



Helse- og omsorgsdepartementet

Deres ref:

Vår ref
2010/1185-7

Saksbehandler
Birgit Iversen Eckhoff

Dato
10.01.2011

Høringsuttale fra Smøla kommune - forslag til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, folkehelselov og Nasjonal helse- og omsorgsplan

Behandles i Smøla Formannskap 18.02.2011.

Innledning

Samhandlingsreformen krever en politikk som i praksis demonstrer at det neste tiåret tilhører kommunehelsetjenesten. Nye plikter, større ansvar og flere oppgaver til kommunene må følges av ressurser, myndighet og tillitt.

Smøla kommunes uttale/innsigelser til høringsdokumentene.

1. Hvilken myndighet er foreslått gitt til kommunene?

Det er flere forslag i høringsnotatet som vil underbygge og forsterke kommunens myndighet, og HOD fremhever viktigheten av lokal handlefrihet som et av verdigrunnlagene bak loven.

Det er i høringsnotatet fremhevet viktigheten av lokal handlefrihet, blant annet i forhold til å organisere tjenestene, men også i forhold til spørsmålet om rettighetsfesting av ytelser til innbyggerne.

Høringsbrevet med forslag til ny lovtekst er også klarere på at "sørge for" ansvaret også innebærer rett til å organisere, tilrettelegge, og slik utøve myndighet.

Lovene skal være pliktlover, og ikke rettighetslover. Det gir større fleksibilitet ved at kommunene kan bruke større grad av skjønn ved organisering av tjenestene.

Samlet innebærer disse forslagene en forsterkning av kommunens myndighet i forhold til helsearbeidere og innbyggere. Hvilken myndighet som kommunen gis, må vurderes i forhold til den foreslåtte ansvarsfordelingen mellom kommune og staten. Forslag til ny lovgiving vil samlet trolig innebære en maktforskyvning til fordel for staten, og det er en fare for at forslag samlet kan

Postadresse

Postboks 34, 6571 Smøla

E-post:

postmottak@Smøla.kommune.no

Besøksadresse

Rådhuset

www.smøla.kommune.no

Telefon

71544600

Telefaks

71544601

Bank**Org.nr**

medføre en svekkelse av kommunens myndighet, som ytterligere vil undergrave balansen mellom stat og kommune ut over dagens rettstilstand.

Det er behov for sterkere kommunal styring av legetjenesten, og det endelige lovforslaget må avspeile det. Følgende tiltaksområder er drøftet:

1. **Tydeliggjøre kommunens overordnede ansvar for fastlegeordningen**
2. **Utvikle kvalitetssystemer – faglig støtte og tilbakemeldinger på praksis.** Departementet skal vurdere ulike tilnærminger og ordninger som vil kunne inngå i et helhetlig nasjonalt system for kvalitetsutvikling i de kommunale helse- og omsorgstjenestene.
3. **Innføring av nasjonale kvalitets- og funksjonskrav med tilhørende rapportering.**
4. **Forslag til endringer i fastlegeforskriften.** Ved siden av å presisere kommunenes overordnede ansvar for fastlegetjenesten i kommunene, og forplikte fastlegene til å følge nasjonale kvalitets- og funksjonskrav, foreslår departementet at listeansvaret til fastlegene dekker alle allmennlegeoppgaver for pasienter på listen dersom ikke annet er spesifisert i regelverket, herunder individrettet forebyggende arbeid. Fastlegene vil ha et ansvar for å identifisere risikopersoner, sørge for individrettet veiledning og oppfølging, samt koordinere oppfølgingen av pasientene. I tillegg ønsker departementet å regulere nåværende avtalehjemlet tilplikting av fastlegene til å arbeide inntil 7,5 timer/uke til *andre allmennmedinske oppgaver* i forskriften. Det foreslås ingen økning av timetallet i denne omgang. Imidlertid ønsker departementet å la det være opp til den enkelte kommune å bestemme hvilke oppgaver den ønsker å organisere utenfor fastlegenes ordinære praksis og inn under 7,5 timer/uke.
5. **Forslag om endringer i finansieringsmodell.** Departementet foreslår ikke konkret en endring av dagens finansieringsmodell, men vil allikevel innhente synspunkter på om finansieringen skal dreies fra 75 % refusjon og 25 % per capitatilskudd, til 50 % refusjon og 50 % per capitatilskudd.
6. **Styrking av Legevakt.** Departementet gir ingen konkrete forslag, men sier den vil komme tilbake til behandlingen av rapporten om styrking av legevakt.
7. **Fastlegenes innflytelse på inntak i kommunale helse- og omsorgsinstitusjoner.** Departementet ønsker *ikke* å gi fastlegene rett til å skrive pasienter inn på sykehjem på nåværende tidspunkt.
8. **Legefordeling til kommunehelsetjenesten.** Departementet ønsker å videreføre dagens ordning med Nasjonalt råd for legefordeling.

