. De første kommunestyremøtene var viktige. Avgjørende for forankringen at presentasjon og framstilling har regionale og lokale perspektiver – dette gjelder oss, ikke bare østlandet. Lokale statistikker fra hver enkelt kommune. Hva er Midt-Troms trenden og hva er trenden i Torsken og Sørreisa med tanke på sykdomsutvikling, kostnadsvekst i helsetjenesten, demografiske endringer, historisk sykehusforbruk osv. I tillegg har vi distriktsutfordringen. Dette hjelper kommunene i prosessen med å ta eierskap til reformen, eller i alle fall det faktum at noe må gjøres.

Overvåkning av reformens utvikling og progresjon har ikke vært bare enkelt. Gode intensjoner og vakre beskrivelser av en ideell verden, i foreliggende stortingsmeldinger og handlingsplaner, er ikke spesielt komplisert å tilegne seg. Utfordringen med Samhandlingsreformen har vært politisk uenighet og usikkerhet rundt tiltak og til dels kompliserte virkemidler. Manglende og sein informasjon fra helse- og omsorgsdepartementet har vært et stort problem for prosjektet. Unntaket her var nettportalen knyttet til høringsarbeidet på lovverk og Nasjonal Helseplan. Et svakt politisk innsalg fra politisk ledelse i relevante departement som HOD og KR D, har heller ikke gitt drahjelp til forankring i kommunene. Til dels misvisende politisk retorikk knyttet til de økonomiske virkemidlene i reformen, ved lansering av kommuneprop og statsbudsjett har tvert imot gitt prosjektet utfordringer med å oppklare misforståelser (fem milliarder til samhandlingsreform i kommunene! Og så med små skrift: skal brukes til å betale sykehusforbruk).

Med dette som bakgrunn har det vært avgjørende for prosjektet å kunne bruke et bredt spekter av informasjonskanaler, helseforetakene og fagorganisasjoner, blant annet. Helseforetakene har i mange tilfeller fått tidligere informasjon enn kommunene, antageligvis som et resultat av at de økonomiske virkemidlene i stor grad baserer seg på fratrekk hos helseforetakene overført som tilskudd til kommunene for å betale sin kommunale medfinansieringsdel og eventuelle utskrivningsklare pasienter, og at foretakene således har vært både mer interessert og involvert i utredningsprosessene. KS var fraværende første halvår 2010 men kom i gang da reformen gikk gjennom i stortinget og har etter hvert etablert en praksis med grei og systematisk informasjonsflyt ut - ofte kommer informasjonen fra KS tidligere enn fra departementet. KS har også vært flinke til å tilrettelegge for regionale møteplasser.

Sentral progresjon har vært lite pedagogisk lagt opp. Departementet har ført en arbeidspraksis i arbeidet med reformen som innebærer jevnlig lange perioder - månedsvis - hvor ingenting som

kommunene kan involveres i skjer. Annonserte milepæler for departementets arbeid har vært overskredet, planlagte utredninger, lovforslag, kriterier, forskrifter og veiledere har vært forsinket. Så har det plutselig kommet masse, store mengder informasjon, med tilhørende krav om lynrask responstid fra kommunesektoren. Frister for høring av omfattende lovverk midt i julen i fjor. I år er det frist for avtaleinngåelse mellom kommuner og helseforetak som i praksis har gitt partene noen travle førjulsuger å bli enige på, etter at veileder og forskrifter kom på plass. Og fristene er satt for å opprettholde regjeringens oppsatte progresjon med reformen! Og ikke forsinke departementets videre arbeid. Dette har fra prosjektledelsens side opplevdes som en lite hensiktsmessig framgangsmåte, som ikke har stimulert til forankring i kommunene. Departementets arbeidsmåte har på ingen måte vært tilpasset mulighetene for en systematisk forberedelses- og medvirkningsprosess i kommunene. Forankring krever tid og forutsigbarhet, ikke fart og stress.

5. Prosjektorganisering og ressursdisponering

5.1. Formell prosjektorganisering

Oppdragsgiver for prosjektet har vært Midt-Troms regionråd, bestående av ordførere fra kommunene Dyrøy, Sørreisa, Bardu, Målselv, Lenvik, Berg, Torsken og Tranøy. Oppdragsgiver valgte å gi LØKTA ansvar for å gjennomføre prosjektet. LØKTA er en interkommunal enhet for kvalitetsutvikling i helse-og sosialtjenesten i Midt-Troms, og eies av de samme åtte kommunene. **Prosjektansvarlig** for prosjektet har derfor vært daglig leder i LØKTA, Heidi Gløtta Kristiansen.

Prosjektledelse blei satt ut på anbud og kontraktsfesta fra 15. februar 2010. Seniorrådgiver Linda Lien har vært **prosjektleder** med prosjektstøtte fra Sigrid Stangnes og Hege Vigstad, begge fra Utviklingscenteret AS.

Administrativt Råd (AR) Midt-Troms, som består av alle rådmenn fra deltagerkommunene, har vært prosjektets **styringsgruppe**.

Styringsgruppa oppnevnte ei **prosjektgruppe** for å bistå prosjektleder i gjennomføringen av prosjektet. De oppnevnte deltagerne i prosjektgruppa var:

Inger Linaker (IK legevakt, Bardu), Karsten Kehlet (Senjalegen), Hanne Ness Eidsvik (DMS Midt-Troms, Lenvik), Reidar Storvik (TMS/DMS Setermoen), Elin Wilsgård (PLO tjenesten Tranøy), Lena Røsæg Olsen (NSF Dyrøy), Berit Paulsen (Fagforbundet Sørreisa), Liv Helland Olsen (politiker Målselv), Hans Peder Pedersen (politiker Torsken), Ole G. Koch (politiker Sørreisa), Arne Ketil Hafstad (LHL), Ole Kr. Berntsen (LUPE), Heidi Gløtta Kristiansen (LØKTA), kommuneoverlegen (IK Samhelse), Herbjørg Valvåg (Midt-Troms regionråd).

Det blei også oppnevnt ei **ressurs-/referansegruppe** som skulle være en fast hørings- og informasjonsportal for prosjektet. Deltagerne i ressurs-/referansegruppa skulle være fagtjenesten i de deltagende kommuner ved:

Rita Johnsen (Målselv), Helen Marie Henriksen (Lenvik), Anne Kaja Knutsen (Torsken), Stig Johansen (Berg), Marjo Hytönen (Tranøy), Ann Kristin Evenstad (Sørreisa), Elin Pedersen (Dyrøy) og Åse Michaelsen (Bardu). I tillegg skulle følgende institusjoner bli forespurt om å oppnevne en representant til ressurs-/referansegruppa: IK legevakt Finnsnes, UNN NST, Senter for Psykisk helse Midt-Troms, Viken Senter, Salangen HelseRehab, Fødestua i Midt-Troms, OGT, Helsevitenskapelig Fakultet UiT, Studiesenteret Finnsnes, Forsvarets Studiesenter, Midt-Troms Friluftsråd, Troms Idrettskrets, FM i Troms Justis og sosialavd, FM i Troms helseavdeling, Troms Fylkeskommune, folkehelsekoordinatorene og politiet.

5.2. Ansvarsforhold

I prosjektplanen er ansvarsforholdene beskrevet på følgende måte:

Styringsgruppe (AR):

Overordna ansvarlig for prosjektets måloppnåelse og resultater. Tar beslutninger om avgjørende veivalg underveis i prosjektet. Styringsgruppa rapporterer til Oppdragsgiver RR.

Prosjektansvarlig (LØKTA):

Skal sørge for at prosjektet gjennomføres etter Styringsgruppas føringer. Prosjektansvarlig rapporterer til Styringsgruppa og er bindeleddet mellom Styringsgruppa og prosjektledelsen.

Prosjektleder (Utviklingscenteret AS):

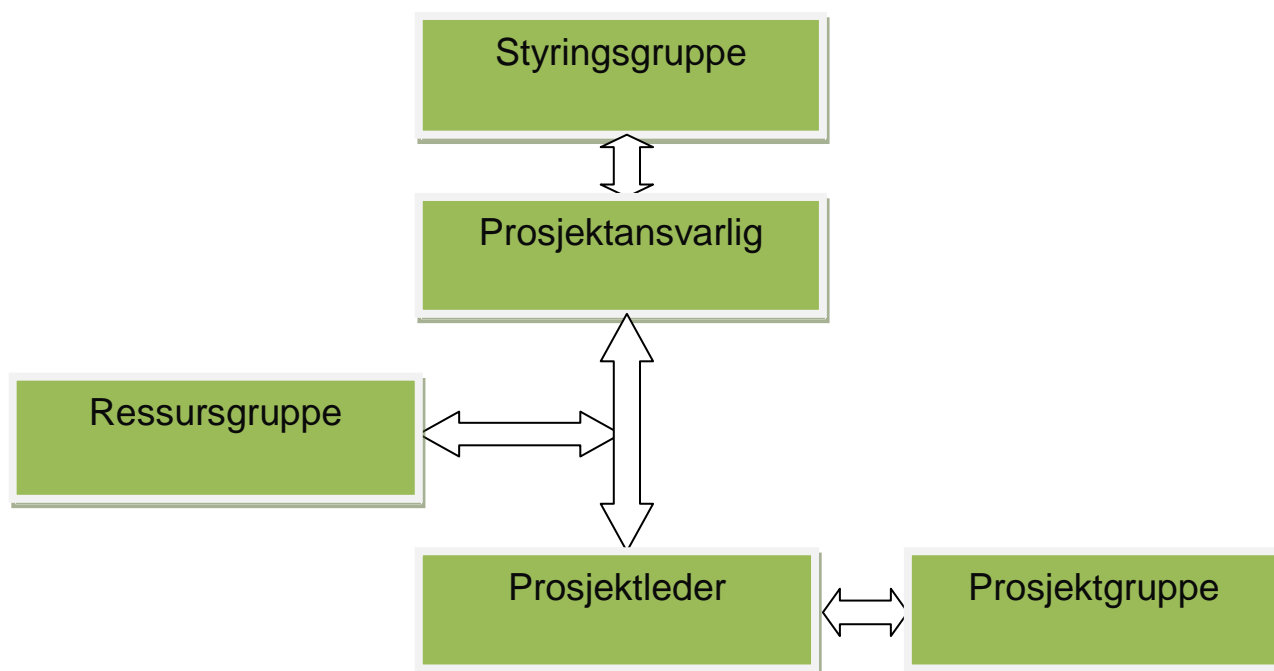
Leder prosjektgruppa og har i samarbeid med prosjektgruppa ansvar for prosjektets operative framdrift, koordinering, gjennomføring av nødvendige utredninger og vurderinger, som skal legge til rette for beslutning. Prosjektleder rapporterer til Prosjektansvarlig.

Prosjektgruppa:

Skal bistå prosjektleder i gjennomføringen av prosjektet. Prosjektgruppa skal medvirke til utvikling av prosjektleveranser som analyser og drøftinger og nødvendige delprosjektgrupper kan defineres/etableres ved behov.

Ressurs/Referansegruppa:

Skal være en ressurs for prosjektledelsen og prosjektansvarlig ved behov, enkeltvis eller som gruppe, gjennom telefon, e-post eller møter.



5.3. Gjennomføring

Prosjektets **styringsgruppe** har fungert godt. To av kommunene har skiftet rådmenn i prosjektperioden, men dette har ikke påvirket arbeidet. I 2010 har styringsgruppa hatt formelle møter den 18. august i Bardu og den 3. desember i Sørreisa. I 2011 har det vært styringsgruppemøter den 24. juni i Lenvik (heildagsmøte), den 17. august i Bardu og den 30. november i Sørreisa.

Prosjektgruppa har bestått av de oppnevnte deltagere, med unntak av Reidar Storvik fra TMS (som gikk over i annen jobb) og kommuneoverlegen i IK Samhelse (stilling ikke besatt). Sammensetningen av gruppa opplevdes som konstruktiv og forankrende, og til tross for at gruppa var uvanlig stor, har den fungert etter intensjonen. Gruppedeltagerne har vært aktive og tilført prosjektet den nødvendige initiale retningsangivelsen, igangsatt meget konstruktive delprosesser og hjulpet prosjektet med konkrete prioriteringer underveis. Prosjektgruppa gjennomførte tre halvdagsmøter våren 2010; 1. mars, 26. april og 14. juni. Gruppa nedsatte så fire arbeidsgrupper med tilhørende mandat, og arbeidsgruppene fikk en arbeidsperiode på nærmere ett år. I den perioden hvor prosjektledelsen arbeidet med høringer på de nye helselovene, blei prosjektgruppa involvert i høringsprosessen, blant annet gjennom et større høringsmøte den 07. januar 2011. Etter arbeidsgruppeperioden er det gjennomført ett større prosjektgruppemøte den 20. juni 2011, med presentasjon av arbeidsgruppenes prosess, resultat og forslag til sluttrapporter. I dette møtet gav også prosjektgruppa sine anbefalinger til styringsgruppa om veien videre.

Ressurs/referansegruppa har ikke vært benyttet, slik den var tenkt i prosjektplanen. Årsakene til dette er flere. Prosjektgruppa var stor, med brei deltagelse, og har fungert godt. Ved nedsettelsen av de fire arbeidsgruppene, blei det til sammen plukka ut 43 arbeidsgruppedeltagere. Av disse var de fleste fra organisasjoner og institusjoner som var tiltenkt en ressursgruppefunksjon, bla.a representanter fra PLO/helsetjeneste fra alle de involverte kommuner, representanter fra IK legevakt Finnsnes og IK legevakt Setermoen, DMS Midt-Troms og TMS, UNN ved samhandlingsenheten og Lærings- og mestringssenteret, Senter for Psykisk helse, Helsevitenskapelig Fakultet UiT, Studiesenteret Finnsnes, Forsvarets Studiesenter, videregående skole, Midt-Troms Friluftsråd, Troms Idrettskrets, folkehelsekoordinatorene, ulike brukerorganisasjoner, ansattes organisasjoner, ulike fagprosjekter og nasjonale kompetansesenter, politiet og NAV. Alle fire arbeidsgruppene har vært benyttet som en ressurs/referansegruppe ved behov, blant annet under prosjektets arbeid med høring på de nye helselovene. Det har derfor ikke vært behov for å benytte en særskilt ressurs/referansegruppe, slik den var skissert i prosjektplanen.

Samarbeidet mellom **prosjektansvarlig** i LØKTA og den daglige **prosjektledelsen** ved Utviklingssenteret AS har fungert svært godt. LØKTA har kompetanse som utfyller Utviklingssenteret AS, og omvendt. Dette har vært aktivt brukt i gjennomføringen av prosjektet. Det opparbeida samarbeidet mellom LØKTA og den daglige ledelsen i regionrådet, hvor LØKTA er vant med å være regionrådets redskap og forholde seg til regionale prosesser, har sikra god informasjonsflyt og ukompliserte beslutningsveier mellom prosjektleder – prosjektansvarlig – oppdragsgiver, og tilbake.

6. Finansiering og kostnader

6.1. Penger

Prosjektet Midt-Troms i møte med Samhandlingsreformen har vært finansiert gjennom:

- skjønnsmidler til omstilling og fornyelse fra Fylkesmannen (200 000 kr. i 2010 og 300 000 kr. i 2011).
- OU-midler fra Kommunenes Sentralforbund til arbeidsgiverrelatert ledelsesutvikling (220 000 kr.)
- midler fra LØKTAs budsjett (280 000 kr. i 2010 og 120 000 kr. i 2011)

Prosjektet blei avkorta ift omsøkt beløp hos Fylkesmannen begge år. Søknadsbeløpet i 2010 var 310 000 og søknadsbeløpet i 2011 var 450 000. Prosjektet søkte også finansiering fra KS i 2010, men fikk først tilsagn etter ny søknad i 2011. LØKTA midlene i 2010 baserte seg delvis på et overskudd på salg av tjenester i 2009, og medførte således ikke noe behov for ekstra bevilgninger fra kommunene. Etter vedtak i styringsgruppa/AR i juni 2011 blei det sendt søknad om ekstra finansiering til en forsterket avslutning av prosjektet pluss en oppfølging inn i 2012. Midlene blei søkt fra helsedirektoratets tilskuddsordning til samhandlingstiltak og lokalmedisinske senter, men i siste tildelingsrunde i august 2011, fikk ingen prosjekter i Troms fylke tildelt midler.

