



Kommunal- og regionaldepartementet
Akersgt. 59,
Postboks 8112 Dep
0032 Oslo

Deres ref.: 10/1067-2 ORN

Vår ref.: 10/3142

Dato: 27.9.2010

Høringsvar om forslag til lovfesting av samkommunemodellen

Vi viser til brev fra Kommunal- og regionaldepartementet av 26. april 2010 om mulig ny modell for interkommunalt samarbeid: samkommunemodellen. Vi viser videre til brev fra Kommunal- og regionaldepartementet av 11. juni 2010 om utsatt høringsfrist. Innspill er innhentet fra relevante organisasjonsledd i Legeforeningen, og behandlet i Sentralstyret 20. september 2010.

Høringsnotatet vurderer en rekke sider ved samkommunens organisering, funksjon og virkemåte. Det rettes fokus mot hvordan samkommunene kan være en hensiktsmessig organisasjonsform for å møte kommunenes lovpålagte velferds- og tjenestetilbud. Samkommunemodellen har tidligere vært på høring sammen med forslag til lovfesting av verskommunemodellen (Ot.prp.nr 95 (2005-2006)). Kommunal- og regionaldepartementet fulgte den gang ikke opp forslaget om å lovfeste samkommunemodellen. Departementet peker i høringsbrevet på at det er skjedd mye i perioden siden forrige høringsforslag gjennom utprøving av samkommunemodellen i forsøkskommuner. Det nevnes også at kommunene i dag befinner seg i en annen situasjon med hensyn til oppgaver, jf. her spesielt samhandlingsreformen.

Legeforeningens vurdering av forslaget

Legeforeningen stiller seg generelt positiv til hovedlinjene i forslag til lovfesting av samkommunemodellen. Vi har i flere år påpekt betydningen av at helsetjenesten i kommunene må styrkes gjennom etablering av "helsekommuner" med robuste fagmiljø. Samkommunemodellen kan derfor være en formålstjenelig løsning. Kommunal- og regionaldepartementet har laget et robust forslag med organisering som en normal kommune med stort sett de samme politiske, administrative og lovmessige bestemmelser som normale kommuner.

I dag er det store variasjoner mellom kommunene når det gjelder de helsetjenester som blir tilbudt, med unntak av fastlegeordningen som er nasjonalt styrt. Tjenester som tilbys er preget av svikt i rekruttering av helsepersonell, betydelig svikt i kontinuiteten blant helsepersonell og stor variasjon i tilbudet.

De fleste kommuner er for små til å gi kvalitetsmessig tilfredsstillende tilbud til sin befolkning, eksempelvis med hensyn til legevakt og utvikling av gode fagmiljøer i sykehjem. Kompetanseheving og rekruttering skjer gjennom oppbygging av fagmiljøer, gjerne interkommunalt. Dette er enda viktigere dersom kommunene skal påta seg nye og større oppgaver.

En av årsakene til varisasjon i tilbudet i kommunehelsetjenesten skyldes derfor mangel på muligheter og ressurser for å bygge ut tjenestetilbud som krever ansettelse av helsepersonell med medisinsk og helsefaglig kompetanse. Helsetjenesten og omsorgstilbudet i kommunene ”taper” i konkurranse med andre oppgaver kommunene har.

Nærhet mellom enheter med tilretteleggingsansvar og tjenesteyter kan bidra til å styrke og utvikle tilbudet. Forventninger og kravene til helsetjenestetilbudet, sett hen til kravet om kvalifikasjoner og tilstrekkelig antall helsepersonell, tilsier at det vil være tilnærmet umulig å oppnå en likeartet og kvalitetsmessig god nok helsetjeneste i hver av de 431 kommuner vi har i Norge dag.

