

REFERAT |KRS| Helse- og sosialstyret (2015-2019) d. 18-10-2016

Mødedato Tirsdag d. 18. oktober 2016 kl. 14:00

Mødested Formannskapssalen

Indholdsfortegnelse

Program for møtet.....	3
Godkjenning av protokoll fra helse- og sosialstyrets møte 27.09.16.....	6
Verbalforslag: Vurdere tildeling av brukerstyrt personlig assistent til brukere som ikke fyller minim	8
Søknad om at Kristiansand skal være vertskommune for Utviklingssenter for sykehjem og hjemmet	12
HØRING: Krav om at leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal være spesialist i alln	17

Punkt 48/16: Program for møtet



MØTEINNKALLING TIL HELSE- OG SOSIALSTYRET

Dato: 18.10.2016 kl. 13.45

Sted: Jegersberg gård / Formannskapssalen

Innkalling gjelder bare medlemmer. Varamedlemmer møter etter særskilt innkalling.

Forfall medels snarest til Politisk sekretariat tlf. 38 24 34 79 / 98 28 79 38

PROGRAM FOR MØTET:

- Kl. 13.45** Avreise fra Thon hotel Wergeland til Jegersberg gård
- Kl. 14.00 – 15.00** Omvisning og orientering byggetrinn to på Jegersberg gård ved daglig leder Pål Magne Steinsland
- Kl. 15.00** Retur til rådhuset
- Kl. 15.00 – 16.00** Arbeidsgiverpolitikk ved Tove Merethe Næss
Kvalitetssystemer ved Jan Helge Lislevand
- Kl. 16.00 – 16.30** Pause
- Kl. 16.30** Helse- og sosialstyret som legatstyre (se egen innkalling)
- Kl. 16.40** Behandling av sakskart

SAKSKART			Side
48/16	201600011-56	Program for møtet	
49/16	201600011-55	<u>Helse- og sosialstyresak:</u> Godkjenning av protokoll fra helse- og sosialstyrets møte 27.09.16	
50/16	201612806-1	<u>Helse- og sosialstyresak:</u> Verbalforslag: Vurdere tildeling av brukerstyrt personlig assistent til brukere som ikke fyller minimumskravene	
51/16	201609074-6	<u>Formannskapssak:</u> Søknad om at Kristiansand skal være vertskommune for Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester i Vest-Agder	

52/16	201610824-2	<u>Formannskpassak:</u> HØRING: Krav om at leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal være spesialist i allmenntmedisin eller under spesialisering	

Viggo Lütcherath
Leder
(sign.)

Punkt 49/16: Godkjenning av protokoll fra helse- og sosialstyrets møte 27.09.16

Bilag

Vedtak HELSOS, 18102016, Sak 49/16, Godkjenning av protokoll fra helse- og sosialstyrets møte 27.09.16



Dato 6. oktober 2016
Saksnr.: 201600011-55
Saksbehandler Anne Lise Holand Aabø

Saksgang
Helse- og sosialstyret

Møtedato
18.10.2016

Godkjenning av protokoll fra helse- og sosialstyrets møte 27.09.16

Forslag til vedtak

[Helse- og sosialstyret godkjenner protokoll fra helse- og sosialstyrets møte 27.09.16.](#)

Wenche P. Dehli
Helse- og sosialdirektør

Anne Lise Holand Aabø
Formannskapssekretær

Vedlegg:
Protokoll fra helse- og sosialstyrets møte 27.09.16

Punkt 50/16: Verbalforslag: Vurdere tildeling av brukerstyrt personlig assistent til brukere som ikke fyller minimumskravene

Bilag

Vedtak HELSOS, 18102016, Sak 50/16, Verbalforslag: Vurdere tildeling av brukerstyrt personlig assistent til brukere som ikke fyller minimumskravene



Dato 5. oktober 2016
Saksnr.: 201612806-1
Saksbehandler Alf Stensli

Saksgang
Helse- og sosialstyret

Møtedato
18.10.2016

Verbalforslag: Vurdere tildeling av brukerstyrt personlig assistent til brukere som ikke fyller minimumskravene

Sammendrag

Ved behandlingen av handlingsprogrammet for 2016, ble følgende verbalforslag stilt:

«Bystyret ber om at det i kommunen utredes mulighet for å utvide ordningen med brukerstyrt personlig assistent (BPA), slik at ordningen kan komme til gode flere trengende brukere, selv om disse ikke tilfredsstillere de definerte minstekravene.»