6.2. Egeninnsats

De involverte Midt-Tromskommunene har bidratt med midler indirekte, gjennom sin grunnfinansiering av LØKTA, men har i tillegg lagt ned en stor egeninnsats gjennom deltagelse i styringsgruppe, prosjektgruppe og arbeidsgrupper. I tillegg har en vesentlig del av prosjektet gått ut på at kommunenes administrative og politiske ledelse, skulle informeres, involveres og engasjeres gjennom prosjektets arbeid med reformen, og her har det vært stor deltagelse. Såpass stor at prosjektet underveis måtte utvides i omfang, (jfr. styringsgruppevedtak i AR, sak 16/11)

Finansieringen av prosjektet i 2010 og 2011 kan derfor presenteres på følgende måte:

	kroner
Fylkesmannens skjønnsmidler	500 000
OU-midler fra KS	220 000
Midler fra LØKTA	400 000
Egeninnsats kommuner og samarbeidspartnere	2 000 000
totalt	3 120 000

Beregningen av egeninnsats i prosjektet baserer seg på oversikten nedenfor, som ikke må oppfattes som uttømmende, bl.a er den innsats som daglig leder i LØKTA har lagt ned, som prosjektansvarlig, arbeidsgruppeleder og arbeidsgruppesekretær, ikke regnet med i oversikten. For- og etterarbeid knyttet til styringsgruppe, prosjektgruppe og arbeidsgrupper er ikke tatt med og spesielt for prosjektgruppa, arbeidsgruppene og arbeidsgruppelederne utgjør dette et stort antall timer. Reisetid

og reiseutgifter for møtedeltagerne er heller ikke med, med unntak av deltagere fra brukerorganisasjoner som fikk dekket sine krav hos prosjektet.

Det er i oversikten lagt inn en gjennomsnittlig varighet per møte på 3 timer, selv om flere av møtene har vært heildagsmøter. Alt dette tatt i betraktning, er den samla egeninnsatsen anslått til 2 mill kr.

EGENINNSATS: FORMELLE MØTER OG SEMINARER I PROSJEKTETS REGI:			
dato	hva	tema	ca.pers
22.02.2010	kommunestyremøte Dyrøy	Bakgrunn for reformen, tenkt innhold og mulige konsekvenser	16
01.03.2010	prosjektgruppemøte	Grunnleggende info, forprosjektet mv	15
24.03.2010	kommunestyremøte Bardu	Bakgrunn for reformen, tenkt innhold og mulige konsekvenser	26
25.03.2010	kommunestyremøte Sørreisa	Bakgrunn for reformen, tenkt innhold og mulige konsekvenser	20
09.04.2010	Tromsbenken og Regionrådet	Midt-Tromsprosjektet, reformens konsekvenser for regionen	20
12.04.2010	Midt-Troms tinget (Skaland)	oppstart og status	35
20.04.2010	kommunestyremøte Torsken	Bakgrunn for reformen, tenkt innhold og mulige konsekvenser	16
22.04.2010	kommunestyremøte Lenvik	Bakgrunn for reformen, tenkt innhold og mulige konsekvenser	32
26.04.2010	prosjektgruppemøte	status sentralt og regionalt, innspill til P-plan	15
27.04.2010	kommunestyremøte Tranøy	Bakgrunn for reformen, tenkt innhold og mulige konsekvenser	18
27.04.2010	kommunestyremøte Berg	Bakgrunn for reformen, tenkt innhold og mulige konsekvenser	16
02.06.2010	formannskap Målselv	Bakgrunn for reformen, tenkt innhold og mulige konsekvenser	6
14.06.2010	prosjektgruppemøte	gjennomgang av P-plan, nedsetting av ARG	15
18.06.2010	Helsesøstermøte Midt-Troms	om prosjektet, om forebygging	20
18.08.2010	styringsgruppemøte (Setermoen)	status etter 6 mnd, prosjektfinansiering, ARGmandater	8
02.09.2010	Tromsøområdet regionråd	Midt-Tromsprosjektet, oppbygging og prosess	15
18.10.2010	formannskap Dyrøy	nye lover, planlagte virkemidler, faglige og øk. konsekvenser	6
20.10.2010	kommunestyremøte Berg	nye lover, planlagte virkemidler, faglige og øk. konsekvenser	16
25.10.2010	fagdialogmøte Dyrøy	om prosjektet, nye helselover, høring	5
27.10.2010	kommunestyremøte Bardu	nye lover, planlagte virkemidler, faglige og øk. konsekvenser	26
27.10.2010	fagdialogmøte Bardu	om prosjektet, nye helselover, høring	10
28.10.2010	kommunestyremøte Lenvik	nye lover, planlagte virkemidler, faglige og øk. konsekvenser	32
04.11.2010	kommunestyremøte Sørreisa	nye lover, planlagte virkemidler, faglige og øk. konsekvenser	20
08.11.2010	Midt-Troms tinget (Bardufoss)	nye lovforslag, konsekvenser, høring	35
16.11.2010	fagdialogmøte Lenvik	om prosjektet, nye helselover, høring	12
18.11.2010	kommunestyremøte Målselv	nye lover, planlagte virkemidler, faglige og øk. konsekvenser	26
03.12.2010	styringsgruppemøte (Sørreisa)	finansieringsmodeller	8
07.12.2010	kommunestyremøte Torsken	nye lover, planlagte virkemidler, faglige og øk. konsekvenser	16
14.12.2010	kommunestyremøte Tranøy	nye lover, planlagte virkemidler, faglige og øk. konsekvenser	18
14.12.2010	fagdialogmøte Tranøy	avlyst	
05.01.2011	fagdialogmøte Torsken	om prosjektet, nye helselover, høring	10
06.01.2011	regionalt høringsmøte	nye helselover, høring	25
07.01.2011	fagdialogmøte Målselv	om prosjektet, nye helselover, høring	30
10.01.2011	fagdialogmøte Sørreisa	om prosjektet, nye helselover, høring	10
17.01.2011	fagdialogmøte Berg	om prosjektet, nye helselover, høring	3
11.04.2011	Midt-Tromstinget (Gryllefjord)	status sentralt og regionalt, resultat høring, konsekvenser	35
20.06.2011	prosjektgruppemøte	status sentralt og regionalt, pres av ARG-resultat, anbefalinger	15
23.06.2011	kommunestyremøte Sørreisa	planlagt implementering, oppdaterte konsekvenser	20
24.06.2011	styringsgruppemøte (Finnsnes)	ARG-rapporter nr. 1-3, resultater	8
17.08.2011	styringsgruppemøte (Setermoen)	ARG-rapport nr. 4, resultat	8
29.08.2011	Regionrådsmøte (Setermoen)	ARG-rapporter, finansiering, avtaler	15
07.09.2011	Fagdags UNN LMS	om prosjektet, om ARG LMS	10
23.09.2011	Sør-Troms regionråd	Midt-Tromsprosjektet, oppbygging og prosess	20
30.09.2011	Tranøy eldreråd	om reformarbeidet, sentralt og regionalt	50
12.10.2011	styringsgruppemøte (notat)	prioritering	8
09.11.2011	Faglederemøte Tranøy	om reformen, virkemidler og konsekvenser	20
14.11.2011	Midt-Tromstinget (Brøstadbotn)	Økonomiske virkemidler, oppsummering, veien videre	35
22.11.2011	Legetjenesten Senjalegen	om finansielle virkemidler	15
30.11.2011	styringsgruppemøte (Sørreisa)	evaluering, veien videre	8
30.11.2011	Brukerorg i Bardu	om reformarbeidet, sentralt og regionalt	25
13.12.2011	informasjonsmøte Sørreisa	virkemidler og konsekvenser (for ledere og tillitsvalgte)	30
14.12.2011	kommunestyremøte Berg	planlagt implementering, oppdaterte konsekvenser	16

ARG Læring og mestring	første møte	11
ARG Læring og mestring	andre møte	11
ARG Læring og mestring	tredje møte	11
ARG Læring og mestring	fjerde møte	11
ARG Intermediær	første møte	8
ARG Intermediær	andre møte	8
ARG Intermediær	tredje møte	8
ARG Intermediær	fjerde møte	8
ARG Intermediær	femte møte	8
ARG rekruttering	første møte	13
ARG rekruttering	andre møte	13
ARG rekruttering	tredje møte	13
ARG rekruttering	fjerde møte	13
ARG forebygging	første møte	11
ARG forebygging	andre møte	11
ARG forebygging	tredje møte	11
ARG forebygging	fjerde møte	11
ARG forebygging	femte møte	11
ARG forebygging	sjette møte	11
sum personer		1141
sum egeninnsats = sum personer x 3 timer a 500 kroner		1 711 500

6.3. Kostnader

Kostnadene i prosjektet har vært knytta til deltagelse i prosjektets aktiviteter (kommuner og samarbeidspartnere), prosjektledelse fra Utviklingssenteret AS, reiseutgifter til prosjektleder, prosjektansvarlig og brukerrepresentanter, leie av møtelokaler og bevertning ved møter og seminarer, kurs og konferanseavgifter og utgifter til kopiering og distribuering av dokumenter og rapporter.

Det omfattende høringsarbeidet knyttet til de nye helselovene var ikke med i opprinnelig prosjektplan, men kom som en tilleggsbestilling fra oppdragsgiver underveis i prosjektet, og blei kontraktsfesta som et eget arbeid, på toppen av hovedprosjektet.

Kostnadene i prosjektet i 2010 og 2011 kan derfor presenteres på følgende måte:

	kroner
Deltagelse kommuner og samarbeidspartnere	2 000 000
Prosjektledelse Utviklingssenteret AS	790 000
Ekstra kostnader høring nye helselover	99 000
Reiseutgifter	66 000
Møter, bevertning	105 000
Kurs og konferanseavgifter	40 000
Kopiering og distribuering	20 000
totalt	3 120 000

Økonomisk rapportering er sendt Fylkesmannen og KS, etter de spesifikasjoner og krav som foreligger ved hver enkelt tilskuddsordning.

7. Veien videre

Oppdragsgiver for prosjektet *Midt-Troms i møte med Samhandlingsreformen 2010-2011*, ønsker en videreføring av prosjektet i 2012. Allerede sommeren 2011 ble det søkt midler fra helsedirektoratet, over satsingen knyttet til Samhandlingstiltak og lokalmedisinske sentra, men ved denne siste tildelingsrunden, kom det ingen midler til Troms fylke.

Prosjektets styringsgruppe har sagt følgende om innholdet i en videreføring av prosjektet (hentet fra overnevnte søknad 1. august 2011)

Utgangspunktet er at det gjennomførte prosjektet Midt-Troms i møte med samhandlingsreformen har vært vellykket og har gitt resultater i form av en aktiv og oppdatert region. Det har blitt et politisk fokus på forebygging og folkehelse, samt kommunale helse- og omsorgstjenester. Prosjektet har gjennom utredninger og bredt sammensatte arbeidsgrupper lagt grunnlaget for at viktige beslutninger som omfang og innretning på tjenestene kan tas. Erfaringa er at med en relativt omfangsrik reform som samhandlingsreformen, må det gis god, relevant og hyppig informasjon til politikere og administrasjon i kommunene. For at forebyggingsdelen av reformen skal gjennomføres, må det være et sterkt fokus på dette hos politikere, da det vil måtte gjennomsyre alle politikkområder, ikke bare helse.

Det man også ser er at politiske beslutninger til høsten og våren vil være viktig for at kommunene skal få et godt og fruktbart samarbeid videre knytta til samhandlingsreformen. Til høsten vil det komme inn nye kommunepolitikere som trenger å få samme opplæring som de avtroppende kommunepolitikere. Erfaringsmessig viser det seg at det krever tid før man klarer å ta konsekvensene av samhandlingsreformen innover seg. Derfor vil det være viktig å lære opp nye politikere i hva samhandlingsreformen skal være og hva som Midt-Troms har gjort så langt.

Selv om arbeidsgruppene har levert sine anbefalinger så må disse følges videre opp. Innenfor forebygging må det sørges for at arbeidsgruppas rapport blir et verktøy som brukes i kommunene under planarbeidet, den må tas inn i ulike fagnettverk (eks. geriatri, utviklingshemmede, psykisk helse), samt stimulere til andre interkommunale samarbeidsområder. Innenfor området rekruttering/kompetansebygging/stabilisering må det videre gjennomføres en grundig kompetanseplanlegging i hver enkelt kommune, samordne kompetansebygginga i Midt-Troms ut mot eksterne aktører og gjennom LØKTA, samt ta rekrutterings og stabiliseringstiltakene videre i de administrative og politiske organer. I forhold til intermediærsenger er det allerede to regionale prosjekt som arbeider med dette og konkret planlegging. Derfor vil det mer være å bistå disse ved behov, samt arrangere samordningsmøter og kunne bidra overfor helseforetaket. I forhold til lærings- og mestringstjenester så skal det opprettes og vedlikeholdes kontakt med Helse Nord, RHF LMS og nasjonalt LMS samt lokale virksomheter og organisasjoner. Det skal også utarbeides en plan for en samordningskoordinator vedrørende lærings og mestringstjenester i Midt-Troms.

I tillegg til dette så ønsker også Midt-Troms kommunene å være en aktiv part i utforming av forskrifter samt delta i utforming av avtaler mellom helseforetak og kommunene. Midt-Troms regionråd ønsker å være en aktiv part med tanke på utforming av detaljene omkring Samhandlingsreformen og tilhørende forskrifter.

Med dette som bakgrunn vil det bli utforma en ny prosjektsøknad for 2012, som har følgende punktvis innhold:

- Nye kommunerunder, vår og høst 2012

-
- Oppfølging og videre arbeid med lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommunene og UNN HF
 - Høringsvar på relevante forskrifter, herunder fastlegeforskrift og folkehelseforskrift
 - Implementering av veileder for kompetanseplanlegging i helse- og omsorgstjenestene
 - Styrke og formalisere dialogen mellom yrkesfelt og utdanningsinstitusjonene – arbeid med avtaler mellom UIT, Fylkeskommunen og Midt-Troms regionråd
 - Stimulere til kompetansesamarbeid mellom UIT, høgskolene, studiesentrene, Fylkeskommunen og LØKTA, på områder som berøres av Samhandlingsreformen
 - IKT-satsing (meldingsløftet, dokumentasjons- og rapporteringssystemene og turnusprogram)
 - Kompetanseheving innen saksbehandling og dokumentasjon ift nytt lovverk gjennom Sa-Do kompetansenettverk
 - Planlegge og gjennomføre en stor regional Forebyggingskonferanse i regi av Regionrådet, Friluftsrådet, Pedagogisk Senter og LØKTA
 - Kompetanseoppbygging innen helsepedagogikk og standard metode, samordning av lærings- og mestringstilbud i Midt-Troms gjennom LØKTA

8. Vedlegg

Denne prosjektrapporten har følgende vedlegg:

- Vedlegg 1. *Samhandlingsreformen. Oppsummering av hovedtrekkene i St.meld.nr. 47 og planlagt progresjon i regjeringens arbeid med reformen, LØKTA mai 2010.*
- Vedlegg 2. *Forslag til ny Helse-og omsorgslov – høringsuttalelse fra Midt-Troms regionråd*
- Vedlegg 3. *Forslag til ny Folkehelseslov – høringsuttalelse fra Midt-Troms regionråd*
- Vedlegg 4. Rapport fra arbeidsgruppe *Intermediære senger*
- Vedlegg 5. Rapport fra arbeidsgruppe *Lærings- og mestringstjenester*
- Vedlegg 6. Rapport fra arbeidsgruppe *Forebygging*
- Vedlegg 7. Rapport fra arbeidsgruppe *Rekruttering, stabilisering og kompetansebygging*

NB! Av praktiske årsaker er delrapportene fra prosjektets arbeidsgrupper – vedleggene 2, 3, 4 og 5 – vedlagt som separate pdf-filer i den elektroniske utgaven av denne sluttrapporten. Disse delrapportene er også tilgjengelig på www.midt-troms.no

Vedlegg 1.