En viktig premiss i samhandlingsreformen er at fastlegene skal styrke sin innsats til prioriterte grupper. Dette forutsetter flere fastleger. Hvis ikke, blir resultatet dårligere tilgjengelighet til fastlegen for “folk flest”.

Det å nå fram til utsatte grupper (skrøpelige eldre, rusmisbrukere, mennesker med psykiske lidelser) og det å få pasienter tidligere utskrevet fra sykehus, til videre behandling, oppfølging og kontroller i kommunehelsetjenesten, bør ha prioritet. Dette fremfor etablering av sykehuslignende institusjoner som vil kreve svært store ressurser i lab/rtg, leger og sykepleiere. Da kan ikke kommunene nøye seg med å ha 1/5 av antall leger og 1/20 av antall sykepleiere som de har i spesialisthelsetjenesten. Da må helsepersonell i spesialisthelsetjenesten ”overføres” sammen med oppgavene.

Fastlegeordningen sikrer ikke godt nok alvorlige psykisk syke, rus og aldersrelaterte utfordringer, dette er pasienter som krever en mer proaktiv tjeneste.

Styrking av legetjenesten i kommunen kan skje på flere måter:

- Privatpraktiserende fastleger
- Fastlønte fastleger
- Fastlønte hel-/deltidsstillinger for å utføre allmennlegetjenester som ikke er en del av takstsystemet
- Fastlønte kommuneleger som har en koordineringsfunksjon og utfører samfunnsmedisinske oppgaver

Det må være fleksibilitet i systemet slik at det er mulig å finne lokale løsninger ut fra lokale behov. Kommunene må også ha mulighet til å tilby forskjellige typer legearbeid ut fra interessene til den enkelte lege. Dette vil bidra til å rekruttere nyutdannede leger som ønsker å prøve seg i allmennlegetjenesten uten å måtte investere store beløp i en egen privat praksis.

Det å bruke forskrift på områder som i dag er avtaleregulert, krever en særlig begrunnelse. Tydeliggjøring av kommunens overordnede ansvar for fastlegeordningen bør nedfelles i forskrift. Det er tvilsomt om kommunene får mer styring med hva legene gjør ved å øke finansieringsansvaret, (50/50 fordeling av basistilskudd/takster) og Smøla kommune kan blant annet av den grunn ikke støtte nevnte forslag om økt kommunalt finansieringsansvar.

Høringsnotatene omgår ressursproblematikken, også knyttet til legetjenesten i kommunene.

2. Hvordan er ansvarsfordeling med hensyn til oppgaveløsning og beslutningskompetanse?

Det er behov for en tydeligere ansvarsfordeling mellom spesialisthelsetjenestens og kommunehelsetjenesten. Dette etterkommes ikke i forslaget. Det innebærer at den ”stille reformen” fortsetter, hvoretter stadig flere oppgaver overføres til kommunen uten at dette kompenserer økonomisk. Kommunens myndighet og ansvar vil da heller ikke bli synliggjort. Det er HOD som ensidig vil kunne fastsette ansvarsfordelingen mellom stat og kommune, noe som undergraver hensynet til balanse mellom staten og kommunesektoren.

Ansvarsfordelingen bør angis nærmere i forarbeidene til loven, og om mulig også klarere i selve lovteksten. Hvor det oppstår uenighet om ansvarsfordelingen, bør uenigheten avgjøres av et uavhengig tvisteløsningsorgan, jf nedenfor under punkt 3.

Smøla kommune vil gå i mot at HOD ensidig kan fastsette ansvarsfordelingen mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Smøla kommune kan ikke se at det er behov for å gi HOD hjemmel til å pålegge kommunene å samarbeide. Kommunene vil i forhold til folkehelse selv være i stand til å etablere fornuftige løsninger, i samarbeid med fylkeskommunene. Dette samarbeidet kan skje igjennom inngåelse av avtaler, og basert på kommunens behov for oversikt over egen befolkning.

