



Oppfølging av forslag i
Primærhelsetjenestemeldingen
Oppgavemeldingen mv.

Høringsuttalelse fra
kommunesamarbeidet i Østre Agder

Innholdsfortegnelse

Kapittel 3.2: Konkretisert kompetansekrav til kommunens tjenester

Høringsforslagets ambisjon om lovfesting av kompetansekrav i kommunene som forutsetter ansettelse av lege, sykepleier, fysioterapeut, jordmor og helsesøster, forutsetter en plan for å sikre tilstrekkelig tilgang på denne type kvalifisert personell. Det framkommer ikke i høringsnotatet hvordan staten skal sikre tilstrekkelig tilgang på bl.a kvalifiserte psykologer. Det forventes at dette blir redegjort for, slik at framtidig kapasitetsbehov blir utredet. Det vil kreve mer ressurser (eks i form av bevilgning til studieplasser og stillingshjemler) slik det er lagt fram, da tilskuddordningen som nå er gitt til kommunene fra kommende budsjettår vil inngå i rammetilskuddet. Alle kommuner vil derfor få økte utgifter.

Tilgang på kommunepsykolog på systemnivå ansees som positivt, men hvis intensjonen er at kommunene gjennom lovfesting av kommunepsykolog skal påta seg ansvaret for individuell behandling av ulike pasientgrupper som i dag tilligger spesialisthelsetjenesten, vil denne oppgaveoverføringen innebære en stor ressursmessig utfordring. Det vil kreve betydelig ressurser fra kommunene. Overføring av dagens tilskuddsordning til kommunenes ramme dekker bare en meget liten andel av denne kostnaden, som bare kan ivaretas ved at kommunene må nedprioritere sitt øvrige tjenestetilbud.

Lovfestet krav om å ha kvalifiserte ergoterapeuter i kommunehelsetjenesten fra 2020 er en nødvendighet bl.a fordi NAVs regelverk i økende grad forutsetter kartlegging og utredning fra kommunal ergoterapitjeneste som betingelse for at innbyggerne kan få utlevert de hjelpemidler de har krav på. Dette er forklaringen på det stigende antall ergoterapistillinger i kommunene i dag, og det er en løpende merutgift som ikke nevnes av Helse – og omsorgsdepartementet. Å lovfeste krav til ergoterapitjeneste vil ikke vesentlig endre dagens situasjon, siden kravene fra NAV uansett må imøtekommes, men denne merutgiften for kommunene er fortsatt ikke kompensert.

HOD legger til grunn at kompetansekravene er knyttet til kommunereformen og større kommuner. Hvis kommunestrukturen i liten grad endres vil det framtvinge en økende satsing på interkommunale løsninger for å etablere tilstrekkelig robuste fagmiljøer.

Kapittel 3.3: Kommunenes plikt til å veilede spesialisthelsetjenesten

Det er positivt at HOD løfter fram betydningen av kommunal allmennmedisinsk breddekompetanse, og sidestiller denne kompetansen med kompetansen i

spesialisthelsetjenesten. Prinsippet om likestilling mellom nivåene med hensyn til kompetansedeling vil sikre balansen mellom tjenestene.

Skal lovforslaget få en praktisk betydning er det vesentlig at det avtales i juridiske forpliktende delavtaler med helseforetakene, slik at kommunene definerer dette som et oppdrag og legger til rette for at dette faktisk iverksettes. Det vil kreve ressurser og forberedelser med hensyn felles opplæring gjennom kurs o.l., og begge parter må utvikle bestillerkompetanse for å unngå at dette kun blir «symbolforslag».

Kapittel 3.4: Krav til ledelse i kommunens helse- og omsorgstjenester -forskrift om styringssystem

Pliktbestemmelsen er allerede beskrevet i lovverket fra før, og medfører ingen reell endring. Vi anser at forslaget om å inkludere kommunale ledere på det såkalte «Topplederprogrammet» er eneste nye tiltak, og siden dette vil ha svært begrenset kapasitet ansees dette mer som «symbolpolitikk».