Samhandlingsreformen. Oppsummering av hovedtrekkene i St.meld.nr. 47 og planlagt progresjon i regjeringens arbeid med reformen, LØKTA mai 2010.



Samhandlingsreformen

Oppsummering av hovedtrekkene i
St.meld.nr.47 og planlagt progresjon i
regjeringens arbeid med reformen

Innledning

Dette dokumentet består av to deler. Den ene delen beskriver hovedtrekkene i St.meld. nr. 47 (2008-2009) om Samhandlingsreformen. Dette for å raskt kunne tilegne seg kunnskap om hva stortingsmeldingen egentlig foreslår.

Del to tar i korte trekk for seg innstillingen fra Helse-og omsorgskomiteen (innstilling S nr. 212), stortingsbehandlingen av meldingen 27. april 2010 og status/forventa progresjon i regjeringens arbeid med Samhandlingsreformen.

Målgruppa for dette dokumentet er først og fremst politisk og administrativ ledelse i kommunene samt enhets-/virksomhetsledere innen kommunale tjenesteområder som reformen berører. Utvalget av hva som anses som hovedessensen i stortingsmeldingen, er gjort med tanke på denne målgruppa.

Hovedtrekkene i St.meld.nr. 47 (2008-2009), om Samhandlingsreformen

Her er sentrale momenter fra stortingsmeldingen trukket fram og beskrevet kort og punktvis. Det er viktig å være klar over at framstillingen langt fra er uttømmende og at meldingen inneholder mange interessante og viktige forslag til tiltak knytta til områder som ikke er tatt med her, slik som forskningsfeltet, IKT og mer særskilte utfordringer knytta til innvandrerbefolkning og den samiske befolkning. For en utfyllende framstilling bør Stortingsmeldingen leses i sin helhet.

1. Forebygging

Bakgrunn: Det blir stadig flere eldre og sykdomsutviklingen går i retning av mange flere pasienter med kroniske lidelser som krever omfattende og langsiktig oppfølging, som pasienter med rusproblemer og psykiske lidelser, fedme, diabetes, kreft, kols og demenssykdommer. Vi snakker ofte om såkalte alders -eller livsstilsrelaterte sykdommer. Dagens helsetjeneste har for stort fokus på behandling og reparasjon og for lite fokus på å forhindre at sykdom og skade oppstår eller forverres. Dette er verken bra for pasientene eller for samfunnsøkonomien.

FORSLAG TIL TILTAK KNYTTA TIL FOREBYGGING:

Generelt fokus på **tidlig intervensjon**, dvs at helsetjenesten kommer inn tidlig i livet eller tidlig i sykdomsforløpet, ofte sektorovergripende med målsetning å forhindre at sykdom og skade oppstår eller forverres.

Videreutvikling av **lavterskeltilbud** i helsetjenesten, dvs. lett tilgjengelige tilbud som er særlig tilpasset den enkeltes behov, møte folk der de er, når de er der. Effektivt og relativt lite ressurskrevende.

Styrking av det **tverrfaglige folkehelsearbeidet**, den samlede innsats for å påvirke befolkningens helse.

En gjennomgang og **tilrettelegging av regelverket** for helsefremmende og forebyggende arbeid.

Krav til kommunal oversikt over helsetilstanden, påfølgende analyse og definering av hovedutfordringer, og deretter **planlegging**. Enten inkludere forebygging i kommuneplanen eller lage en eller flere delplaner om forebygging.

2. Endring av finansieringssystemet

Bakgrunn: Det er god samfunnsøkonomi å samhandle. De ulike aktørene i helsetjenesten har separate finansieringssystemer som i liten grad understøtter samhandling eller inviterer til å se egne tjenester i et helhetlig perspektiv. Et eksempel her er at forebyggende tiltak på primærnivå blir en kostnad for kommunen mens gevinsten for en stor del vil framkomme i spesialisthelsetjenesten i form av færre innleggelser.

FORSLAG TIL TILTAK KNYTTA TIL ENDRING AV FINANSIERINGSSYSTEMET:

Innføre kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten, dvs. at kommunene får et økonomisk medansvar for innbyggernes behandling i spesialisthelsetjenesten. I utgangspunktet vurderes det en 20% medfinansieringsandel og her er det lagt fram eksempler på tre ulike modeller:

- medfinansiering av alle kommunens innlagte pasienter. Dette vil omfatte pasienter innenfor alle aldersgrupper, alle diagnoser og pasientgrupper innenfor somatikk, rus, psykisk helsevern og rehabilitering.
- medfinansiering av kommunens innlagte pasienter med en særskilt diagnose.
- medfinansiering av kommunens innlagte pasienter innenfor en viss alderskategori.

Ordningen vurderes finansiert ved å overføre deler av tilskuddene til de regionale helseforetakene (RHF), som nå går direkte fra stat til RHF, over til kommunene.

Overføre det økonomiske ansvaret for utskrivningsklare pasienter ved sykehusene, til kommunene. Dette vil si at kommunene får en betalingsplikt for pasienter som er definert som utskrivningsklar, tilsvarende gjennomsnittlig døgncostnad på sykehus¹. Kommunen kan her velge å betale døgnet på sykehuset, eller ta pasienten hjem til et lokalt tilbud, som normalt sett vil ha en lavere døgnet. Kommunene sitter da igjen med en gevinst i form av mellomlegget. Regjeringen vil finansiere endringen ved at regionalt helseforetak (her Helse-Nord) får et trekk i sine rammer og kommunene i helseforetakets dekningsområde får en økning i sine rammer, basert på historiske tall for kostnader knyttet til utskrivningsklare pasienter.

Øke graden av rammefinansiering av spesialisthelsetjenesten. Aktivitetsbasert finansiering av spesialisthelsetjenester (innsatsstyrt finansiering, ISF) gir isolert sett ikke insentiver til å hindre unødvendige sykehusinnleggelser eller prioritere forebyggende

¹ Denne er stipulert til kr 5000 for pasienter på somatiske sykehus, og er anslått til å omfatte om lag 150.000 liggedøgn. Det er ikke framlagt kvalitetssikre tall for psykiatrien.

arbeid. Regjeringen vil derfor redusere ISF fra dagens nivå som er 40%, til 30%, og øke rammefinansieringen tilsvarende.

3. Klarere pasientrolle

Bakgrunn: manglende samhandling mellom personell og nivåer i helsetjenesten gjør at pasienter opplever tjenestene som oppstykket, uoversiktlige og ikke helhetlig. Pasienten blir den tapende part og må ofte selv manøvrere seg mellom de ulike tjenestenivå og fagområder, hvilket kan medføre belastninger som økte ventetider og unødvendige komplikasjoner.

FORSLAG TIL TILTAK KNYTTA TIL EN KLARERE PASIENTROLLE:

Innføre gode, **helhetlige pasientforløp** som referanseramme for ALLE aktører i helsetjenesten. Med pasientforløp menes her pasienters "reise" gjennom de ulike aktørene i helsetjenesten.

Gjennomgang av **pasientrettigheter og tilsvarende plikter for helsepersonellet**, med fokus på at den formelle lovgivningen skal understøtte helhetlige pasientforløp.

Økt **brukermedvirkning**, dvs. pasientmakt/medvirkning/innflytelse, både på individnivå og på systemnivå

Innføre **pasientombudsordningen** også for de kommunale tjenestene. Dette er allerede gjort. Fra 01.09.09 heter ordningen Pasient-og brukerombud og omfatter både spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse-og omsorgstjenesten (minus miljøretta helsevern og økonomisk sosialhjelp).

Gjøre det lovpålagt med en **kontaktperson/koordinator** for pasienter med sammensatte behov.

Fokusere på å gi **hjelp til egenmestring** i størst mulig grad og tilrettelegge for det ansvar som befolkningen må ta for egen helse.

4. Ny kommunerolle

Nye funksjoner

Bakgrunn: Dersom fokus i helsetjenesten skal snus fra reparasjon til forebygging, må man starte der hvor folk bor og lever, dvs. i kommunene. Sammenhengen mellom helsetjenesten og det øvrige spekter av kommunale tjenester er avgjørende når pasienter med sammensatte behov skal mestre sine egne liv. Det faktum at kommunale helsetjenester er gjennomgående billigere enn spesialisthelsetjenester, er en tredje faktor i begrunnelsen for hvorfor kommunene er tiltenkt en ny og utvida funksjon i helsetjenesten.

FORSLAG TIL TILTAK KNYTTA TIL NY KOMMUNEROLLE, BENEVNT SOM KOMPETANSEKREVENDE FUNKSJONER:

Tilbud før, i stedet for og etter sykehusopphold. Eks. døgnplasser for observasjon og etterbehandling, lindrende behandling, rehabilitering.

Tverrfaglige team, herunder ambulante.

Lærings-og mestringstilbud og egenbehandling.

Innenfor psykiatri og rus: **forebygging, tidlig intervensjon og lavterskeltilbud**, herunder forsterkede bo-og tjenestetilbud innen psykiatri, ambulante oppsøkende team, lavterskel helsetilbud til rusavhengige.

FORSLAG TIL TILTAK KNYTTA TIL NY KOMMUNEROLLE, BENEVNT SOM ADMINISTRASJONS-OG SYSTEMOPPGAVER:

Styrking av **helseovervåkning**, dvs. oversikt over befolkningsutvikling, helsetilstand og påvirkningsfaktorer til henholdsvis god og dårlig helse. Slik oversikt er grunnlaget for prioritering og evaluering i helsetjenesten samt at helsetjenesten kan bidra med fakta i kommunale planprosesser.

Styrking av **folkehelsearbeid** med vekt på **samfunnsmedisinske oppgaver**. Folkehelsearbeid er samfunnets samlede innsats for å fremme helse, redusere risiko for sykdom og skade samt beskytte mot ytre helsetrusler. Samfunnsmedisinske oppgaver er den legefaglige delen av folkehelsearbeidet, herunder smittevern, miljøretta helsevern og helseberedskapsplanlegging samt medisinskfaglig rådgivning.

Legetjenesten

Bakgrunn: det er behov for flere leger i kommunene for å imøtekomme et økende behov (flere kronikere og eldre), sikre bedre tid til prioriterte pasientgrupper samt styrking av de allmennt medisinske oppgaver. I dag er det ca 11 000 årsverk leger i spesialisthelsetjenesten, ca 4000 fastleger og 400 andre leger i kommunene.

FORSLAG TIL TILTAK KNYTTA TIL LEGETJENESTEN GENERELT:

Flere leger i kommunene. Hvordan? Streng regulering av nye legestillinger i spesialisthelsetjenesten, rekruttering gjennom kommunesamarbeid, fokus på fagutvikling og mulighet til å spisse seg på et relevant felt – allmennleger med "mer-kompetanse".

Styrking av fastlegenes **vurderingskompetanse** og kliniske kompetanse

Utvikling av formelle **funksjons-og kvalitetskrav** til fastlegevirksomhet

Mer **kommunal styring** av fastlegene

Vurderinger av bestemmelser om listelengde (bort med "listabaronene")

Gjennomgang av finansieringssystemet for fastlegevirksomhet og allmennt medisinske legeoppgaver.

FORSLAG TIL TILTAK KNYTTA TIL LEGETJENESTEN, ALLMENNMEDISINSK OFFENTLIG LEGEARBEID:

En generell styrking av det allmennt medisinske legearbeidet; flere leger og økt timetall for den kommunale påleggshjemmelen, dvs at kommunen skal kunne pålegge legene en større stillingsprosent med allmennt medisinske offentlige legeoppgaver, enn de kan i dag, (per tiden 20%). De tradisjonelle allmennt medisinske legeoppgavene er i dag knytta til legetjenesten ved sykehjem og helsestasjon.

Vurdere å innlemme flere nye oppgaver i det allmennt medisinske legearbeidet, slik som undervisning, veiledning, tverrfaglig samarbeid, praksiskonsulent, legevakt, rehabilitering/læring/mestring i kommunal regi og annet forebyggende helsearbeid

FORSLAG TIL TILTAK KNYTTA TIL LEGETJENESTEN, SAMFUNNSMEDISINSK OFFENTLIG LEGEARBEID:

Tydeliggjøre kommuneoverlegerollen, samt gi den en sentral rolle i

- Kommunal samfunnsplanlegging
- Styringsdialogen med fastlegene
- Samhandling og avtaleinngåelse med helseforetakene
- Kvalitetssikring av tjenestetilbudet

Administrasjon og ledelse

Bakgrunn: Kommunene må ha faglig tyngde til å kommunisere og stille krav til helseforetakene. Kommunene vil også ha behov for fagpersonell med kompetanse og myndighet til å styre fastleger og legetjenesten på en sterkere måte. Faglig og organisatorisk ansvar må tydeliggjøres. Spesielt ved interkommunale løsninger er det fare for at overordnet ansvar blir utydelig.

FORSLAG TIL TILTAK KNYTTA TIL ADMINISTRASJON OG LEDELSE:

Mer **samfunnsmedisinsk kompetanse**

Tydelige ansvarspunkt både organisatorisk og overordnet faglig

Mer systematisk organisering av **brukermedvirkning**

Lovfestet krav til samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak

5. Spesialisthelsetjenesten

Bakgrunn: En større satsing på kommunehelsetjenesten betyr ikke at spesialisthelsetjenesten svekkes men tyngdepunktet i helsetjenesten vil forskyves fra spesialisthelsetjenesten til mer fokus på kommunehelsetjenesten. De to skal bli mer likeverdige beslutningstakere.

FORSLAG TIL TILTAK KNYTTA TIL SPESIALISTHELSETJENESTEN:

Etablering av **styringssystemer** som sørger for at den økonomiske utvikling skjer innenfor politisk vedtatte rammer

Redusering av ISF, aktivitetsbasert finansiering fra 40% til 30%

Mer rendyrking av de spesialiserte oppgaver som bare spesialisthelsetjenesten skal gjøre – noe som igjen gir mulighet for en mer strategisk utvikling av spesialisthelsetjenesten, dvs. at sykehusene gis bedre mulighet til å utvikle sine konkurransefortrinn.

Større forventninger til deltagelse i **kompetanseutveksling** og kompetanseoppbygging i en forsterket kommunehelsetjeneste.

Samhandlings- og koordineringsfunksjonen skal gjenspeiles i ledelsen, organisatorisk og faglig.

Behov for **endrede arbeidsformer og økt fleksibilitet** når det gjelder oppgaver og tjenestesteder. Behov for rammebetingelser som legger til rette for dette.

Utvikling av gode samarbeidsformer mellom kommuner og lokalsykehus, med utgangspunkt i den nye kommunerollen og lokalsykehusenes faglige og organisatoriske fortrinn.