3. Hvordan er bruken av avtaler mellom kommuner og foretak?

Det er etter Smøla kommune sin oppfatning uklart hvor rettslig bindende avtalen mellom partene er ment å være, og det er nødvendig at det utredes nærmere løsninger på følgende spørsmål;

- Er avtalene mellom kommunen og foretakene rettslig bindende slik at tvist om tolkning av avtalen også kan prøves for de alminnelige domstoler?

- Hvor en kommune har påtatt seg oppgaver som ligger til spesialisthelsetjenesten, og hvor foretakene ikke oppfyller sin del av avtalen og det påfører kommunen et økonomisk tap, kan da kommunen kreve erstatning av sitt tap for domstolene?
- Dersom kommunen har overtatt en oppgave som ligger til spesialisthelsetjenesten. Er det da avtalens ordlyd som er avgjørende for hvordan partene skal opptre, eller det foretaket som har det overordnede ansvar som kan diktere hvordan saken skal håndteres?
- Hva betyr det konkret at foretakene ”ikke kan avtale seg bort fra det overordnede ansvaret som ligger til spesialisthelsetjenesten” – hvor langt legger det begrensninger i forhold til å inngå bindende avtaler?
- Er departementet på noen måte forpliktet av de inngått avtale, eller kan departementet fritt bruke den hjemmel til å fastsette ansvars grensene som foreslås i loven uavhengig av inngåtte avtaler?

Det bør etableres nasjonale tvisteløsningsorganer, hvor modellen som er brukt innen barnevern kan danne utgangspunkt for tilsvarende modell innen helse- og omsorgssektoren. Dette organet må kunne treffe beslutninger om ansvarsfordelingen mellom stat og kommune, hvordan inngåtte avtaler mellom foretak og kommuner skal tolkes, tvister om utskrivningsklare pasienter, mv. Staten og kommunesektoren bør oppnevne like mange representanter til et slikt organ. For å sikre reell likeverdighet mellom stat og kommune, bør leder av organet oppnevnes av kommunesektoren.

Departementet har foreslått at partene lokalt kan avtale tvisteløsningsordninger. Smøla kommune støtter at partene også lokalt kan avtale løsninger for megling og avgjørelse, men ser behov for en sentral tvisteløsningsordning som ovenfor foreslått.

Avtalene mellom kommuner og foretak bør i størst mulig grad være rettslig bindende, men partene kan avtale tvisteløsningsordninger fremfor å bringe tvister inn for de alminnelige domstoler.

4. Hvilke nye oppgaver og plikter er foreslått for kommunene?

Det må være en gjensidighet mellom kommuner og helseforetak når kommunene overtar aktiviteter. Lovpålagte avtaler vil være rammen for en slik gjensidig tilpasning.

Pasientrettede oppgaver:

- Kommunen skal ha økt ansvar for forebygging, tidlig intervensjon og tiltak mot unødvendig innleggelse av pasienter i sykehus, herunder også systemarbeid i forhold til oppfølging av disse plikter.
- Kommunene kan få et ansvar for å opprette et øyeblikkelig hjelp tilbud. Oppgaven vil kun gjelde for pasientgrupper som kommunen selv har mulighet til å utrede, behandle eller yte omsorg for i stedet for innleggelse på sykehus
- Kommunene kan til en viss grad påvirke behovet for behandling av psykiske lidelser og rusmiddelavhengighet i spesialisthelsetjenesten.
- Kommunen skal ha økt ansvar for rehabilitering

Administrative oppgaver:

- Kommunen skal styrke samarbeidet og samordning med andre kommuner, fylkeskommuner og helseforetak, herunder plikt til å inngå avtaler med helseforetak.
- Kommunen skal etablere en egen pasient koordinator til mennesker med behov for langvarige og sammensatte tjenester.

- Kommunens ansvar for å følge opp allmennlegetjenesten, herunder i forhold til kvalitet, presiseres.
- Kommunen skal vurdere samarbeidsløsninger med helseforetak og andre kommuner, slik som oppbygging av lokal medisinske sentra.
- Alle tjenester og organisering skal vurderes i forhold til en foreslått forsvarlighetsstandard.

For å sikre en god oppgavefordeling mellom kommunen og helseforetaket bør pasientforløpene for de største pasientgruppene gjennomgås. Dette for å kartlegge hvilke forutsetninger som må på plass for en vellykket overføring av pasientforløp fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten. Dette gjelder særlig psykiatri, rus og rehabilitering.