Kapittel 3.5: Om ansvar for pasient- og pårørendeopplæring i kommunen.

Alt helsepersonell med behandlingsansvar i kommuner har også i dag et ansvar for pasientopplæring. Hvis det med lovendringen menes at omfanget skal utvides og ansvaret formaliseres på kommunenivå i særskilte tjenester, tilsvarende spesialisthelsetjenestens lærings- og mestringssentre (LMS), må disse funksjonene etableres. Da det i liten grad finnes et organisert tjenesteapparat på kommunenivå for slike tjenester i dag, har dette en betydelig kostnadsside. Det må tilføres ressurser, og det vil samtidig være nødvendig med en grenseoppgang mellom hva som er kommunalt pålagt pasient – og pårørendeopplæring og hvilke oppgaver som fortsatt skal tilligge helseforetakenes lærings – og mestringssentre.

Kapittel 4.0: Forsøksordning for kommunal drift av DPS

Det forstås slik at det skal etableres en forsøksordning der enkelte større kommuner kan drive DPS. Østre Agder – kommunene vil advare mot at erfaringer fra enkelte store kommuner blir grunnlaget for en senere generell overføring til kommunene. En gradvis overføring av visse spesialisthelseoppgaver fra spesialisthelsetjenesten til kommunene bekymrer. Omsorgs – og ivaretagelseoppgaver for ROP – pasienter kan gjerne i større grad ivaretas av kommunene forutsatt at det tilføres ressurser, men det er overordnet avgjørende å sikre at alle pasienter får tilgang til nødvendige spesialisthelsetjenester.

I en slik forsøksordning er det flere forhold som må avklares. Vi vil spesielt nevne dagens ansvar og oppdrag i spesialisthelsetjenesten som er knyttet til å rekruttere og utdanne spesialister i psykiatri. Det kan føre til at kommunehelsetjenesten kan komme i en konkurransesituasjon med helseforetakene om å rekruttere nok spesialister.

Spesialisthelsetjenesten har også et lovfestet ansvar for å utdanne spesialister, og sikre et tilstrekkelig omfang av forskningsoppgave med tilhørende oppdaterte behandlingsmetoder. Kommunehelsetjenesten skal ikke, og vil ikke være i stand til å overta dette.

Kommunehelsetjenestens primæroppgave er å utvikle forebyggende strategier og tiltak, samt å sikre omsorgs- og ivaretakelsesoppgaver gjennom allmennmedisinsk kompetanse.

Kapittel 5.0: Overføring av ansvar for tannhelsetjenesten til kommunene

Vi mener det er prinsipielt riktig å knytte tannhelse nærmere de øvrige primærhelsetjenestene. Forslaget forstås slik at det er opp til kommunene om de skal opprettholde eller endre strukturen som er lagt innenfor området. Vi anser det som mer hensiktsmessig å kople tannhelsetjenesten opp mot det forebyggende arbeidet knyttet spesielt mot helsestasjonenes virksomhet, omsorgstjenestene og i de kommunale rusomsorgsoppgavene. Dette forutsetter en betydelig drøfting av hvordan dette skal løses organisatorisk interkommunalt mellom kommunene, hvor lokaliseringsspørsmål kan skape konflikter. Det vil kreve betydelige endringer i samarbeidsmodeller, og risikoen for skjevheter kommunene imellom i forhold til rekruttering med konkurranse om fagpersonell kan forsterkes.

Høringsforslaget viser til muligheten for å oppnå stordriftsfordeler ved interkommunalt samarbeid. Det er viktig å påpeke at overføring fra en stor enhet som fylkeskommunen til mange mindre kommuner, uansett kommunesamarbeid og eventuelle kommunesammenslåinger, nødvendigvis må utløse en rekke «smådriftsulemper» som fremtvinger at tjenesten samlet må påregnes å få en større kostnad for kommunene.