En lovfesting av samkommunemodellen kan derfor være et virkemiddel bl.a. i realiseringen av ”helsekommuner” for å styrke det faglige innholdet i helsetjenestetilbudet. Det er betydelige faglige gevinster å hente ut av et slikt samarbeid, med en større arena for - og miljø for samling av fagpersoner, støtteapparat, ressurser og teknisk utstyr. Større fagmiljøer vil også gi synergieffekter på tvers av tjenestetilbudene og øke muligheten for å tiltrekke seg ytterligere fagressurser. Større enheter vil med flere fagpersoner lettere kunne utarbeide faglige retningslinjer, definere behandlingsskjeder og utvikle planer for fagutvikling.

Sykehjem – behov for fagkompetanse

Etablering av forsterkede avdelinger på sykehjem vil være et bedre tilbud for en del av pasientene som i dag legges inn på sykehus. Dette fordrer en betydelig opprustning av sykehjemmene, både hva gjelder oppbygging av fagkompetanse generelt i sykehjem og en ytterligere oppbygging av fagkompetanse for å kunne gi et differensiert tilbud ved forsterkede avdelinger (sykestueavdeling) innenfor dagens sykehjemsinstitusjoner. En forsterket avdeling vil være ressurskrevende og fordrer en grunnleggende infrastruktur tilsvarende den som er på plass i et større sykehjem. For å få et nødvendig faglig team med god ressursbruk bør forsterkede avdelinger ha en størrelse på 7-15 senger.

For de mindre kommunene vil det være nødvendig å plassere en sykestueavdeling i et sentralt plassert sykehjem med interkommunalt samarbeid, for eksempel i en samkommunemodell for å ha et tilstrekkelig befolkningsgrunnlag for hver enhet f. eks 20 000-30 000 innbyggere. Dette tallet må vurderes mht hva som er hensiktsmessig og gjennomførbart i de enkelte samarbeidende kommuner.

Styrket tverrfaglig samarbeid i kommunene

I primærhelsetjenesten er det til dels gode erfaringer med interkommunale løsninger. Både legevakter, kommunoverleger og miljørettet helsevern er med fordel organisert i interkommunale organer flere steder. Legeforeningen kan ikke se at disse fordelene vil forringes ved at disse organene bli samkommuner.

Det å se mulighetene og gevinsten i å lage større helsesentra på kommunalt plan inn i en strategi for formalisert samarbeid interkommunalt er viktig bl. a for å lette samarbeidet mellom kommuner som følge av færre og større enheter. En ser da for seg at dagens legesentra, som er bygd opp stort sett som rene fastlegesentre, kunne utvides ved at flere funksjoner og samarbeidende helsepersonell, eksempel psykolog, fysioterapeut og helsestasjon som nå ofte er spredt i kommunene samles, gjerne sammen med interkommunal legevakt der hvor det er hensiktsmessig.

Forsøk og erfaringer med samkommuner

Høringsdokumentet redegjør for forsøk og erfaringer med samkommuner (Innherred samkommune og Midte Namdal samkommune, begge i Nord-Trøndelag fylke). Forsøket med Innherred samkommune har pågått lengst, og er blitt evaluert. Kommunene Levanger og Verdal har deltatt i dette samarbeidsforsøket, som har pågått siden 2004. Sentrale samarbeidsområdet har bl.a. vært skatteoppkreving/kemner, landbruk, miljøforvaltning, plan og byggesak, helse og rehabilitering, samt barn og familie.

Innherred amkommune har søkt om nytt forsøk med samkommune for fire nye år fra 2009. I sluttevalueringen fra 2007 er konklusjonen at *”det overordnede resultatet er at sammkommune gir god politisk kontroll og er egnet til styring av omfattende kommunalt samarbeid”*. Rapporten konkluderer med at samarbeid om interne støttefunksjoner som plan, byggesak, oppmåling, landbruk og kemner ser ut til å ha gitt store gevinster. Samarbeidet om enhetene barn og familie og helse og rehabilitering varte bare to og et halvt år før det ble tilbakeført til deltagerkommunene.