6. Helsepersonellet

Bakgrunn: Helsetjenesten har en framtidig utfordring i rekruttering. Behovet for personell er stipulert til 140 000 nye årsverk fram mot 2030, og den antatte tilgangen på personell vil være ca 100 000. Dvs en underdekning på om lag 40 000, ved en moderat standardheving. (SSB-rapport 2009/9). Det er en tilleggsutfordring å få helsepersonellet til å velge fagområde, arbeidsplass og geografisk bosted, som er i tråd med helsetjenestens behov.

FORSLAG TIL TILTAK KNYTTA TIL HELSEPERSONELL:

Riktig dimensjonering av utdanningene

Samhandlingskompetanse inn i alle helseutdanninger

Utvikling av **gode fordelingsystemer for legehjemler** og sterkere kontroll/sanksjonsmuligheter ved manglende overholdelse.

Samarbeidet mellom **utdanningsinstitusjonene og arbeidslivet** må styrkes – spesielt i kommunehelsetjenesten

Kompetanse, status og prestisje må kanaliseres til kommunale tjenester og fagområder som folkehelse, forebygging, tidlig intervensjon og ulike lavterskeltilbud. Forlag til virkemidler:

- Sektornøytrale økonomiske insitamenter (nedskrivning av st.lån, skattelette mv)
- Mulighet for desentralisert utdanning og fortrinnsregler ved opptak
- Lokale initiativ
- Status og prestisje gjennom styrket fagutvikling og forskning
- Lønn som virkemiddel

Arbeidsplassen som læringsarena blir viktigere. Behov for mer kunnskap om hvordan dette kan gjøres på en god måte

Åpne for **endringer i oppgavefordelingen/rollene** til helsepersonell

Krav til helsepersonell om **større fleksibilitet ift. arbeidsmåte**; tverrfaglige team, samarbeid med bruker, familie, frivillige og lokalmiljø

Fokus på **jobbtilfredshet**, arbeidsmiljø.

Progresjon i regjeringens arbeid med Samhandlingsreformen

Stortingsmelding nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen, Rett behandling – på rett sted – til rett tid, blei lansert av daværende Helse- og omsorgsminister Bjarne Håkon Hansen i juni 2009. Meldinga har vært til behandling i Helse- og omsorgskomiteen, under ledelse av Bent Høye (H) leder og Are Helseth (A) saksordfører. Det har vært gjennomført komitehøring på nyåret 2010 og komiteen har levert sin innstilling 20. april 2010, etter at også Kommunal- og forvaltningskomiteen har hatt saken til uttalelse.

Innstilling fra Helse-og omsorgskomiteen

Innstilling S nr. 212 (2009-2010) dreier seg om Helse-og omsorgskomiteens behandling av Samhandlingsreformen samt komiteens behandling av et representantforsalg fra Venstrerepresentantene Grande og Tenden, om en ny Velferdsreform (dok 8:63, 2009-2010). Innstillingen inneholder et sammendrag av St.meld nr. 47, et sammendrag av dok 8:63, komiteens merknader til disse, en uttalelse fra Kommunal-og forvaltningskomiteen, forslaget fra mindretallet og komiteens tilråding.

I innstillingen fremgår det hva regjeringspartiene mener, hva de ulike opposisjonspartiene mener, og til en viss grad – hva det er tverrpolitisk enighet om. For å ta det siste først; det er enighet om følgende:

- Stortingsmeldingens beskrivelse av status og utfordringer er riktig, dvs at det er satt riktig diagnose på Helse-Norge.
- Det er nødvendig med mer fokus på folkehelse, forebygging og tidlig intervensjon – kommunene må styrkes (helse, barnehage, skole, heim og arbeidsplass).
- Nye kommunale oppgaver må fullfinansieres.
- Behov for ytterligere fokus på habilitering og rehabilitering
- Enighet om behovet for sterkere virkemidler og rettigheter knytta til brukermedvirkning og helhetlige pasientforløp, bla. a lovfesting av retten til pasientkoordinator.
- Nye arbeidsmetoder er nødvendig; team, tverrfaglighet, samhandling, ambulering.
- Lokalmedisinske senter/DMS er et nytt og viktig redskap som skal videreutvikles
- Det økonomiske ansvaret for utskrivningsklare pasienter bør overføres til kommunene.
- Ingen uenighet på rekrutterings- og kompetansesiden. Kompetanseløftet 2015 må videreutvikles og tilpasses Samhandlingsreformens utfordringer.

Opposisjonen utarbeidet i mars en felles borgelig plattform med sine krav til reformen, formulert som en liste med over 40 konkrete punkter. Håpet om et bredt forlik ble imidlertid raskt brutt ned, idet Helse- og omsorgsministeren påberopte seg retten til å se det hele i sammenheng – at tiltak også må finansieres og ses i sammenheng med andre tiltak. Det avviste forliket preger både formuleringene i innstillingen og retorikken i stortingsdebatten.

Nedenfor er en grov liste over uenighetene

Regjeringspartiene	Opposisjonen
Reformen angir en ny retning. Konkretisering vil komme gjennom Nasjonal Helseplan, ny lovgivning og gjennom årlige budsjetter og proposisjoner	Ikke nok med retningsangivelse. Reformen er tom for innhold! Det konkrete innholdet mangler.
Forslag til finansiering gjennomgås av et statssekretæutvalg og legges fram innen utgangen av året	Handlingslammelse fra en splittet regjering!
Politiske prosesser knytta til kommune-struktur må behandles som egen sak og ikke som en del av en helsepolitisk problemstilling	Behov for å se på kommunestruktur ifbm Samhandlingsreformen
Fylkeskommunen som en viktig aktør på folkehelsesiden, partnerskap mellom kommune, FK og HF.	Vil legge ned Fylkeskommunen
Bedre ledelse og sterkere styring av fastlegene, og mer likeverdig samhandling med HF, gjennom gjennom samhandling på overordna plan og et tydelig nasjonalt rammeverk.	Bedre ledelse og sterkere styring av fastlegene, og mer likeverdig samhandling med HF, gjennom samhandling på overordna plan og finansielle virkemidler.
Kommunal medfinansiering bør piloterer i hver helseregion	Kommunal medfinansiering er ikke gjennomførbart med dagens kommunestruktur
Det må skje forflytning av ressurser mellom forvaltningsnivåene, som samsvarer med oppgaveoverføringene	Ingen ressurser skal taes fra spesialisthelsetjenesten
ISF bør reduseres til 30% for å stimulere til forebygging og tidlig intervensjon	ISF bør økes til 50% (dissens Krf) for å stimulere produktiviteten i HF
Øremerkede midler i oppstartfasen, deretter frie midler	Øremerkede midler til samhandlingstiltak (både kommuner og HF), for øvrig frie midler

Innstilling S nr 212 (2009-2010) finnes på linken <http://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Stortinget/2009-2010/inns-200910-212/>

Stortingets behandling

Samhandlingsreformen har vært oppe til behandling i Stortinget den 27. april 2010. Debatten bar fra opposisjonens side sterkt preg av det tidligere nevnte manglende forlik, og mens regjeringspartiene betraktet dagen som en milepæl i arbeidet med framtidens helsetjeneste, så opposisjonen ingen grunn til å flagge. Gjennom regjeringspartienes flertall, sluttet Stortinget seg til St.meld. nr. 47 om Samhandlingsreformen.

Referat fra Stortingets behandling den 27. april 2010 finnes på linken <http://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Referater/Stortinget/2009-2010/100427/>

Planlagt progresjon

Regjeringen har fortsatt til intensjon å iverksette reformen fra 2012. Det er likevel innlysende at på flere av reformens sentrale tiltaksområder, vil det være snakk om en gradvis innføring over flere år.

Helse-og omsorgsdepartementet arbeider nå med de tilhørende lovproposisjoner, blant annet en ny og samordna Helse-og omsorgslov og en helt ny Folkehelselov. Disse skal ifølge statsråden legges fram for Stortinget før påske 2011, etter en høringsrunde høst/vinter 2010.

Det er nedsatt et statssekretærutvalg med statssekretærer fra Helse-og omsorgsdepartementet, Kunnskapsdepartementet, Finansdepartementet og Kommunaldepartementet. Dette utvalget skal gjennomgå og komme med forslag knytta til alle sider ved finansieringen av reformen. Det er ventet at utvalget vil levere i løpet av oktober måned.

Nasjonal Helseplan er fra regjeringens side framhevet som et operativt og konkret redskap i gjennomføringen av Samhandlingsreformen. Forslag til Nasjonal Helseplan for perioden 2011 – 2015 skal etter planen også legges fram for Stortinget før påske 2011 og det er forventet et høringsutkast høsten 2010.

Vedlegg 2.

Forslag til ny Helse-og omsorgslov –

høringsuttalelse fra Midt-Troms regionråd

**(dokumentet gjengir hele teksten i regionrådets høringsuttalelse,
dette er imidlertid ikke det originale oversendelsesbrevet med riktig brevmal)**

Dato: 11.01.2011
Deres ref:
Vår ref: 2011-01
Høring helse- og omsorgslov

Helse-og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 OSLO

postmottak@hod.dep.no

Forslag til ny helse-og omsorgslov - høringsuttalelse fra Midt-Troms regionråd

Midt-Troms regionråd og høringsprosessen

Kommunene Bardu, Berg, Dyrøy, Lenvik, Målselv, Sørreisa, Torsken og Tranøy har et etablert og godt samarbeid gjennom Midt-Troms regionråd. Behandlingen av forslaget til ny helse-og omsorgslov har vært gjenstand for grundige drøftinger i hver enkelt kommune og samla i regionen, gjennom regionrådets eget prosjekt *Midt-Troms i møte med samhandlingsreformen*. Prosjektet er en 2-årig satsing gjennom regionens egen kvalitetsutviklingsenhet for helse-og sosialtjenesten; LØKTA.

Midt-Tromstinget, som er et politisk forum bestående av alle åtte ordførere samt representanter fra alle de åtte formannskapene, har i vedtak av 08.11.10 fremmet frustrasjon over at høringsfristen er for kort til at kommunene kan foreta grundige vurderinger av lovforslagenes konsekvenser. Krav om utsettelse av høringsfristen er avvist av departementet.

Forslagene til ny helse-og omsorgslov samt ny folkehelselov og innholdet i ny nasjonal helseplan, utgjør et omfattende materiale som på flere områder i tillegg oppfattes som ufullstendig og fragmentert (eksempelvis når det gjelder de finansielle virkemidlene). Det at høringen kommer midt i kommunenes innspurt i lokale budsjettprosesser, i tillegg til juleferieavvikling, tilsier også at arbeidet med høringsnotatene i enkelte kommuner kan bli viet mindre oppmerksomhet enn alvorlighetsgraden skulle tilsi. Midt-Troms tingets bekymring i denne sammenheng, er at regjeringens hastverk i høringsprosessen kan føre til at vesentlige, prinsipielle spørsmål knytta til lovforslagene, ikke skal bli gjenstand for drøftinger på lokalt plan med det resultat at reformens forankring i kommunene blir svekka.

I den videre framstilling, har Midt-Troms regionråd valgt å kommentere følgende elementer i lovforslaget:

1. Generelt om lovforslaget
2. Sørge-for-ansvar og faglig forsvarlighet
3. Finansielle virkemidler
 - 3.1. Kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten
 - 3.2. Kommunalt ansvar for utskrivningsklare pasienter
4. Pasient-, bruker-og pårørendeopplæring
5. Individuell plan, koordinerende enhet og pasientkoordinator
6. Opprettelse av kommunale akuttsenger
7. Kompetanse, rekruttering og stabilitet
8. Legetjenesten
 - 8.1 Kommunelegefunksjonen
 - 8.2 Endringer i fastlegeordningen
9. Klage-og tilsynsmyndighet
10. Avtaler mellom helseforetak og kommuner
11. Samarbeid mellom kommuner
12. Mangler ved forslaget, vilkårsetting og forholdet til Arbeidsmiljøloven

1. Generelt om lovforslaget

Samordning av de kommunale helse-og omsorgstjenestene i en ny helse-og omsorgslov, ønskes svært velkomment! Regulering av helse-, pleie-og omsorgstjenester og sosiale tjenester gjennom dagens kommunehelsetjenestelov og sosialtjenestelov, oppleves å være i utakt med virkeligheten. Regelverket er konserverende, forvirrende og unødvendig komplisert, og behovet for samordning og forenkling har gjort at praksisen i kommunene har utviklet seg foran lovgivningen på dette feltet.

De grunnleggende, generelle endringene som departementet foreslår, oppfattes av Midt-Troms regionråd som en nødvendig opprydding og bevisstgjøring, både for kommunene som forvaltere av helse-og omsorgstjenester, for helsepersonell og saksbehandlere på kommunale tildelingsenheter, og for søkere og mottakere av kommunale tjenester.

Midt-Troms regionråd støtter derfor departementets forslag om:

å harmonisere kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven i en samla helse-og omsorgslov, herunder erstatte begrepene helsetjeneste og sosialtjeneste med fellesbegrepet helse-og omsorgstjeneste

å utforme den nye helse-og omsorgsloven som en rein tjenestelov/pliktlov for kommunene

å flytte/samle mest mulig av pasientrettighetene i pasientrettighetsloven

å omgjøre helsepersonelloven slik at den omfatter alle som yter tjenester etter den nye helse-og omsorgsloven

å gjøre helseregisterloven gjeldende ved all tjenesteyting etter den nye helse-og omsorgsloven, herunder de sosiale tjenestene som i dagens regelverk er regulert etter personopplysningsloven.

å gjøre forvaltningslovens regler gjeldende for den nye helse-og omsorgsloven, med de unntak som er foreslått i loven, herunder at reglene om enkeltvedtak bare skal komme til anvendelse på vedtak om langvarige (over to uker) hjemmetjenester og plass i institusjon. Det forutsettes her at en slik endring ikke vanskeliggjør kommunens registrering av disse tjenestene i IPLOS.

Midt-Troms regionråd vil imidlertid påpeke at departementets vurderinger av administrative og økonomiske konsekvenser for kommunene ved de overnevnte endringer, ikke samsvarer helt med den kommunale virkelighet. Det er for oss innlysende at overgangen til en ny helse-og omsorgslov vil medføre økte ressursbehov i en innkjøringsfase. Blant annet kan nevnes opplæring i nytt regelverk, endring og omlegging i dokumentasjons-og saksbehandlingsrutiner/kulturer og systemer/programvarer. Spesielt gjelder dette tjenestemråder og personell som tidligere har vært regulert etter sosialtjenesteloven, og som ved innføring av den nye loven vil få endringer i sine plikter knytta til yrkesutøvelsen, eksempelvis en konkretisering av krav til faglig forsvarlighet, en utvidet informasjons-og dokumentasjonsplikt, nye krav til journalføring, arkivering og datasikkerhet, med mer.

2. Sørge-for-ansvar og faglig forsvarlighet

Midt-Troms regionråd er enige i de vurderinger som departementet legger til grunn for sitt forslag om overgangen til et sørge-for-ansvar, herunder hensynet til demokratisk styring, lokal handlefrihet og fleksibilitet. Det er i dag innlysende at en lovbestemt, detaljert kommunal tjenestemeny på helse-og omsorgssiden, vanskelig kan være tilpasset virkeligheten i både en liten tusen-innbyggers kommune på Senja og en stor bykommune i det sentrale østlandsområdet. Prinsippet om at alle kommuner skal dekke de samme funksjoner, men at de kan velge å organisere/løse oppgavene på ulikt vis, er et godt utgangspunkt for en effektiv og behovstilpasset tjenesteproduksjon.