Kapittel 6.0: Sykehusenes plikt til å oppnevne kontaktleger for enkelte pasienter

Dette er en presisering av spesialisthelsetjenestens plikt, som ikke vedrører kommunene i særlig grad. Det nye er at helseforetakene er rettssubjektet for plikten, og at retten til kontaktleger gjelder også private avtalespesialister. Det ansees som positivt.

Kapittel 7.0 : Om kommunens plikt til psykososial beredskap og oppfølgingstjeneste

Vi oppfatter at dette er en justering av lovverket i tråd med dagens pliktbestemmelse.

Kapittel 8.0 Om økonomiske og administrative konsekvenser

Lovfesting av kompetansekrav - lege, sykepleier, fysioterapeut, jordmor og helsesøster kun er å anse for en videreføring og tydeliggjøring av allerede gjeldende rett, uten økonomiske og administrative konsekvenser.

Psykologstillinger:

I dag finansieres disse stillingene gjennom en tilskuddsordning på 146 mill, som i 2020 skal legges inn i den generelle kommunerammen. Det vil bety en vesentlig merutgift for kommunene, siden kommunene samlet må ansette mange flere psykologer, mens tilskuddsbeløpet samlet er uendret (mindre tilskudd pr psykolog).

Ergoterapeutstillinger:

Det er mer komplisert å fastsette kostnadmessige konsekvenser innenfor dette området, da kommunene allerede bemanner opp og øker andelen ergoterapeuter (med ca 100 årsverk/år). Dette er en konsekvens av økt satsing på hverdagsrehabilitering og skjerpede krav fra NAV knyttet til utredning av hjelpemiddelbehov. Dette vil ventelig fortsette utover 2020. Det framgår ikke at det er noen plan om å kompensere kommunene, og dette kan derfor medføre at kommunene får en årlig merutgift både i budsjettårene før og etter 2020.

Lovfesting av den kommunale helse- og omsorgstjenestens veiledningsplikt overfor spesialisthelsetjenesten

Omfanget av slik veiledning forventes å være såpass beskjedent at dette må kunne dekkes innenfor den enkelte kommunes ordinære budsjetter.

Tydeliggjøring av ansvaret for pasient-, bruker- og pårørendeopplæring i den kommunale helse- og omsorgstjenesten

Lovendringen er i all hovedsak en tydeliggjøring av allerede gjeldende rett. Hvis lovforslaget fører til økte forventninger om et mer omfattende tilbud fra kommunene, vil det kreve mer ressurser. Det legges derfor til grunn at endringen ikke vil innebære vesentlige administrative eller økonomiske konsekvenser, forutsatt at det ikke må organiseres/etableres som særskilte tilbud (tilsvarende LMS i helseforetakene).

Tydeliggjøring av helse- og omsorgstjenestens ansvar for å forebygge, avdekke og avverge vold og seksuelle overgrep

Lovendringene presiserer gjeldende rett og antas derfor ikke å ha økonomiske og administrative konsekvenser av betydning.

Overføring av tannhelsetjenesteansvaret

Denne tjenesten antas i høringsnotatet å være kostnadsnøytral ved overføring av driftsmidler, men det er behov for betydelig arbeid administrativt og politisk ved å avtalefeste og fordele ansvar, oppgaver og ressurser seg imellom (forberedelse til og gjennomføring av virksomhetsoverdragelsen, herunder personaltiltak, systemkostnader mv.) som vil medføre kostnader. Det legges til grunn at overføring av oppgaver mellom forvaltningsnivåene i utgangspunktet vil følges av rammeoverføringer innenfor en samlet uendret utgiftsside på statsbudsjettet.

Vi kan ikke finne støtte for argumentet om at interkommunalt samarbeid vil medføre stordriftsfordeler og innsparinger som Fylkeskommunen ikke har funnet. Det er snarligere grunn til å anta dette kan medføre «smådriftsulemper» som kan påføre kommunene merkostnader. Aktuelle overgangskostnader knyttet til virksomhetsoverdragelsen, som antas å være betydelige, er ikke vurdert i dette høringsnotatet.

.