Det er dokumentert at samhandling særlig rundt kronisk syke og eldre pasienter er det området i helsetjenesten hvor det er mulig å skape bedre pasientforløp.

Overordnet er det tre grupper av pasienter, hvor kommunen kan påta seg større oppgaver, ut fra effektivitets- og kvalitetshensyn:

- Kronisk syke og eldre som får en akutt sykdom og forverring (som blærekatarr, influensa etc i tillegg til hoveddiagnosen) og dermed trenger observasjon og tett oppfølging i en tidsavgrenset periode. Et forsterket døgntilbud (øyeblikkelig hjelp) i kommunen kan være et alternativt til innleggelse i sykehus. Dette kan også gjelde et forsterket tilbud ved tidligere utskriving fra sykehus.
- Kronisk syke og eldre hjemmeboende som gradvis mister funksjonsevne (frail patients) kan ha nytte av systematisk oppfølging og rehabilitering, dvs. forebygge behov for innleggelser i sykehus og behov for økt kommunalt tilbud. Ved utskriving fra sykehus til hjemmet kan systematiske forebyggende hjemmebesøk/program bidra til å opprettholde funksjonsevnen og redusere behov for sykehjem.
- Pasienter med alvorlig sykdom som skal ha lindrende behandling.

Kommunehelsetjenesten bør organisere et hastetilbud til pasienter som midlertidig trenger økt behandling, pleie og omsorg i hjemmet eller i sykehjem. Tilbudet må være like enkelt tilgjengelig som innleggelse for øyeblikkelig hjelp i sykehus og kunne rekvireres av legevakt eller fastlege. Bedre koordinering rundt disse pasientene er det området i helsetjenesten som har størst potensial til forbedring. Det er godt dokumentert at dette hindrer innleggelse på sykehus og er et bedre tilbud til pasientene. Ved å lovfeste en slik plikt vil man kunne styrke kommunens posisjon, det vil innebære en reell oppgaveoverføring fra spesialisthelsetjenesten til kommunen, og Stortinget vil da også måtte fullfinansiere oppgaven. Det er sannsynlig at et slikt tilbud faktisk vil medføre redusert bruk av spesialisthelsetjenesten i tråd med samhandlingsreformen intensjon. Et lovforslag om å pålegge en slik forpliktelse vil imidlertid også binde kommunens handlegfrihet, og kunne være problematisk å gjennomføre for mindre kommuner.

Departementet har særlig bedt om uttalelse på hvorvidt det bør lovfestes en plikt for kommunen til å etablere et slikt tilbud, eller hvorvidt det skal være frivillig for den enkelte kommune om slikt tilbud skal etableres. Smøla kommune mener tilbudet må være frivillig. Det vises til at de viktigste virkemidlene for å få etablert behandling i kommunene er redusert betaling for medfinansiering eventuelt supplert med tilskudd fra helseforetakene. Det kan ikke forutsettes – slik det gjøres i høringsbrevet - at dette vil være tilstrekkelig til å etablere døgnplasser til øyeblikkelig hjelp i kommunene.

Det bør gjennomføres en gradvis innfasing og følgeforskning-/ evaluering ved overføring av oppgaver og plikter til kommunen.

5. Hvilke plikter gis kommunen/fylkeskommunen i forhold til folkehelse?

Det er positivt med en utvikling hvor folkehelse vektlegges i lovs form for både kommune og fylkeskommune. Smøla kommune stiller spørsmål ved det underliggende premisset om at den foreslåtte nye folkehelseloven vil frembringe bedre folkehelse, uten at dette skal ha betydelige økonomiske eller administrative konsekvenser for kommunen. Smøla kommune mener at krav om ny praksis i folkehelsearbeidet må tolkes som en ny oppgave og dermed godtgjøres, all den tid det får store administrative og kompetansemessige konsekvenser.

Forslaget til ny folkehelselov stiller indirekte krav om at det opprettes koordinatorstillinger for folkehelsearbeidet. Dette finnes i varierende grad i kommunene i dag. En tydelig ansvars plassering er viktig, uten at kommunen samtidig pålegges bestemte måter å organisere tjenestene på eller pålegges bruk av nærmere bestemte profesjonsgrupper. Kommunen må gis frihet til selv å velge hvordan ansvaret oppfylles.

På overordnet nivå må kommunene inneha kartleggings-/utrednings-/analysekompetanse for å ivareta kravene til oversikt over folkehelsesituasjonen og utfordringer.