Brukerstyrt personlig assistanse (BPA) er praktisk og personlig hjelp til personer med omfattende funksjonshemming. Hjelpen skal tilsvare det brukeren ville fått som ordinær personlig assistanse i form av praktisk bistand og støttekontakt. Ordningen skal bare benyttes hvis brukeren selv eller en forelder kan ivareta rollen som leder for assistentene. Dette innebærer for eksempel å gi nødvendig opplæring, og lage rutiner som skaper en god arbeidsplass. Brukeren kan til en viss grad styre hvem hun/han vil ha som hjelper, hva assistentene skal gjøre, hvor og til hvilke tider innenfor det som er tildelt. BPA ordningen kan gis sammen med tjenester som ikke faller inn under rettighetsfestingen av BPA, for eksempel hjemmesykepleie. For å ha rett til BPA, må brukeren ha et behov for minst 25 timer i uka av de tjenestene som skal leveres gjennom denne ordningen.

Vurdering

Tildelingen av nødvendige helse- og omsorgstjenester til kommunens innbyggere er gjenstand for en nøye behovsprøving. Det finnes definerte minstekrav for hvilke behov som vil utløse slike tjenester til hjemmeboende fra kommunen. Dette er definert i lov og forskrift. Tjenestene er praktisk bistand og opplæring, avlastning utenfor institusjon, omsorgslønn og helsetjenester i hjemmet. Dersom det er kartlagt at brukeren har krav på tjenester, blir det vurdert hvordan tjenestebehovet mest hensiktsmessig kan dekkes. Dette gjelder type tjenester, omfanget av tjenestetimer per uke, og hvordan det er praktisk mest hensiktsmessig at tjenestene blir levert. I denne vurderingen er det særlig viktig med aktiv brukermedvirkning.

BPA er en av flere måter å yte tjenester på, det er ikke en tjeneste i seg selv. Alternativer til BPA kan være å dekke behovene gjennom kommunens hjemmetjeneste alene, eller i en kombinasjon. For at det skal være praktisk mulig å utføre tjenestene ved bruk av BPA, må personens egnethet som arbeidsleder vurderes. Arbeidslederen har det daglige lederansvar i den enkelte BPA ordning. Arbeidsmiljølovens bestemmelser vedrørende arbeidstid og avtaleverket må følges. Mer enn halvparten av brukerne med BPA er avhengig av hjelp fra kommunen for å administrere BPA ordningen. Det er en praksis som evalueres kontinuerlig. Ressursbruken i BPA er en del av den samlede ressursbruken for tjenester i hjemmet, og må sees som en del av denne, siden BPA ikke er en tjeneste i seg selv. For eksempel er det normalt ikke hensiktsmessig å levere tjenester av varighet på en time gitt fire ganger i døgnet ved bruk av BPA. Dette fordi hjemmesykepleie i et slikt tilfelle som oftest vil være en bedre løsning. Ordningen med brukerstyrt personlig assistanse kan ikke ha arbeidsavtaler i turnus med arbeidstid på fire timer om dagen fordelt på fire ulike tidspunkt gjennom døgnet. Levering av tjenester gjennom BPA må med andre ord være fornelig med tildelte timer og samtidig være forenlig med krav til assistentens turnus.

Vedtak om tildeling av tjenester gis etter de samme kriteriene uavhengig av om tjenestene leveres gjennom BPA, kommunens øvrige tjenesteleverandører eller private leverandører. Med det unngås forskjellsbehandling av brukere, og tjenestene imøtekommer den samme faglige etiske og juridiske standard. Det foreligger alltid et faglig skjønn ved tildeling av tjenester, innenfor det handlingsrommet som er gitt i lov og forskrift. Det er derfor viktig å vite at brukeren har ikke rett på flere timer ved BPA enn det vedkommende ville fått tildelt ved andre ordninger. Kommunens praksis ved tildeling av tjenester må også ta hensyn til kommunens samlede ressurser så langt som mulig. Tjenester levert ved BPA oppleves likevel som en stor fordel for de brukerne som kan nyttiggjøre seg ordningen, fordi det gir bedre styring over privatlivet. Dersom en bruker har fått tildelt et antall timer til rengjøring, kan brukeren selv velge å omdisponere enkelte av de tildelte timene for å delta på en sosial aktivitet. Betingelsen er at de behov som brukeren har fått tildelt timer til, blir ivaretatt i løpet av en gitt tidsperiode.