Midt-Troms regionråd er også tilhenger av at bindingene til bestemte profesjonsgrupper løses opp i det nye regelverket. Kommunene opplever at samhandlingskulturen innafor de ulike profesjonsgruppene er noe ulikt utviklet, og at en del profesjoner fortsatt har vanskelig for å tenke utenfor eget fagmiljø, når de skal definere faglig kvalitet. De foreslåtte endringene i regelverket vil etter vårt syn føre til større fleksibilitet ift bemanningssammensetningen i helse-og omsorgstjenesten og vil også kunne stimulere til tverrfaglighet, samhandling og nye innovative løsninger. Kommunene vil også vise til at spesialisthelsetjenesten har vært regulert på samme måte i en årrekke, uten at denne profesjonsnøytraliteten har ført til at hvemsomhelst blir satt til å utføre helsetjenester i helseforetakene.

Overgangen til et regelverk som inneholder svært lite profesjonsangivelser eller organisatoriske krav, vil imidlertid stille større krav til forståelse og praktisering av faglig

forsvarlighetskravet, både på tjenestenivå og på politisk nivå i kommunene. Midt-Troms regionråd er usikker på om departementets forsøk på å presisere forsvarlighetsbegrepet er håndfast nok for en kommunal hverdag, hvor tilgangen på penger og kompetanse kan være med på å påvirke både kvalitetsbegrepet og hva som oppfattes som såkalte minstestandarder.

Ved innføring av et sørge-for-ansvar vil også forventningene fra brukere og pasienter bli utvida, i den forstand av folk vil forvente en større grad av individuell tilpasning og flere organisatoriske og praktiske muligheter for mottak av helse-og omsorgstjenester. Kommunene vil da bli tvinga enda lenger inn i en nødvendig prioriteringsdebatt, hvor kvalitet, omfang og lokal tilgjengelighet til helse-og omsorgstjenester - dvs faglig forsvarlighet på virksomhetsnivå – må fram i lyset og diskuteres. I en slik lokal kvalitets- og prioriteringsdebatt, vil det trenges både praktiske redskaper i form av veiledere, opplærings-og utviklingskampanjer og andre pedagogiske styringsmidler, men det viktigste vil være at prioriteringsdebatten gjenspeiles på sentralt nivå – at departementet legger til rette for en slik debatt og at sentrale politikere tør å ta tak i den.

Funksjonskravene som listes opp i § 3-2 er rimelig omfattende og detaljerte og Midt-Troms regionråd tror ikke at tjenestemenyen i kommunene etter innføring av et sørge-for-ansvar vil se vesentlig annerledes ut enn dagens tjenestemeny. Det er derfor et spørsmål om hvor mye man skal betale for en større grad av lokal handlefrihet når det gjelder organiseringen av tjenestetilbudet, dersom prisen blir økt statlig kontroll/tilsyn og sterkere krav til internkontroll, dokumentasjon og rapportering, hvilket er rimelig å anta når det kommunale handlingsrommet blir større.

Oppsummert: Midt-Troms regionråd er positive til å regulere kommunenes ansvar på helse-og omsorgssida som et såkalt sørge-for-ansvar. En vellykket overgang fra dagens mer detaljerte regulering, vil imidlertid avhenge sterkt av om sentrale myndigheter ser nødvendigheten av å vie tilstrekkelig stor oppmerksomhet, tid og ressurser til kommunenes arbeid med kvalitet og prioritering i helse-og omsorgstjenesten. At fokus og trykk legges på å styrke kommunenes evne til å gi gjøre gode prioriteringer og yte gode tjenester, i stedet for sterkere kontroll og rapporteringskrav. Uten prioritering vil et sørge-for-ansvar kunne komme ut av kontroll. Dette har reguleringen av spesialisthelsetjenesten vist.

3. Finansielle virkemidler

Midt-Troms regionråd vil herunder kommentere forslagene til kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenester (§ 11-3) og kommunalt finansieringsansvar for utskrivningsklare pasienter (§11-4). Generelt kan sies:

Modellene som foreslås i høringsnotatet er dels uferdige, preget av mye ”hvis-at-dersom” og er åpenbart ikke en del av en helhetlig plan for finansieringa av reformen. Dette bekymrer Midt-Troms regionråd. Vi ser at den fragmenterte framstillinga kan føre til at ordningene framstår som unødvendig kompliserte og dermed vanskelige for kommunene å se konsekvensene av. Å innføre ordninger som ingen andre enn byråkratiet skjønner innretningen på, vil ikke være hensiktsmessig for noen.

Midt-Troms regionråd tar det som en forutsetning at alle administrative utgifter i forbindelse med innføringen av en eventuell medfinansieringsordning og et kommunalt finansieringsansvar for utskrivningsklare pasienter blir dekket sentralt, herunder

investeringer til innkjøp av nødvendig utstyr og nødvendig kompetanse til å håndtere pengestrømmene mellom kommuner og helseforetak. Midt-Troms regionråd ser med bekymring på at de foreslåtte økonomiske tiltakene vil kunne kreve mye byråkrati, sett i forhold til oppnådd gevinst.

Overføringer av midler fra stat til kommune ifbm medfinansieringsordning og utskrivningsklare pasienter, vil ikke kunne finansiere oppbyggingen av nye og mer behandlingsintensive tilbud i kommunene. Midt-Troms regionråd er glad for at dette påpekes i høringsnotat, men savner konkrete føringer på hvordan nødvendige investeringer i sengeplasser, utstyr og kompetanse skal skje. Begge ordningene forutsetter en oppbygging/opprusting av kommunale eller interkommunale tjenestetilbud, både for å forebygge og unngå sykehusinnleggelse, og for å ta pasientene tidligere hjem etter sykehusopphold.

Den meget forsiktige finansielle satsingen på forebyggende helsearbeid som foreløpig er lagt inn i statsbudsjettet, vil heller ikke kunne igangsette en større satsing på forebyggende helsearbeid i kommunal regi, slik reformen forutsetter. Som eksempel kan nevnes at små kommuner gjennom ordningen her får tilført mellom 50 – 80 000 kroner. Midt-Troms regionråd er bekymret for at effektene av forebygging i primærhelsetjenesten, vil bli forsøkt tatt ut før man har fått nødvendige midler til å igangsette et bredt forebyggingsarbeid.

Oppsummert: Midt-Troms regionråd forutsetter at det forut for en nærmere detaljering av reformens finansielle virkemidler, kommer konkrete føringer fra statlig hold på hvordan kommunene skal løse ressursspørsmålet knyttet til etablering av mer behandlingsintensive tilbud i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Å overlate dette til lokale forhandlinger mellom enkeltforetak og enkeltkommuner vil overhodet ikke sikre den framdrift i opprustingen av primærhelsetjenesten som reformen forutsetter. Midt-Troms regionråd er også bekymret for den svake satsingen i statsbudsjettet på forebyggende helsearbeid i kommunal regi.

3.1. Kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten

Midt-Troms regionråd er ikke tilhengere av en brei innføring av kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten fra 2012, uavhengig av modell. Vi mener at ordningen må utredes nærmere ved at begge de foreslåtte modellene prøves ut i flere ulike regioner, før en eventuell fullskala implementering. I tillegg bør det prøves ut en modell med en større medfinansieringsprosent, for å se hvordan dette slår ut ift kommunenes evne til å opprette nye, egne tiltak som erstatning for spesialisthelsetjenester. En medfinansieringsmodell på 20% representerer en overkommelig risiko for kommunene, men vil i liten grad kunne stimulere til etablering av nye, kommunale eller interkommunale tjenestetilbud, ettersom dette forutsetter at kommunene skal kunne etablere og drive tjenester til en femtedel av prisen som samme type tjeneste har i spesialisthelsetjenesten. Løsninger som innebærer at helseforetakene kommer inn og delfinansierer slike tjenestetilbud på kommunalt/interkommunalt nivå, er det foreløpig svært utydelige føringer på, både politisk og faglig. Gjennom en avgrenset pilotering/utprøvningsfase vil man kunne identifisere svakheter ved de ulike modellene og vurdere om de oppnådde effektene er i samsvar med innsatsen.

Midt-Troms regionråd er ikke betrygget på at sammenhengen mellom kommunale tjenester og sykehustjenester er tilstrekkelig dokumentert, blant annet veit vi ikke nok om hvilke faktorer i det kommunale tjenestetilbudet som påvirker de ulike delene av sykehusforbruket. Det at kommunene faktisk må ruste seg kompetansemessig og organisatorisk, til å arbeide forebyggende for å unngå unødvendige sykehusinnleggelses, er også et argument som taler imot en fullskala innføring allerede fra 2012.

Dersom våre innsigelser ikke skulle bli hørt, og medfinansieringsordningen innføres uten utprøving og kvalitetssikring, har vi noen synspunkter på valget mellom de to foreslåtte modeller for kommunal medfinansiering.

Modellen med pasienter 80+ anses å være minst risikofylt, både med tanke på omfang/pris og det faktum at små kommuner historisk sett har et lavere forbruk av sykehustjenester til de eldste eldre, enn det som større kommuner har. Den aktuelle målgruppen er også en kategori av pasienter som kommunene lenge har ønsket å kunne gi et bedre og mer behandlingsintensivt lokalt tilbud til. Dette fordi syke eldre kan oppleve transport til og fra sykehus som en ekstra belastning, samtidig som de ofte vil ha sammensatte medisinske problemstillinger som ikke alltid passer inn i de store sykehusenes avdelings- og klinikkorganisering. Forekomsten av demenssykdom og forvirringstilstander hos denne pasientgruppen, er også et argument for et bedre og mer tilrettelagt lokalt helsetilbud. Likevel vil dette være en mer kontroversiell modell fordi den retter seg mot en spesiell aldersgruppe og vi aner utfordringer med den politiske argumentasjonen knytta til denne modellen, både lokalt og sentralt.

Den andre modellen - med alle medisinske behandlinger og innleggelses for alle aldersgrupper - er mer nøytral og salgbar fordi den ikke øremerker eller legger fokus på en bestemt gruppe pasienter. Samtidig er denne modellen vanskeligere for kommunene ettersom man her skal forsøke å forebygge sykehusinnleggelses i et såpass bredt spekter, fra vugge til grav. Dermed blir denne modellen mindre forutsigbar resultat- og effektmessig og vanskeligere å innrette seg konkret etter. Sammenstilt med at den er større i omfang/pris, blir den mer risikofylt for kommunene.

Uavhengig av modell, bør der innføres en maksimalpris eller et tak per pasient, som sikrer kommunen refusjon av utgifter over et visst nivå, lik ordningen med særlig ressurskrevende pasienter i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Oppsummert: Midt-Troms regionråd ønsker ikke innføring av kommunal medfinansiering i fullskala fra 2012, men en prøvepiloting av de foreslåtte modeller, samt også utprøving av en modell med høyere medfinansieringsprosent. I valget mellom de to foreslåtte modeller, anses modellen med kommunal medfinansiering av alle pasienter over 80 år, å være den mest hensiktsmessige, enkleste og minst risikofylte modellen for kommunene, samtidig som det vil trenge gjennomtenkte prosesser for å få allmenn aksept for en aldersbasert modell. Maksimalpris per pasient bør innføres, uavhengig av modell.

4.2. Kommunalt ansvar for utskrivningsklare pasienter

Midt-Troms regionråd ser hensikten med å innføre kommunalt økonomisk ansvar for utskrivningsklare pasienter. Dette forutsetter imidlertid følgende:

- Ordningen må fullfinanseres gjennom å overføre midler fra helseforetak til kommuner. Midlene må overføres til kommunene etter vanlige objektive kriterier, dvs etter nøklene i kommunenes inntektssystem. En overføring av midler basert på historiske/faktiske tall vil oppleves som **svært uforutsigbart** og ikke minst **urettferdig**, da kommuner med mange utskrivningsklare pasienter i sykehus vil få de største overføringene mens kommuner som har igangsatt tiltak for å kunne ta pasientene sine tidligere hjem, vil få mindre enn ved objektive kriterier. Dette vil i praksis kunne oppleves som en straff til ”flinke” kommuner. Overføring av midler basert på historiske tall vil heller ikke stimulere kommuner med mange utskrivningsklare pasienter til å ta disse hjem, ettersom denne ordningen vil fullfinansiere den praksis som disse kommunene har ført.
- Dersom de finansielle insentivene knyttet til utskrivningsklare pasienter skal ha den ønskede effekt, må prisen per utskrivningsklare liggedøgn settes til 5000 kr. En pris på 3000 kr, som nevnes i høringsnotatet, vil nærme seg prisen på en forsterket sykehjemsseng og dermed vil alternativet med å betale for fortsatt sykehusopphold for ressurskrevende utskrivningsklare pasienter bli mer aktuelt for kommunene.
- Prisen per utskrivningsklare liggedøgn må bestemmes sentralt og ikke overlates til forhandlinger mellom kommuner og regionalt/lokalt helseforetak. Likeverdigheten mellom partene er ennå ikke på et slikt nivå at dette vil bli reelle forhandlinger.
- Definisjonsmakten ift når tid en pasient er utskrivningsklar ligger i dag hos helseforetaket og undersøkelser har vist at det er store variasjoner mellom avdelinger og mellom sykehus, i den praksis som føres. Dette må kvalitetssikres gjennom tydelig forskriftsfesting av hvilke kriterier som skal ligge til grunn når en pasient vurderes som utskrivningsklar og hvordan samhandlingsprosessen mellom kommune og sykehus før, under og etter utskrivning skal foregå. Forskriften må utformes på en måte som fordeler definisjonsmakta mellom nivåene, slik at utskrivningsklare pasienter blir oppfattet og akseptert som reelt utskrivningsklare, også fra primærhelsetjenestens side.
- Utviklingen har gått og går fortsatt i retning av stadig raskere utskrivning fra sykehus. Det er innlysende at pasienter som kommer tilbake til kommunen etter sykehusopphold, i stadig større grad vil være behandlings- og pleietrengende. En ytterligere utvikling på dette feltet krever derfor endringer i kommunene i form av kompetanseoppbygging, organisatoriske endringer, fysiske tiltak som sengeplasser og medisinsk utstyr, samt ressurser til økt bemanning og drift av mer behandlingsintensive tjenester. Denne oppbyggingen vil kreve tid og ressurser. Midt-Troms regionråd er usikker på om forsikringen i lovforarbeidene om at spesialisthelsetjenesten ikke skal bygge ned sine tilbud før kommunehelsetjenesten har bygd opp tilsvarende/møtende tilbud, vil bli viet oppmerksomhet etter at loven er satt i kraft. Vi ser heller for oss et skremmende scenario der helseforetakene - når lovhjemmelen foreligger - vil kreve betaling for det de definerer som utskrivningsklare pasienter fra dag 1, uavhengig av hvilke tilbud og hvilken kompetanse som er bygd opp i den aktuelle mottakerkommune.

Oppsummert: Midt-Troms regionråd ser hensikten med å innføre kommunalt ansvar for utskrivningsklare pasienter. Dette forutsetter at forskriftsfestningen av prosessen fordeler definisjonsmakta for hvilke pasienter som er utskrivningsklare til hvilken tid, mellom sykehus og kommunehelsetjenesten. Det forutsettes også at midlene som i denne sammenheng skal overføres fra helseforetak til kommuner, overføres etter den vanlige fordelingsnøkkelen i det kommunale inntektssystemet og ikke etter historiske/faktiske tall. Prisen per utskrivningsklare liggedøgn bør være nasjonalt fastsatt og stor nok til at det blir et reelt insentiv for kommunene til å ta pasienten hjem til alternative tilbud, dvs heller 5000 kr enn 3000 kr. Ordningen må ta høyde for at det vil kreve tid og ressurser å bygge opp mer behandlingsintensive tilbud i kommunene, og at utviklingsfarten mellom kommunene vil variere.