For å forankre folkehelsearbeid i planer og i tiltak i tjenestene, kreves kompetanseheving i de ulike kommunale/fylkeskommunale virksomheter og tjenester. Det stiller bl.a. krav om økt tverrfaglig samarbeid i kommunen, og samhandling mellom kommune, fylkeskommune og andre. Dette er kapasitets- og kompetansekrevenende.

Helseovervåking /statistikk et stort og uoversiktlig område – og vil kreve store ressurser både på fylkeskommunalt og kommunalt nivå. Det ligger ikke inne noen ressurser til dette arbeidet, samt at det er behov for kompetanse i kommunesektoren for å følge opp. Behovet for felles opplegg og standardisering er stort – og det bør avklares hva som skal gjøres og av hvem nasjonalt, regionalt og lokalt. Fylkeskommunene skal følge lovforslaget bistå kommunen i å foreta kommunale analyser og tolkninger av data, jf. mulige forklaring av årsakssammenhenger, styrker og svakheter i dataene. Imidlertid foreligger det allerede mye helsestatistikk, og det bør sees blant annet til effektiviseringsnettverkene og arbeidet som allerede pågår i KOSTRA for å unngå dobbeltrapportering.

I PBL § 7.1/§10.1 sies det generelt at ”planstrategien skal redegjøre for regionale (kommunale) utviklingstrekk og utfordringer, vurdere langsiktige utviklingsmuligheter og ta stilling til hvilke spørsmål som skal tas opp gjennom videre regional planlegging. Det betyr at det er opp til fylkeskommunen/kommunen selv å avgjøre hvilke utfordringer og spørsmål som skal tas opp i videre planlegging.

De nye bestemmelsene gir fylkeskommuner/kommuner pålegg om område (her: folkehelse) som skal være med i planstrategien, det betyr at man fraviker prinsippet om at kommunen og fylkeskommunen selv skal avgjøre hva som er viktig. Med en så omfattende definisjon som legges til grunn for folkehelsearbeid anses denne delen av forslaget som en inngripen i viktige lokaldemokratiske prinsipper.

Det er rimelig at Fylkesmannen er tilsynsmyndighet fordi dette sikrer et helhetssyn med tanke på lokaldemokratisk forankring i Plan og bygningsloven.

6. Hvordan er nye oppgaver og plikter foreslått finansiert?

Det er to alternative modeller for medfinansiering som er aktuelle for det somatiske området: All behandling av personer over 80 år eller all medisinsk behandling (uavhengig av alder). For begge modellene er det lagt til grunn 20 pst kommunal medfinansiering. Omfanget av kommunal

medfinansiering er anslått til å utgjøre henholdsvis 1,5 mrd. kroner ved den aldersbestemte modellen og 3,6 mrd. kroner ved en modell avgrenset til det medisinske området. Dette innebærer at den aldersbaserte modellen gir lavest finansiell risiko for kommunene.

Smøla kommune mener de to kommunale medfinansieringsordningene bør drøftes videre for å avklare hvilken modell som bør velges, og hvordan kommunene skal kompenseres.

- En avgrenset kommunal medfinansieringsmodell vil kunne bidra til raskere etablering av nye tilbud i kommunene
- En medfinansiering av medisinske innleggelser synes å være mer i samsvar med overordnede mål for reformen
- En ordning som kombineres med tak for å begrense finansiell risiko for enkeltkommuner.
- Smøla kommune forutsetter at en kompensasjonsmetode (over frie inntekter) utformes i samarbeid med kommunesektoren.

Det er enkelte særlige utfordringer knyttet til en aldersbasert modell: Det kan skape mistanker om aldersdiskriminering, forstått som at eldre ikke får samme mulighet for behandling i spesialisthelsetjenesten som yngre. Dette er allerede fremholdt fra flere, også fra kommunehold. Det vil også være slik at mange av de tilbud kommunene målretter for eldre blant annet for å redusere egne medfinansieringsutgifter, også vil være gode tilbud for personer under 80 år. Det vil ikke være mulig eller ønskelig å nekte personer kommunale tjenestetilbud begrunnet med at de er under 80 år. Avgrensning til det medisinske området vil trolig være mindre kontroversielt, og tilbudene kommunene bygger ut for å redusere sine utgifter vil trolig i liten grad bli benyttet av personer som kommunene ikke har medfinansieringsansvar for.