Det er ikke grunnlag for å behandle BPA-brukere ut i fra andre behovskriterier enn andre brukere av kommunale helse- og omsorgstjenester tjenester. Dersom kommunen senker kravene til hvilke behov som utløser tjenester, må dette gjelde alle som har behov for kommunale hjemmetjenester. Dette vil i så fall få den direkte konsekvens at det generelle innslagspunktet for rett til tjenester senkes, og som igjen vil gi et økt ressursbehov.

Antallet aktive brukere, og mengden tjenester levert gjennom BPA har vært stabil over de siste årene. Alle som faller inn under rettighetsfestingen, får i dag sine tjenester levert ved hjelp av BPA. I dag er det 43 aktive brukere av BPA. Disse får til sammen levert 50 ulike tjenester med en samlet varighet på 1453 timer per uke. Gjennomsnittlig levering av tjenester gjennom BPA er på 29 timer per uke. Utgiftene til tjenester levert gjennom BPA må ses sammen med alle andre utgifter til hjemmetjenester, fordi BPA ikke er en egen tjeneste, men en av flere måter å levere tjenestene på. Budsjettet for KOSTRA kode 254 «Helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende», som BPA er en del av, er på 422 millioner kroner.

Samlet sett er det et merforbruk på 6,3 millioner kroner for disse tjenestene per 2. tertial. Bak disse tallene er forholdet slik at hjemmesykepleie har et merforbruk på 11,6 millioner kroner, mens BPA har et underforbruk på 3,5 millioner kroner. Dette beløpet tilsvarer at en til brukere med omfattende behov for tjenester tildeles BPA-ordning i stedet for hjemmesykepleie. En annen grunn til at disse beløpene må sees i sammenheng, er at enkelte brukere mottar hjemmesykepleie i tillegg til tjenester som skulle vært levert gjennom BPA. En del brukere klarer ikke å nyttiggjøre seg BPA fullt ut, men kommunen vurderer likevel at BPA er riktig måte å levere deler av tjenesten på.

Konklusjon

Innbyggernes behov for nødvendige helse- og omsorgstjenester i hjemmet dekkes via kommunens tildelingspraksis og ressursforvaltning. BPA er en av flere måter som brukes for å administrere tjenestene. I dagens praksis tildeles BPA i noen tilfeller, ut i fra en samlet vurdering, selv om minstekravene ikke fullt ut er innfridd.

Saksbehandlingen sikrer likhet og rettferdighet i tildelingen av tjenester. Dagens bruk av BPA fyller kravene i lovverket og likhetsprinsippet. En tildelingspraksis som legger til grunn andre behovsvurderinger for BPA enn andre bistandsordninger, vil medføre at det er typen bistandsordning og ikke brukerens behov som blir utslagsgivende. Det vil også medføre økte kostnader i sektoren som det ikke er tatt økonomisk høyde for.

Dagens tildelingspraksis opprettholdes, da det best sikrer likeverdig og faglig forsvarlig fordeling av tjenestene.

Forslag til vedtak

1. Helse- og sosialstyret tar saken til orientering

Wenche P. Dehli
Helse- og sosialdirektør

Alf Stensli
Rådgiver helse- og sosialsektoren

Vedlegg:
Ingen

Punkt 51/16: Søknad om at Kristiansand skal være vertskommune for Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester i Vest-Agder

Bilag

Vedtak HELSOS, 18102016, Sak 51/16, Søknad om at Kristiansand skal være vertskommune for Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester i Vest-Agder

Samarbeidsavtale Songdalen som satelitt for vertskommune.docx



Dato 16. september 2016
Saksnr.: 201609074-6
Saksbehandler Anne Karen Aunevik

Saksgang
Helse- og sosialstyret
Formannskapet

Møtedato
18.10.2016
19.10.2016

Søknad om at Kristiansand skal være vertskommune for Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester i Vest-Agder

Sammendrag

Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester (USHT) er en nasjonal satsing som skal bidra til å sikre kvaliteten i hjemmetjenestene og sykehjem gjennom fag- og tjenesteutvikling, kunnskapsspredning og implementering av ny kunnskap og nye løsninger. Helsedirektoratet har sendt ut nye retningslinjer som skal gjelde fra og med 2017, og alle som har vært vertskommuner må nå søke på nytt. Begrepet «vertskommune» har i denne sammenhengen ikke samme betydning som vertskommunemodell etter kommuneloven. Helsedirektoratet har som ett av kravene til søknaden at den skal være politisk forankret, blant annet for å sikre at politisk ledelse i vertskommunen er kjent med de forpliktelser kommunen påtar seg når det gjelder medfinansiering, samt helsedirektoratets forventninger til å ta oppgaver og roller som gjelder andre kommuner i fylket.