4. Pasient-, bruker- og pårørendeopplæring

Midt-Troms regionråd er tilhengere av en sterkere satsing på bruker- og pårørendeopplæring i kommunal regi. Kommunene ser sjølsagt gevinsten ved å satse på slik opplæring for de med særlige hjelpebehov, da dette kan føre til større grad av egenmestring og livskvalitet samtidig som det kan virke forebyggende og forhindre en forverring i den situasjonen som forårsaker hjelpebehovet. Som eksempler på slik bruker- og pårørendeopplæring nevner høringsnotatet oppbygging av Lærings- og mestringssenheter og ambulerende team.

Selv om dagens sosialtjenestelov § 4-2 bokstav a) jfr § 4-3 beskriver retten til praktisk bistand og opplæring for de med særlige hjelpebehov, mener Midt-Troms regionråd at det nye forslaget innebærer en ny plikt for kommunene. Både fordi de nevnte tjenester – lærings- og mestringssenheter og ambulerende team – må tolkes å gå utover dagens avgrensning (som er opplæring i dagliglivets praktiske gjøremål) og langt inn i helsetjenestens informasjons- og opplæringsarbeid, ift mestring av egen sykdom, medisinerings og egenbehandling. Det har etter vår erfaring ikke vært vanlig praksis å drive systematisk og grupperetta virksomhet, slik som organiserte lærings- og mestringstjenester og arbeid gjennom ambulerende team, med hjemmel i sosialtjenestelovens kapittel 4.

Uavhengig av hjemmel, vil lærings- og mestringssenheter og ambulerende team innebære to nye måter å yte tjenester på, for de aller fleste kommuner. Dette vil igjen utløse behov for kompetanse og ressurser, som kommunene i dag ikke har. Midt-Troms regionråd ser her behovet for en nasjonalt organisert satsing på oppbygging av kommunale eller interkommunale Lærings- og mestringssenheter, med etableringsstøtte både på økonomisk, organisatorisk og pedagogisk nivå. Her vil det være svært viktig at kommunene får nytte godt av de erfaringer som spesialisthelsetjenesten har gjort gjennom sitt ansvar for bruker- og pårørendeopplæring, blant annet gjennom Nasjonalt Kompetansesenter for Lærings- og mestringssenter (LMS). Det vil også være viktig at spesialisthelsetjenesten ikke bygger ned sine LMS-tilbud, men at kommunale eller interkommunale lærings- og mestringssenheter kan supplere og utfylle tilbudet i spesialisthelsetjenesten, der hvor det er hensiktsmessig og forsvarlig.

Oppsummert: Midt-Troms regionråd mener at lovforslagets § 3-6 innebærer en ny plikt for kommunene knyttet til systematisk og gruppebasert pasient-, bruker- og pårørende opplæring. Regionrådet støtter en slik satsing, forutsatt at den følges opp økonomisk og kompetansemessig fra sentralt hold.

5. Individuell plan, koordinerende enhet og pasientkoordinator

Midt-Troms regionråd stiller seg positive til at regler knyttet til individuell plan, koordinerende enhet og pasientkoordinator blir presisert og festet i lov i stedet for i forskrift. Departementet har på dette området bedt om tilbakemelding på en rekke konkrete punkter som følger herunder:

- Bør hovedansvaret for IP ligge hos kommunene i de tilfeller hvor en person har behov for tjenester både fra kommune og spesialisthelsetjenesten? Midt-Troms regionråd mener at det er viktig at ansvaret for IP plasseres på ett nivå, for å unngå at ansvars plasseringen blir uklar. Kommunens nærhet til bruker/pasient og bredden i kommunens tjenestetilbud tilsier at kommunen i de aller fleste tilfeller vil være best egnet til å igangsette og koordinere arbeidet med IP. Spesialisthelsetjenestens medvirkningsansvar og varslingsplikt vil være avgjørende. Det samme gjelder lovfestingen av medvirkningsplikten for helsepersonell og personell som yter tjenester etter den nye helse-og omsorgsloven.
- Vil det være pasienter som bare har behov for tjenester fra spesialisthelsetjenesten og som spesialisthelsetjenesten dermed har IP-ansvar for? Midt-Troms regionråd anser at dette kan være aktuelt i enkelte tilfeller hvor pasienter har liten eller ingen befatning med kommunale tjenester, eksempelvis at vedkommende bare har fastlege i kommunen men for øvrig mottar alle sine tjenester fra spesialisthelsetjenesten. Sagt med andre ord: det vil være både uhensiktsmessig og vanskelig for kommunen å initiere og følge opp en IP for en pasient som de ikke kjenner. Grensegangene må uansett være tydelige nok, slik at vi ikke faller tilbake på dagens mulighet for ansvarsfraskrivelse fra begge nivå.
- Er begrepet *langvarig* en nødvendig presisering i kriteriet *behov for langvarige og koordinerte tjenester*, som er vilkåret knyttet til individuell plan og koordinator? Midt-Troms regionråd mener at begrepet langvarig ikke er avgjørende – det er behovet for koordinering av ulike tjenester som utløser behovet for IP og koordinator, uavhengig av varigheten på tilstanden, sykdommen eller funksjonshemmingen.

Midt-Troms regionråd vil presisere at vi også under dette punktet er uenige i departementets vurderinger av administrative og økonomiske konsekvenser. Endringene som foreslås innebærer en sterkere rettighetsfesting av IP og en utvidelse av koordinatorfunksjonen. Ansvars plasseringen på kommunen vil innebære at mye av det arbeidet som spesialisthelsetjenesten tidligere har gjort på IP-området, nå vil tilfalle kommunen. Samlet vil dette resultere i et større behov for tid og ressurser avsatt til kommunalt arbeid med IP og koordinators oppfølging av den enkelte bruker /pårørende og samordning av det aktuelle tjenestetilbud. Midt-Troms regionråd ser med bekymring på framdriften her, dersom departementet ikke ser at dette arbeidet vil kreve ekstra ressurser.

Oppsummert: Midt-Troms regionråd stiller seg bak de endringsforslag som departementet kommer med knyttet til individuell plan, koordinerende enhet og pasientkoordinator. Regionrådet vil imidlertid påpeke at den foreslåtte ansvars plasseringen på kommunalt nivå vil kreve ekstra ressurser og økt kompetanse.

6. Opprettelse av kommunale akuttsenger

Departementet ber om tilbakemelding på om døgnopphold for helse- og omsorgstjenester ved øyeblikkelig hjelp, skal lovfestes.

Midt-Troms regionråd er av den oppfatning at samhandlingsreformen vil kreve opprettelse av flere typer kommunale eller interkommunale sengeplasser. Herunder akuttsenger, senger til rehabilitering og etterbehandling og senger til palliativ behandling. I tillegg kommer sengeplasser til poliklinisk behandling på dagtid, eks. cytostatikabehandling. Ved å lovfeste en bestemt type senger i form av kommunale øyeblikkelig hjelp-senger, fratrar man kommunene muligheten til å prioritere hvilken type sengepost som er viktigst å starte opp med, i et lokalt perspektiv. I et tenkt scenario hvor kommunalt finansieringsansvar for utskrivningsklare pasienter trer i kraft ved årsskiftet, vil mange kommuner muligens ønske å prioritere senger til etterbehandling og rehabilitering, eksempelvis.

Et annet argument imot en lovfesting av akuttsenger, er departementets ulne og uklare framstilling av økonomiske og administrative konsekvenser av forslaget. Her sies det blant annet at et slikt tilbud skal finansieres delvis gjennom kommunal medfinansiering, delvis gjennom kommunens frie inntekter og delvis gjennom avtalebaserte bidrag fra spesialisthelsetjenesten. Hvis man tar høyde for at den kommunale medfinansieringen utgjør cirka en femtedel av kostnadene og merker seg departementets presisering av at beslutningsmyndighet for investeringer finansiert av helseforetakene fortsatt skal ligge hos helseforetaket, blir det hele et svært så usikkert finansieringsbilde for kommunene. Det er vanskelig å anbefale lovfesting av et tilbud i kommunal regi, som i stor grad avhenger av finansiering fra stat og helseforetak.

Oppsummert: Midt-Troms regionråd ønsker ikke lovfesting av døgnopphold for helse- og omsorgstjenester ved øyeblikkelig hjelp.

7. Kompetanse, rekruttering og stabilitet

Midt-Troms regionråd registrerer at høringsnotatet inneholder en riktig analyse av situasjonen; vi veit hvilken økning vi trenger i helse- og omsorgspersonell, vi veit at fagområder som psykiatri, geriatri og samfunnsmedisin må styrkes, vi veit at ressurser, forskning og kompetanse i for stor grad er rettet mot spesialisthelsetjenesten og vi veit at samhandlingen mellom kommuner og utdanningsinstitusjoner er for dårlig. Men tiltakene for å få folk til å velge riktig utdanning, riktig fagområde og riktig nivå som arbeidsplass, er mer diffuse.

Regjeringen har hastverk med gjennomføringen av reformen, men på utdannings- og kompetansesiden er farten og progresjonen betydelig lavere. Departementet viser blant annet her til at man avventer den kommende stortingsmelding om velferdsutdanningene, som er under utarbeidelse. Det er vårt inntrykk at både kunnskapsminister, forsknings- og høyere utdanningsminister og arbeidsminister har vært svært lite synlig og deltagende i reformarbeidet. Dette svekker troverdigheten til regjeringen ift gjennomføringsevne. Reformen er **totalt** avhengig av at kompetanse og personell, forskning og status kanaliseres til kommunene.

Med dette som bakgrunn mener Midt-Troms regionråd at helse-og omsorgsdepartementet har vært altfor lite kontroversiell i sine forslag til tiltak på kompetansesiden. Dersom man mener alvor med oppbyggingen av kommunehelsetjenesten, må departementet her kunne samarbeide med kommunal-og regionaldepartementet, arbeidsdepartementet og kunnskapsdepartementet for å utforme handlekraftige og konkrete tiltak som har umiddelbar effekt og som berører ikke bare kommuner, men helseforetak, utdannings-og forskningsinstitusjoner og aktuelle kompetansemiljøer.

Punkt nummer en vil måtte være å stoppe den ukontrollerte veksten i personell og ressurser i spesialisthelsetjenesten, hvilket ingen synes å tørre. Punkt nummer to vil måtte være å snu pengestrømmen og flomlyset over på primærhelsetjenesten. Og ikke via et såkalt kvalitetssikrende ledd, men direkte ut. Et godt eksempel her er desentraliserte utdanningstilbud – her må pengestrømmen gå direkte til de desentraliserte utdanningsaktørene eller til kommunene, og ikke via sentrale utdanningsinstitusjoner som skal oppfylle krav om en utadretta virksomhet, hvor halvparten av ressursene forsvinner på veien. Resurser som er ment å styrke kompetanseoppbygging, forsknings – og utviklingsarbeid i kommunene på mer spesialiserte områder, må gå direkte til kommunene og ikke via helseforetakene.

Kommunene kan ikke bare velge å bli en attraktiv arbeidsplass, en utviklende læringsarena og en kvalifisert forskningspartner – de må rustes og istandsettes til dette. Helseforetak, utdannings-og forskningsinstitusjoner må ikke bare oppfordres men pålegges å delta aktivt i denne opprustingen. Tiltakene må være konkrete og umiddelbare. I utdanningene må en del valgfrihet fjernes; dersom vi trenger flere allmennleger og psykologer og geriater, må det være slik at utdannings-og arbeidsmuligheter for de leger og legespesialiteter vi ikke trenger like sterkt, må fjernes eller begrenses sterkt i en periode. Det kan heller ikke være slik at utdanningsinstitusjonene, i samarbeid med sin alliansepartner spesialisthelsetjenesten, skal styre hastigheten på de nødvendige omlegginger av medisin-og helseutdanningene. For her må det legges om, slik at helsepersonellet som utdannes i årene framover, bokstavelig talt kanaliseres direkte inn i primærhelsetjenesten etter endt utdanning. En primærhelsetjeneste som kan måle seg med spesialisthelsetjenesten, både når det gjelder lønns-og arbeidsvilkår, forskning og kompetanseutvikling og dermed etter hvert også status.

Midt-Troms regionråd vil også påpeke at distriktsutfordringen ikke er synes å være tatt på alvor i høringsnotatet. Regjeringen må tørre å innføre reelle virkemiddelordninger for helsepersonell i distriktene, de må positivt diskrimineres med tiltak, både når de søker på utdanning, mens de er under utdanning og når de kommer i aktiv jobb. Det er ikke bare at konkurransesituasjonen er skjev, det er faktisk også ekstra utfordringer forbundet med det å utøve helse-og omsorgstjenester i distriktene, med lang avstand til sykehus, utfordrende geografi og kommunikasjonsmuligheter.

For mange små og mellomstore kommuner vil det være en nødvendighet å samarbeide regionalt om kompetanseoppbygging og rekruttering. I vår region har dette gitt seg utslag i etableringen av LØKTA, som er en interkommunal enhet for kompetanse-og kvalitetsutvikling i helse-og sosialtjenestene. Selv om etableringen har vært meget vellykket og konkret har ført til større fokus, aktivitet og framdrift på området, så er det slik at vi savner en sentral stimulering til denne formen for samarbeid. Etter vår mening vil regionalt samarbeid på kompetanse-og rekrutteringsfeltet være avgjørende for kommunenes muligheter til å fylle den nye kommunerollen som Samhandlingsreformen beskriver.

Oppsummert: Midt-Troms regionråd mener regjeringens forslag til tiltak på kompetanse og personellsiden mangler kraft og fart. Opprustingen av primærhelsetjenesten må bli et felles prosjekt for kommuner, helseforetak, forsknings- og utdanningsinstitusjoner, og må inneholde svært konkrete og målretta tiltak som gjerne kan være mye mer kontroversielle enn den forsiktige dialogen som i dag føres mellom partene. Det må innføres virkemiddelordninger for helsepersonell i distriktene.

8. Legetjenesten

8.1 Kommunelegefunksjonen

Midt-Troms regionråd registrerer at de krav som stilles til kommunen knyttet til det å tilsette en kommunelege med ansvar for nærmere bestemte oppgaver, opprettholdes med kun små justeringer. Vår erfaring de senere år er at kommunene har store problemer med å rekruttere samfunnsmedisinsk kompetanse og/eller leger som ønsker å ta på seg samfunnsmedisinske oppgaver. Vårt inntrykk er at dette er en utvikling som man ikke ser noen umiddelbar løsning på, verken fra kommunenes side eller fra de respektive fagmiljøenes side. Samtidig ser vi at samfunnsmedisinsk kompetanse blir aktualisert og etterspurt gjennom innføringen av samhandlingsreformen, både i forbindelse med behovet for å skaffe seg oversikt over helsetilstanden i kommunen, analysere situasjonen og planlegge tiltak, men også i forbindelse med en sterkere styring av fastleger og en større grad av samhandling og forhandlinger med helseforetak.