Forarbeidet til og etableringen av forsøket var preget av at kommuneledelsen ville ha raske resultater. Den første evalueringen pekte spesielt på at dette førte til god fremdrift, men dårlig ansattmedvirkning. Dette gjaldt særlig resultatene barn og familie, og helse og rehabilitering. I tillegg bidro ulik organisering av sosialkontoret og NAV-pilot i Verdal til å forsterke utfordringene i helse og rehabilitering.

St. meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen bebuder at det kommunale nivået skal måtte påta seg et større ansvar for helsetjeneyting enn i dag. Mange kommuner kan være i miste laget til alene å kunne løse lovpålagte oppgaver på en tilfredsstillende måte.

I denne sammenheng vil legeforeningen ønske velkommen forslag om å lovfeste interkommunalt samarbeid i form av en samkommunemodell. Det bør imidlertid rettes spesiell oppmerksomhet både mot hva som har vært suksesskriteriene for det forsøket som allerede pågår, og også se hva som kan gjøres bedre på de samarbeidsområder som ikke lyktes så godt.

Er samkommuner løsningen?

Legeforeningen stiller likevel spørsmålet om ikke samkommuner er et uttrykk for at det ikke er politisk vilje til å gjøre noe med grunnproblemet – misforholdet mellom kommunestørrelse og de oppgavene kommunene har ansvaret for. Samkommuner kan tenkes å bedre på noe av denne problemstillingen gjennom etablering av overkommunale politiske organ med egne budsjettvedtak og dermed styrke lokaldemokratiet. Det kan videre tenkes at samkommunen, dersom den får en viss utbredelse, kan virke så godt at deltagerkommunene velger å nedlegge seg selv og beholde samkommunen. Det vil således fremme en mer fornuftig kommunestruktur.

Departementet har foreslått at kommuner og fylkeskommuner ikke skal kunne delta i samme samarbeidskommune. Legeforeningen støtter dette. Det kunne tenkes å bety at skillet mellom forvaltningsnivåene svekkes. Mange erfaringer med samarbeid på tvers av forvaltningsnivåene har vist at dette ikke er heldig, for eksempel felles akuttmottak og legevakt. For kommunenes del vil samkommuner og fylkeskommuner inne i samarbeidet kunne forhindre utviklingen mot samkommunen som fremtidens løsning med avvikling av primærkommunen som ønsket konsekvens. En bør imidlertid være forsiktig med å endre på organiseringen av tjenestetilbudet som i dag er velfungerende. For eksempel er det ikke gitt at desentraliserte tilbud innen somatisk og psykisk spesialisthelsetjeneste skal overlates til kommunene som blir betjent av sykehusstilbudet.

Økonomiske og administrative konsekvenser

Legeforeningen er bekymret mulige økonomiske implikasjoner av forslaget. I en forhåpentligvis ikke lang overgangsfase, vil samfunnet måtte finansiere full politisk aktivitet i så vel primærkommuner som samkommuner, og noe administrativt dobbeltarbeid og tidsspill vil være vanskelig og unngå. Omorganiseringen vil kunne medføre økte kostnader, og vi ser andre eksempler på at manglende omorganiseringsmidler, vil kunne ha betydning for muligheten til å oppnå resultater i omorganiseringen. Det er også fare for at deltagerkommunen overfører ansvar for oppgaver uten at det følger tilstrekkelige midler til å få gjennomført oppgavene, fordi behovene blir nedprioritert. Særlig gjelder dette når det ikke gis ekstra midler til omorganiseringer.

Som en naturlig konsekvens av at vi ser utviklingen som kan følge av omfattende samkommuneutbygging som gunstig i retning av å få en mer robust kommunestruktur, anser vi det som urimelig at et mindretall skal kunne blokkere en kommunes inntreden i en samkommune. Med samme logikk mener vi at samkommuner må ha alle de fullmakter kommuner har (eierskap, interkommunale selskaper mv.). Ingen begrensninger som ikke gjelder for kommuner bør legges på samkommunene.

Den norske legeforenings sentralstyre
etter fullmakt



Geir Riise
Generalsekretær



Terje Sletnes
Avdelingsdirektør



Saksbehandler:
Gorm Hoel