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

Det er heller ikke tatt stilling til finansieringsmodell for kommunal tjenesteyting i form av døgkontinuerlige kommunale akutt plasser. Smøla kommune mener at disse burde fullfinansieres. Det burde også drøftes å innføre et kommunalt DRG system for denne tjenesten.

Medfinansieringsmidler vil ikke være tilstrekkelig til å finansiere alternative rehabiliteringstilbud i kommunene. Dersom spesialisthelsetjenesten skal gjøre mindre og kommunene mer på rehabiliteringsfeltet må innsparinger på spesialisthelsetjenesten og merkostnader for kommunene beregnes med sikte på å flytte ressurser fra spesialisthelsetjenesten til kommunene.

De økonomiske virkningene ved et øyeblikkelig hjelp døgntilbud må beregnes med sikte på fullfinansiering. Ansvarsdelingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene bør samtidig klargjøres. Innenfor psykiatri og rus ligger ikke forholdene til rette for at det kan innføres en betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter fra 2012.

De økonomiske og administrative konsekvenser er vanskelig å overskue, men mye tyder på at de vil bli betydelige og langt høyere enn antydning i høringsnotatet. Dette gjelder også legetjenesten.

Smøla kommune merker seg også at departementet ikke har tatt stilling til lovendringens innvirkning på dagens vederlagsbetaling. Lovforslaget må nødvendigvis innebære en justering av forskriften om vederlag for opphold i institusjon mv. Bortfall av betalingsregler ifht sosialtjenesteloven kan medføre at utgifter veltes over fra stat til bruker i form av vederlag for tjenester som tidligere var regulert i sosialtjenesteloven og medførte kun små egenandeler for brukeren.

7. Hvilke utfordringer medfører forslagene innen kompetanse, forskning og IKT?

Behovet for arbeidskraft nødvendiggjør flere tiltak. Det må utdannes tilstrekkelig helsepersonell med relevant kompetanse.

Utdanningspolitiske grep er ikke omtalt i lovforslagene, men det vises til den nye stortingsmeldingen om velferdsutdanningene som er under arbeid. Stortingsmeldingen legges fram noen måneder før samhandlingsreformen trer i kraft. Fordi utdanningspolitikk "virker langsomt", er det stor usikkerhet knyttet til dimensjonering, organisering og innhold i helse- og sosialfaglig utdanning som skal dekke framtidige behov i kommunesektoren.

Det er fornuftig at man ser kompetanseutvikling og kompetanseoverføring i sammenheng med de lovpålagte samarbeidsavtalene fordi avtalene da vil knyttes opp mot konkrete mål, oppgaver og ansvarsområder. Dette legger grunnlag for strategisk kompetansestyring i kommunene, og planer for kompetanseutvikling for hhv kommune og foretak.

Mulighetene som ligger i velferdsteknologi utover IKT er nær sagt fraværende i både forslag til nasjonal helse og omsorgsplan og i lovforslagene.

Samhandlingsreformen vil føre til at kapasiteten i den kommunale helse- og omsorgstjenesten må styrkes. Det er viktig at de myndighetsmessige rammebetingelsene understøtter at det utdannede helse- og sosialpersonell i større grad enn til nå blir kanalisert til den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Med unntak av det allerede iverksatte tiltaket "Omsorgsplan 2015" ser det ikke ut som om regjeringen tar tak i kapasitetsutfordringene som kommunesektoren står ovenfor på dette feltet. Kompetanseløftet tar dessuten ikke høyde for de bemannings- og kompetansemessige utfordringene som ligger i samhandlingsreformen.

Smøla kommune mener utdanningsinstitusjonene er i for stor grad rettet inn mot arbeid i spesialisthelsetjenesten, og at det i større grad må legges vekt på å utdanne personell som er tilpasset fremtidige kommunale oppgaver. Rekrutterings- og kompetansehevingstiltak for å imøtekomme reformens intensjoner vil måtte kreve økonomiske ressurser for kommunene, og trolig vil ha tariffmessige konsekvenser.

Et økt kommunalt ansvar for forskning og undervisning må kompenseres fullt ut fra statens side.

Det er nødvendig med et krav til elektronisk dokumentasjon og forsendelse av helseopplysninger for å få alle aktørene opp på et nødvendig teknologisk minimumsnivå. Den teknologiske løsningen burde sikte på ett felles journalsystem for alle aktører, dvs elektronisk samhandling også intrakommunalt med felles journalsystem for legetjenesten og pleie-/omsorgssektoren. Dette krever en lovendring som ikke videre omtales i dokumentet.