Midt-Troms regionråd ser det som svært ønskelig å kunne tilsette leger, gjerne med samfunnsmedisinsk kompetanse, til å løse både de tradisjonelle samfunnsmedisinske oppgavene og i til å lede styringsdialogen med både fastleger, øvrig helsepersonell og helseforetak. Men når rekrutteringssituasjonen er slik den er – og har vært gjennom de siste 15 år – mener vi det blir feil å videreføre gjeldende rett på området, når praksisen går i en annen retning. Det finnes annet personell enn en fast ansatt kommunelege som kan være viktige premissleverandører for kommunal planlegging, som kan utvikle gode styringsdata om sykdomsforekomst og udekkede helsebehov i befolkningen, som kan bringe kunnskap om helseforhold inn i budsjettarbeidet, som kan drive et proaktivt smittevernarbeid, som kan måle, teste og gi råd innenfor miljørettet helsevernarbeid osv. osv. Midt-Troms regionråd mener det er på tide å løse kommunelegen fra flere av de tradisjonelle samfunnsmedisinske oppgavene, for på den måten å øke kommunenes muligheter for å få disse oppgavene gjennomført. Vi ønsker en åpning for at eksempelvis fastleger, helsesøstre, veterinærer, fysioterapeuter og andre med kompetanse innen helse, folkehelse og samfunnsmedisin, i et samarbeid skal kunne løse oppgaver som i dag ligger til kommunelegen. Vi ønsker også at andre faggrupper enn leger skal stimuleres til å ta videre- og etterutdanning innenfor de samfunnsmedisinske feltene. Mulighetene for å inngå avtale med private eller samarbeide med andre kommuner, helseforetak el. må også være tilstede. De samfunnsmedisinske oppgavene bør derfor, som de øvrige oppgavene inne helse og omsorgstjenesten, hjemles iden nye loven på en måte som beskriver hvilke funksjoner og oppgaver som skal utføres og dekkes, uten et medfølgende krav om organisering og profesjon.

Av samme grunn er Midt-Troms regionråd tilfreds med at departementet foreslår å fjerne kravet om at kommunelegens tilråding og begrunnelse alltid skal følge saker knyttet til

miljørettet helsevern, sittevern og beredskap. Forvaltningslovens krav om at saken skal være så godt opplyst som mulig er tilstrekkelig og det kan i enkelte tilfeller tilsi at det er annet helsepersonell enn kommunelegen som er naturlig tilrådningspartner i saken.

Oppsummert: Midt-Troms regionråd ønsker ikke å videreføre gjeldende rett knyttet til krav om ansettelse av kommunelege med ansvar for særlige funksjoner. De samfunnsmedisinske oppgaver og funksjoner bør i loven beskrives på samme måte som øvrige oppgaver innen den kommunale helse-og omsorgstjeneste, uten medfølgende krav til organisering og profesjon.

8.2 Endringer i fastlegeordningen

Midt-Troms regionråd imøteser høring på forslag til ny fastlegeforskrift. Regionrådet er svært enig i departementets vurderinger av behovet for endringer, herunder

- Å samle de mest sentrale rettigheter og plikter på forskriftsnivå, og ikke i avtaleverk
- Å tydeliggjøre hva som ligger i listeansvaret
- Å sikre kommunal styring av fastlegene i tråd med helsepolitiske krav og prioriteringer
- Å utvikle nasjonale kvalitets-og funksjonskrav til fastlegevirksomhet
- Å utvide og endre begrepet *andre allmennmedisinske offentlige oppgaver* til *andre allmennlegeoppgaver i kommunen*

Den kommunale påleggshjemmelen for allmennmedisinsk offentlig legearbeid er i dag 7,5 timer og departementet foreslår i høringsnotatet at denne ikke skal økes, med begrunnelse i at prioriterte oppgaver i sterkere grad forventes ivaretatt innenfor listeansvaret. Midt-Troms regionråd er ikke betrygget av at så vil skje og mener at en økning i påleggshjemmelen vil kunne gi kommunene et større handlingsrom når behovet for andre allmennlegetjenester utenfor listeansvaret øker, i tråd med utviklingen av den nye kommunerollen.

Når det gjelder endringer i finansieringsmodell og takstsystem for fastleger, mener regionrådet det er legitimt å gjennomgå dette med henblikk på å stimulere prioriterte oppgaver, slik som eksempelvis forebygging. Leger responderer godt på finansielle styringsvirkemidler. En utredning av en eventuell overgang til 50% stykkpris og 50% per capita kan således være hensiktsmessig. Det anses videre som svært velkomment at departementet i samme omgang vil vurdere kommunens muligheter for belønning og sanksjonering av fastleger. Kommunale sanksjonsmuligheter overfor fastleger som ikke overholder kvalitets-og funksjonskrav, er i dag svært begrenset. Dette er nødvendig å få på plass, dersom det er realisme bak intensjonen om en sterkere kommunal styring av fastlegenes virksomhet.

Oppsummert: Midt-Troms regionråd imøteser høring på ny fastlegeforskrift. Regionrådet er ikke enig i departementets vurderinger rundt den kommunale påleggshjemmelen for allmennmedisinsk offentlig legearbeid og ønsker at denne økes i takt med kommunens nye oppgaver knyttet til samhandlingsreformen. Midt-Troms regionråd etterlyser en større bredde i kommunens sanksjonsmuligheter overfor fastleger som ikke overholder kvalitets-og funksjonskrav eller lokale avtaler.

9. Klage - og tilsynsmyndighet

Midt-Troms regionråd ser klare fordeler med Fylkesmannen som klage-og tilsynsinstitusjon, ikke minst i forhold til at innbyggere og tjenestemottakere i kommunen får en felles klageinstans å forholde seg til, enten det gjelder kommunal opplæring, barnevern, helse, sosial, miljø eller annet. Det at Fylkesmannen derfor også er en tilsynsinstitusjon som bør evne og se helheten i det kommunale tjenestetilbudet, fra økonomi til utøvelse av helsetjenester, er også en fordel som taler for en slik ordning. Regionrådet mener imidlertid at i valget mellom Fylkesmannen og Helsetilsynet i fylket, bør hensynet til den forventede økte samhandlingen mellom primærhelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste vektlegges meget sterkt. Grensegangene mellom nivåene i helseforvaltningen er i dag gjenstand for konflikt, og det er av vesentlig betydning at situasjonen ikke forverres ved at aktørene har ulik klage-og tilsynsmyndighet. Det er viktig at begreper som kvalitet og forsvarlig helsehjelp har samme betydning og befinner seg innenfor en felles ramme, enten de praktiseres i kommunen eller på sykehus.

Midt-Troms regionråd ser for øvrig ingen betenkeligheter med å overføre tilsynet med de kommunale helsetjenestene til Fylkesmannen, og deler ikke departementets bekymring for at en slik overføring vil svekke tilsynets faglige autoritet og påvirke rekrutteringen av kompetent personell. I et kommunalt perspektiv, er det de samme folkene som bekler stillingene hos Fylkesmannen og Helsetilsynet.

Oppsummert: Midt-Troms regionråd ser klare fordeler med Fylkesmannen som klage og tilsynsinstitusjon, men dersom Helsetilsynet i fylket fortsatt skal føre tilsyn med spesialisthelsetjenesten, ønsker regionrådet Helsetilsynet i fylket som felles regional klage-og tilsynsinstitusjon for de kommunale helse-og omsorgstjenestene, med Statens helsetilsyn som overordnet faglig instruksjonsmyndighet. Dette av hensyn til samordning og samhandling mellom forvaltningsnivåene i helsetjenesten.

10. Avtaler mellom helseforetak og kommuner

Midt-Troms regionråd har problemer med å se hvordan en lovfesting av krav til avtaler mellom kommuner og helseforetak skal kunne utjamne status-og likevektsforskjellene mellom nivåene, til tross for oppramsing av minstekrav til innhold i avtalene. Vi savner reelle tiltak som kan føre til at spesialisthelsetjenesten ser – eller blir tvunget til å se -hensiktsmessigheten i å investere tid, samarbeidsvilje, forskning, kompetanse og ressurser i oppbyggingen/opprusting av primærhelsetjenesten. Et eksempel i så måte var prinsippet bak den foreslåtte samhandlingsmilliarder som Wisløffutvalget i sin tid foreslo. Dersom alle nye investerings-og stimuleringsmidler knyttet til samhandlingsreformen, kunne kanaliseres via primærhelsetjenesten, ville kommunene straks bli en mer reell og interessant samhandlings-og avtalepartner for helseforetakene. I dag er situasjonen motsatt, hvor majoriteten av kompetanse-, forsknings-og utviklingsmidler kanaliseres via de sentrale utdanningsinstitusjonene og helseforetakene. Dette gjelder også midler hvor målgruppa befinner seg i primærhelsetjenesten.

For øvrig vil regionrådet slutte seg til bekymringen fra KS og andre kommuner omkring uklarhetene rundt den rettslige bindingen til avtaler mellom kommuner og helseforetak. Seriositeten og innsatsviljen til avtalepartene vil forbli på et dertil hørende nivå, dersom disse

avtalene ikke blir stadfestet som rettslig bindende med et formalisert og nasjonalt basert system for løsning av konflikt og mislighold.

Oppsummert: Midt-Troms regionråd mener at tiltroen til et uhilda og likeverdig avtalebasert samarbeid mellom kommuner og helseforetak er for sterkt. Statusforskjellene mellom avtalepartene er svært stor, og uten at dette kompenseres med styrkende tiltak eller en forfordeling av primærhelsetjenesten på kompetanse- og økonomisiden, vil avtalene ikke få den ønskede effekt.

11. Samarbeid mellom kommuner

Den nye loven legger ikke opp til noen endringer ift hvilke samarbeidsløsninger som er tillatt mellom kommuner. Fra departementets side fokuseres det sterkt på samkommuneløsninger og vertskommunemodellen.

Midt-Troms regionråd vil gjerne få melde at regjeringens satsing knytta til samhandlingsreformen mangler stimuli og insentiver for samarbeid mellom kommuner, til tross for at regionalt eller interkommunalt samarbeid i de aller fleste regioner vil være en forutsetning for realiseringa av reformens nye kommunerolle. Regionrådet anbefaler at dette hensynet ivaretaes i den videre utforminga av reformens finansielle virkemidler, slik at eksempelvis investeringsmidler knytta til tjenester som fordrer et stort befolkningsgrunnlag, prioriteres til kommuner som kan dokumentere et formalisert og forpliktende kommunesamarbeid, og øremerkes til dette formål. Å etablere interkommunalt samarbeid kan noen ganger være utfordrende, og når det gjelder helsetjenester som åpenbart forutsetter et større regionalt samarbeid, er det innlysende at dersom samarbeidende kommuner blir premiært, vil dette virke stimulerende på utviklingen.

Oppsummert: Samarbeid mellom kommuner er en forutsetning for realiseringa av samhandlingsreformen og må stimuleres økonomisk.

12. Mangler ved lovforslaget: vilkårsetting og forholdet til arbeidsmiljøloven

Midt-Troms regionråd kan ikke finne noe i høringsnotatet omkring den nye helse-og omsorgslovens forhold til arbeidsmiljøloven og adgangen til å fastsette vilkår som pålegger tjenestemottakeren plikter. Som eksempel kan nevnes vilkår som krav om å anskaffe eller tillate installasjon av teknisk utstyr eller hjelpemidler i eget hjem, eller krav om å ta ansvar for deler av egen pleie eller gjennomføre trenings- eller opplæringsprogram. Dette anser vi som en vesentlig mangel ved lovforslaget.

Adgangen til vilkårssetting blei blant annet drøftet av Bernt-utvalget i NOU 2004:18. Med bakgrunn i en uoversiktlig rettstilstand på området, blei det her lagt fram et forslag til en bestemmelse som på generelt grunnlag sammenfattat grunnlaget for og begrensningene i adgangen til å stille vilkår ved tildeling av helse-og sosialtjenester. Den gang uttalte Midt-Troms kommunene seg som en sterk tilhenger av å få klarere føringer på dette området.

Problematikken er fortsatt aktuell. Midt-Troms regionråd ser også faren for en økning i konfliktnivået mellom arbeidsmiljøloven og hensynet til de ansatte på den ene siden, og brukernes krav til nye og utradisjonelle måter å motta helse-og omsorgstjenester på, på den andre siden. Dette i forbindelse med innføringen av et kommunalt sørge-for-ansvar, som sannsynligvis vil bidra til en større bredde og fleksibilitet i organiseringen av den kommunale helse-og omsorgstjenesten, men som dermed også kan skape potensielle utfordringer knytta til det ansvar kommunen har som tilretteleggende arbeidsgiver for helse-og omsorgspersonell.

Oppsummert: Midt-Troms regionråd etterlyser bestemmelser som regulerer den nye lovens forhold til arbeidsmiljøloven og en regulering av mulighetene for å stille vilkår ved tildeling av kommunale helse-og omsorgstjenester.

Vedlegg 3.

Forslag til ny Folkehelselov –

høringsuttalelse fra Midt-Troms regionråd

(dokumentet gjengir hele teksten i regionrådets høringsuttalelse,
dette er imidlertid ikke det originale oversendelsesbrevet med riktig brevmal)

Dato: 11.01.2011
Deres ref:
Vår ref: 2011-01-Høring
Folkehelseloven

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep

0030 OSLO

Forslag til ny Folkehelselov – høringsuttalelse fra Midt-Troms regionråd

Kommunene Bardu, Berg, Dyrøy, Lenvik, Målselv, Sørreisa, Torsken og Tranøy har et etablert og godt samarbeid gjennom Midt-Troms regionråd. Behandlingen av forslaget til ny Folkehelselov har vært gjenstand for drøftinger i hver enkelt kommune og samla i regionen, gjennom regionrådets eget prosjekt *Midt-Troms i møte med samhandlingsreformen*. Prosjektet er en 2-årig satsing gjennom regionens egen kvalitetsutviklingsenhet for helse- og sosialtjenesten; LØKTA. Vi har valgt å kommentere de paragrafer/kapitler hvor vi vil understreke viktige bestemmelser i loven eller hvor vi er uenige.

Kap. 1 Innledende bestemmelser

§ 1 Formålet:

Forslaget til lov om folkehelsearbeid skal medvirke til en samfunnsutvikling som styrker folkehelsen og utjevner sosiale forskjeller i helse- og leveår.

Kommentarer:

Det er svært positivt at dette feltet får en egen lovgivning. Dette vil styrke fokuset på dette arbeidet og heve statusen. Midt-Troms regionråd mener også at dette vil gi forebygging en høyere prioritet.

§ 2 Virkeområde:

Loven gjelder for kommuner, fylkeskommuner og statlige helsemyndigheter. Lovens kap 3 (Miljørettet helsevern) gjelder også for private og offentlige virksomheter og eiendommer når forhold ved disse direkte eller indirekte kan ha innvirkning på helsen.

Kommentarer:

Midt-Troms regionråd ser dette som en enhetlig lov som plikter at både stat, fylkeskommuner og kommuner legger bedre til rette for en styrket og samordnet folkehelseinnsats. Dette er positivt, men loven gjelder for hele kommunen, hele fylkeskommunene og bør således også gjelde for statlige myndigheter generelt, ikke bare for statlige helsemyndigheter. Nasjonale styringssignaler innen folkehelse, bør gå ut til alle ledd i stat, fylkeskommune og kommune.

Kap. 2 Kommunens ansvar

§ 4 Kommunens ansvar for folkehelsearbeid:

Hovedansvaret for folkehelsearbeidet legges til kommunen, men ikke bare til helsetjenesten, men til kommunen som sådan.

Kommentarer:

Folkehelsearbeid er sektorovergripende på systemnivå. For å oppnå resultater, må man jobbe på tvers. Dette styrker fokuset på dette arbeidet og hever statusen. Midt-Troms regionråd påpeker at det blir viktig at nye kommunale oppgaver blir fulgt opp med økonomiske ressurser.

§ 5 Oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer:

Kommunen skal til enhver tid ha oversikt over helsetilstanden og de positive og negative faktorene om kan påvirke denne. Oversikten skal være skriftlig og identifisere helseutfordringene i kommunen, konsekvenser og årsaksforhold. Kommunen skal særlig være oppmerksom på trekk ved utviklingen som kan skape eller opprettholde sosiale og helsemessige problemer, herunder sosiale helseforskjeller.

Kommentarer:

Ansvarer innebærer å ha oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer slik at de blir konkretisert. Midt-Troms regionråd ser at dette grunnlaget er viktig å få på plass, for å få et tydelig bilde av hva som er de lokale helseutfordringene i den enkelte kommune.

§ 6 Mål og tiltak:

Kommunen skal fastsette mål for så å iverksette nødvendige tiltak, for å møte de lokale utfordringer. Disse skal gjelde all kommunal virksomhet, herunder lokal samfunnsutvikling, planlegging, forvaltning og tjenesteyting.

Mål- og strategier egnet for å møte de helseutfordringene som kommunen har, skal forankres i planprosessene etter plan- og bygningsloven.

Dette kan blant annet omfatte tiltak for økt fysisk aktivitet, god ernæring, skade- og ulykkesforebygging, begrense tobakks- og alkoholbruk, samt å fremme gode fysiske og sosiale miljø og samfunnsforhold.

Kommunen skal spre opplysning gjennom informasjon, råd og veiledning om hva den enkelte selv og befolkningen kan gjøre for å forebygge sykdom og skade og fremme helse.

Kommentarer:

Drøftingen av disse helseutfordringene i kommunen skal bl.a. danne grunnlaget for den lokale planstrategien. Hensikten med dette er å få folkehelsearbeidet bedre integrert i arbeidet med å utvikle lokalsamfunnet. Dette er viktig for den politiske forankringen og for å se at folkehelseansvaret ligger høyere enn sektornivået. Målet er mer realiserbart når det kan løftes opp på kommuneplannivå, og ikke bare på delplannivået. Midt-Troms regionråd mener også at disse utfordringene kan legge grunnlaget for bedre samordning mellom kommuner, fylkeskommuner og statlige myndigheter.

Kap. 3 Miljørettet helsevern

§ 8 Kommunens oppgave og delegering av myndighet:

”Kommunen skal føre tilsyn med de faktorer og forhold i miljøet som til enhver tid direkte eller indirekte kan ha innvirkning på helsen, jf. § 7. Kommunen skal utøve den virksomhet og treffe de avgjørelser som det er tillagt i lov eller i medhold av lov. Kommunens arbeid med miljørettet helsevern, herunder enkeltvedtak, skal være i samsvar med lovens formål, jf. § 1. Ansvar og oppgaver innen miljørettet helsevern som i denne lov er lagt til kommunen kan, med unntak av den myndighet som er nevnt i § 18 annet ledd, delegeres etter reglene i kommuneloven. Kommunens myndighet eller myndighet delegert etter første ledd kan utøves av kommunelegen dersom dette på grunn av tidsnød er nødvendig for at kommunens oppgaver etter dette kapittel skal kunne utføres. Når kommunen har lagt oppgavene innen miljørettet helsevern etter denne lov til et interkommunalt organ, kan myndighet etter denne bestemmelsen utøves av en eller flere leger ansatt i dette organet.”

Kommentarer:

Regelverket for miljørettet helsevern i kommunehelsetjenesteloven kap. 4A videreføres her under denne paragrafen. Dette innebærer at kommunene fortsatt skal ha ansvar for å føre tilsyn med miljørettet helsevern, herunder med barnehager og skoler, men at kommunens tilsyn må dokumenteres særskilt. Midt-Troms regionråd mener med dette at området Miljørettet helsevern har fått en mer tydelig plass i lovforslaget enn i dagens lov, og dermed blir det et mer eksplisitt krav til kommunene. Noe som bør føre til at alle kommuner tar en markert stilling til omfang og innhold i, og organisering av denne tjenesten.

§ 12 Opplysningsplikt

”Kommunen kan pålegge den som planlegger eller driver virksomhet som etter sin art kan ha innvirkning på helsen en plikt, til uten hinder av taushetsplikt, å gi kommunen de opplysninger som er nødvendige for at den kan utføre sine gjøremål etter dette kapittel.”

Kommentarer:

Bestemmelsen er en videreføring og oppdatering av kommunehelsetjenesteloven § 4a-6. Midt-Troms regionråd tror at opplysningsplikten er nødvendig som en forutsetning for at virksomheter utleverer opplysninger, uten at det gis pålegg om det.

Kommentarer til kap.:

Dokumentasjonskravet for tilsynsfunksjonen er en styrking av dagens krav til kommunenes internkontroll på helseområdet, og innebærer derfor egentlig ikke noe nytt. Det vil kunne bidra til å skape større bevissthet om tjenesten, og system i arbeidet. Alle kommuner bør ha et revidertbart kvalitetssystem også for MHV-arbeidet, enten det foregår bare internt i kommunen, eller i et felleskommunalt opplegg.

Kap. 4 Fylkeskommunens ansvar

§ 20 Fylkeskommunens oppgaver med å fremme folkehelse

”Fylkeskommunen skal fremme folkehelse innen de oppgaver som fylkeskommunen er tillagt. Dette skal skje gjennom regional utvikling og planlegging, forvaltning og tjenesteyting og tiltak som kan møte regionale helseutfordringer, jf. § 21.

Fylkeskommunen skal være pådriver for, og samordne folkehelsearbeidet i fylket, blant annet gjennom alliansebygging og partnerskap og ved å understøtte kommunenes folkehelsearbeid.”

§ 21 Oversikt over helsetilstanden og påvirkningsfaktorer i fylket

”Som grunnlag for folkehelsearbeidet i fylket, jf. § 20, skal fylkeskommunen ha den nødvendige oversikt over helsetilstanden i fylket og de positive og negative faktorer som kan virke inn på denne, herunder trekk ved utviklingen som kan skape eller opprettholde sosiale helseforskjeller.”

”Oversikten skal være skriftlig og identifisere helseutfordringene i fylket, konsekvenser og årsaksforhold. Fylkeskommunen skal særlig være oppmerksom på trekk ved utviklingen som kan skape eller opprettholde sosiale eller helsemessige problemer, herunder sosiale helseforskjeller. En drøfting av fylkets helseutfordringer skal inngå i regional planstrategi, jf. plan- og bygningsloven § 7-1.”

Kommentarer til dette kap.:

Fylkeskommunens oppgaver er i stor grad en videreføring av dagens bestemmelse. Tannhelse er en av de store oppgavene fylkeskommunen ivaretar. Midt-Troms regionråd ser det svært viktig at fylkeskommunen samarbeider med kommunene ad det forebyggende arbeidet innen tannhelse.

Kap. 5 Statlige helsemyndigheters ansvar

§ 22 Fylkesmannens ansvar

”Fylkesmannen skal bidra til å iverksette nasjonal politikk på folkehelseområdet på lokalt og regionalt nivå, og blant annet gjennom råd og veiledning understøtte kommuner og fylkeskommuner i deres folkehelsearbeid.”

§ 23 Helsedirektoratets ansvar

”Direktoratet skal videre samarbeide med Nasjonalt folkehelseinstitutt om å gjøre tilgjengelig opplysninger om helsetilstand og påvirkningsfaktorer etter § 24.”

§ 24 Nasjonalt folkehelseinstituts ansvar

”Nasjonalt folkehelseinstitutt skal følge med på utviklingen av folkehelsen, utarbeide oversikt over befolkningens helsetilstand og faktorer som påvirker denne, samt drive forskning på folkehelseområdet. Nasjonalt folkehelseinstitutt skal gjøre tilgjengelig opplysninger som grunnlag for kommunene og fylkeskommunenes oversikter etter §§ 5 og 21.”

Kommentarer til dette kap.:

Midt-Troms regionråd setter pris på at de statlige helsemyndigheter får i oppgave å gjøre tilgjengelig opplysninger om helsetilstand og påvirkningsfaktorer fra nasjonale kilder. Dette vil gjøre en del av arbeidet med kartlegging og utredning lettere for kommunene. Midt-Troms regionråd etterlyser imidlertid i lovforslaget at det stilles krav til statlig organisering og samordning av den overordnede folkehelsesatsingen. Det stilles slike krav både på kommunalt - og fylkesnivå. Folkehelse er også statlig politikk på områder som samferdsel, matproduksjon, skatt/avgift, skole, barnehage, arealpolitikk. M.a.o. det må samarbeid til innen folkehelse også på departementsnivå, for slike tiltak må gjennomføres på alle disse sektorområdene, hvis en skal lykkes i å snu utviklingen av helseutfordringene i form av livsstilssykdommer i Norge.

Kap. 6 Samarbeid mellom kommuner, internkontroll, tilsyn m.v.

§ 27 Samarbeid mellom kommuner

”Departementet kan i forskrift eller enkeltvedtak pålegge samarbeid mellom kommuner når det anses påkrevet for en forsvarlig løsning av folkehelsearbeidet i kommunene, herunder gi bestemmelser om hvilke oppgaver det skal samarbeides om og fordeling av utgifter.”

Kommentarer:

Midt-Troms regionråd støtter intensjonen om interkommunale samarbeid, for å løse utfordringer innen folkehelsearbeid der det ikke er tilstrekkelig med ressurser og kompetanse i de enkelte kommuner. Men vi ønsker å påpeke at interkommunalt samarbeid må stimuleres økonomisk! Det må lønne seg å samarbeide.

§ 28 Samfunnsmedisinsk kompetanse

”Kommunen skal ha nødvendig samfunnsmedisinsk kompetanse for å ivareta oppgaver etter loven her. Det skal ansettes en kommunelege som medisinsk-faglig rådgiver for å ivareta blant annet

- samfunnsmedisinsk rådgivning i kommunens folkehelsearbeid, jf. §§ 4 til 6, herunder epidemiologiske analyser, jf. § 5 annet ledd,
- hastekompetanse på kommunens vegne i saker innen miljørettet helsevern, smittevern og helsemessig beredskap,
- deltakelse i lokal redningssentral,
- andre oppgaver delegert fra kommunestyret.

Kommunene kan etablere samarbeid for å sikre nødvendig kompetanse til gjennomføring av oppgavene.”

Kommentarer:

Midt-Troms regionråd registrerer at det stilles krav til nødvendig samfunnsmedisinsk kompetanse og at det skal tilsettes en kommunelege som medisinsk-faglig rådgiver. Vår erfaring de senere år er at kommunene har store problemer med å rekruttere samfunnsmedisinsk kompetanse og/eller leger som ønsker å ta på seg samfunnsmedisinske oppgaver. Vårt inntrykk er at dette er en utvikling som man ikke ser noen umiddelbar løsning på i nærmeste framtid, verken fra kommunenes side eller fra de respektive fagmiljøenes side. Samtidig ser vi at samfunnsmedisinsk kompetanse blir aktualisert og etterspurt gjennom innføringen av samhandlingsreformen, både i forbindelse med behovet for å skaffe seg oversikt over helsetilstanden i kommunen, analysere situasjonen og planlegge tiltak, men også i forbindelse med en sterkere styring av fastleger og en større grad av samhandling og forhandlinger med helseforetak.

Midt-Troms regionråd er enig i at i en optimal verden, vil det være svært ønskelig å kunne tilsette leger, gjerne med samfunnsmedisinsk kompetanse, til å løse både de tradisjonelle samfunnsmedisinske oppgavene og i til å lede styringsdialogen med både fastleger, øvrig helsepersonell og helseforetak. Men når rekrutteringssituasjonen er slik den er – og har vært gjennom de siste 15 år – mener vi det blir feil å videreføre gjeldende rett på området, når praksisen går i en annen retning. Det finnes annet personell enn en fast ansatt

kommunelege som kan være viktige premissleverandører for kommunal planlegging, som kan utvikle gode styringsdata om sykdomsforekomst og udekkede helsebehov i befolkningen, som kan bringe kunnskap om helseforhold inn i budsjettarbeidet, som kan drive et proaktivt smittevernarbeid, som kan måle, teste og gi råd innenfor miljørettet helsevernarbeid osv. osv. Midt-Troms regionråd mener det er på tide å løse kommunelegen fra flere av de tradisjonelle samfunnsmedisinske oppgavene, for på den måten å øke kommunenes muligheter for å få disse oppgavene gjennomført. Vi ønsker en åpning for at eksempelvis fastleger, helsesøstre, veterinærer, fysioterapeuter og andre med kompetanse innen helse, folkehelse og samfunnsmedisin, i et samarbeid skal kunne løse oppgaver som i dag ligger til kommunelegen. Mulighetene for å inngå avtale med private eller samarbeide med andre kommuner, helseforetak el. må også være tilstede. De samfunnsmedisinske oppgavene bør derfor, som de øvrige oppgavene inne helse og omsorgstjenesten, hjemles i den nye loven på en måte som beskriver hvilke funksjoner og oppgaver som skal utføres og dekkes, uten et medfølgende krav om organisering og profesjon.

§ 29 Beredskap

”Kommunen, fylkeskommunen, fylkesmannen, Helsedirektoratet og Nasjonalt folkehelseinstitutt har ansvar for nødvendige beredskapsforberedelser og for tiltak i beredskapssituasjoner, jf. lov 23. juni 2000 nr 56 om helsemessig og sosial beredskap § 2-1. Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om kommunens beredskap innen miljørettet helsevern, herunder meldeplikt for kommuner, helseforetak og helsepersonell til Nasjonalt folkehelseinstitutt om kjemikalieuhendelser eller mistanke om utbrudd av sykdom relatert til eksponering for helseskadelige miljøfaktorer, herunder kjemikalieeksponering. Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om oppgaver for og ansvarsfordeling mellom kommuner, fylkeskommuner og sentrale helsemyndigheter for å sikre beskyttelse av befolkningens helse i forbindelse med kjemikalieuhendelser.”

Kommentarer:

Midt-Troms regionråd registrerer presiseringen av statlige helsemyndigheters rolle, spesielt når det gjelder kjemikalieberedskap. Forskriftshjemmel for melde- og varslingsplikt til helsemyndighetene i forbindelse med kjemikalieuhendelser anser vi også som viktig.

§ 32 Statlig tilsyn med lov om folkehelsearbeid

”Fylkesmannen/Helsetilsynet i fylket skal føre tilsyn med kommunenes og fylkeskommunenes oppfyllelse av plikter pålagt i §§ 4, 5, 6, 8, 20 og 21. Tilsynet skal ta utgangspunkt i en forsvarlighetsvurdering.”

”Statens helsetilsyn har det overordnede faglige tilsyn med lov om folkehelsearbeid og skal utøve myndighet i samsvar med det som er bestemt i lover og forskrifter.”

Kommentarer:

Midt-Troms regionråd mener Fylkesmann bør være regional tilsynsmyndighet. Det er Fylkesmannen som er klageinstans, så derfor bør de også ha tilsynet. I tillegg er Fylkesmann tilsynsmyndigheten i fht de andre sektorene som nå også har et ansvar for folkehelsearbeidet via dette lovforslaget. Midt-Troms regionråd mener dette kan bidra til helhetlig tenking i folkehelsearbeidet, og til å sikre lokalpolitisk forankring.

Kommentarer generelt til Folkehelseloven:

Det bør påpekes at frivillig sektor må nevnes i en folkehelselov. At partene på alle nivå må oppfordres til samarbeid med frivillig sektor og at samarbeidet mellom offentlig og frivillig sektor må stimuleres (også økonomisk). Frivillig sektor er gjennomgående nevnt i Samhandlingsreformen.

Midt-Troms regionråd ser ny folkehelselov som et viktig tiltak for å kunne nå samhandlingsreformens intensjon om å forebygge mer og bedre.

Vedlegg 2, 3, 4 og 5.

Rapport fra arbeidsgruppe *Intermediære senger,*

Rapport fra arbeidsgruppe *Lærings- og mestringstjenester,*

Rapport fra arbeidsgruppe *Forebygging,*

Rapport fra arbeidsgruppe *Rekruttering, stabilisering og kompetansebygging*

NB! Av praktiske årsaker er delrapportene fra prosjektets arbeidsgrupper – vedleggene 2, 3, 4 og 5 – vedlagt som separate pdf-filer i den elektroniske utgaven av denne sluttrapporten. Disse delrapportene er også tilgjengelig på www.midt-troms.no