Rådmannen foreslår at Kristiansand søker om å bli vertskommune. Hovedbegrunnelsen er at det er en oppgave som gjør det enklere å kunne ivareta rollen som regional motor innen sentrale utviklingsområder både i egen kommune og for kommunene i Agder.

En av endringene med ny ordning er at det nå kun skal være en vertskommune i hvert fylke. Fram til nå har både Kristiansand og Songdalen vært vertskommuner for USHT i Vest-Agder. Rådmennene i Kristiansand og Songdalen er enige om at det kun er Kristiansand som søker om å bli vertskommune for Vest-Agder, men at Songdalen får rolle som satellitt. Samarbeidet mellom Kristiansand og Songdalen beskrives i egen samarbeidsavtale som vedlegges søknaden.

Forslag til vedtak:

[Formannskapet støtter søknad om at Kristiansand skal være vertskommune for Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester i Vest-Agder, med Songdalen som satellitt](#)

Tor Sommerseth
Rådmann

Wenche S Dehli
Helse- og sosialdirektør

Trykt vedlegg: Samarbeidsavtale Songdalen som satellitt for vertskommune

Utrykt vedlegg: Søknad om vertskommune USHT Vest-Agder, inkludert plan for samarbeid andre kommuner.

1. Bakgrunn for saken

Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester (USHT) har vært en nasjonal satsing som skal bidra til gode pleie- og omsorgstjenester i kommunene. Satsingen er tilskuddsfinansiert av Helsedirektoratet og er en videreutvikling av satsingen "Undervisningssykehjem" som startet i 1999. Visjon for satsingen har vært: *Utvikling gjennom kunnskap.*

Fram til nå har både Kristiansand og Songdalen vært vertskommuner for USHT i Vest-Agder. Helsedirektoratet sendte juni 2016 ut nye retningslinjer som skal gjelde fra og med 2017, og alle som har vært vertskommuner må søke på nytt.

Søknadsfristen er 15 oktober. Søknaden fra vertskommune må politisk behandles. Helsedirektoratet ønsker at søknaden skal behandles politisk på kommunestyrenivå. Rådmannen vurderer at formannskapet er riktig politisk nivå i Kristiansand.

Selv om «vertskommune» er Helsedirektoratets benevnelse for kommuner som tar ansvar for USHT i sine fylker, innebærer det ikke de oppgaver og roller som er definert i kommuneloven §5. Det finnes ikke lovhjemmel for den samarbeidsformen som Helsedirektoratet anbefaler, og det opp til kommunene selv å utvikle gode modeller.

2. Føringer fra Helsedirektoratet

Sommeren 2016 fikk Helsedirektoratet oppdragsbrevet fra Helse- og omsorgsdepartementet vedrørende fremtidens utviklingssentre. Basert på en evalueringsprosess som ble gjennomført i 2015, og Helsedirektoratets anbefalinger, har Helse og Omsorgsdepartementet lagt føringer for fremtidens utviklingssentre. For å bidra til mer robuste utviklingssentre, er det gjort enkelte endringer for å skape bedre forutsetninger og likhet mellom sentrene.

Hovedmålet i det nye regelverket er: *Utviklingssentrene bidrar til å sikre kvaliteten i hjemmetjenestene og sykehjem gjennom fag- og tjenesteutvikling, kunnskapsspredning og implementering av ny kunnskap/nye løsninger ut fra nasjonale satsingsområder og lokale behov til kommunene i fylket.*

I ny ordning er det gjort følgende endringer:

- Det skal være ett utviklingssenter i hvert fylke. Dette skal være utviklingssenter for både sykehjem og hjemmetjenester.
- Utviklingssentret skal knyttes til et fag- og utviklingsmiljø i vertskommunen, for å sikre samarbeid og synergieffekt
- Det stilles kompetansekrav til utviklingssentrene, sentrene skal ha kompetanse i forhold til sine oppgaver, herunder tverrfaglig kompetanse, og relevant(e) mastergrad(er)
- Søknad om å være vertskommune skal forankres politisk
- Det stilles krav til vertskommunen om medfinansiering.
- Kommunen som søker om å bli utviklingssenter kan, om ønskelig i søknaden foreslå å etablere en satellitt i en annen kommune.
- Vertskommunen kan inngå avtaler om medfinansiering fra kommuner i utviklingssenteret sitt geografiske virkeområde.
- Vertskommunen er gitt tydeligere forpliktelser og skal sikre samarbeid og synergieffekt mellom utviklingssenteret og vertskommunen.

Utviklingssentrene inngår i den kommunale styringsstrukturen. Det er dermed ingen formelle styringslinjer fra Helsedirektoratet ut over det som følger av tilskudsregelverk og tilskuddsbrev som angir sentrenes mål og oppgave. Helsedirektoratet har fått i oppgave å utarbeide samfunnsoppdrag for utviklingssentrene. Dette arbeidet vil gjennomføres våren

2017 med involvering av utviklingssentrene. Samfunnsoppdraget blir deretter førende for vertskommunenenes arbeid.

3. Kristiansand og Songdalen som vertskommuner

Kommunene Kristiansand og Songdalen er enige om at Kristiansand søker om å være vertskommune og etablerer satelittavtale med Songdalen. Begge kommuner begrunner ønsket samarbeid med følgende forventninger:

- Samarbeid kan medføre effektivisering og kompetansemobilisering i begge kommuner.
- Samarbeid gir flere ressurser og personer å spille på. Det blir til sammen et større faglig miljø, noe som kan gjøre det lettere å løse møte helsedirektoratets forventninger til oppgaveløsning.
- Ved å drive aktivt med utviklingsarbeid vil begge kommuner få bedre tjenester.
- Det kan bli lettere å få innvilget tilskudd til å drive prosjekt og utviklingsarbeid når man er både en stor og en liten kommune.

Kristiansand kommune ønsker at Songdalen blir satellitt-kommune fordi Songdalen kommune kan ivareta oppgaver som krever kjennskap til drift og utviklingsarbeid i mindre kommuner.

Songdalen kommune ønsker å være satellitt-kommune fordi Songdalen har erfaring i å drive fagutviklingsarbeid i mindre kommuner som de ønsker å være med å videreutvikle. Rollen som satellittkommune kan forsterke og motivere ansatte og ledere for utviklingsarbeid i egen kommune, og det kan bidra til at Songdalen blir en attraktiv kommune for helse- og omsorgspersonell. Songdalen kan lettere få tilgang på større og robust fagmiljø og utviklingsprosjekt i Kristiansand, og dermed styrke kvalitet på eget utviklingsarbeid.

Samarbeidet organiseres i form av

- Årlig oppdragsbrev fra vertskommunen Kristiansand til satellitt-kommunen Songdalen.
- Etablering av administrativt utvalg
- Faglig møter
- Fag- og samarbeidsråd

4. Om søknaden

Rådmannen foreslår at Kristiansand søker om å bli vertskommune fordi det er en oppgave som gjør det enklere å kunne ivareta rollen som regional pådriver innen sentrale utviklingsområder både i egen kommune og for kommunene i Agder. Rollen som regional motor innen sentrale utviklingsområder i Agder vil være en stor fordel for å kunne ivareta vertskommuneansvaret for USHT Vest-Agder på en god måte.

Kristiansand får som vertskommune et forsterket ansvar for at det er gode møteplasser for kommuner i eget fylke som sikrer at USHT Vest-Agder får forankret og drøftet hva som skal være prioriteringer og egnede samarbeidsformer med kommuner og samarbeidspartnere. Kristiansand og Songdalen kommuner er enige om at USHT Vest-Agder bør benytte og forsterke eksisterende samarbeidsstrukturer i regionen, for best å kunne bidra til å bidra måloppnåelse for USHT.

Det er et krav at utviklingssenteret skal være tilknyttet et fag- og utviklingsmiljø i vertskommunen. USHT Vest-Agder vil ha sin organisatoriske tilhørighet i virksomhet for helsefremming og innovasjon, og inngår et omfattende utviklingsmiljø både internt i virksomheten og i samarbeid med andre virksomheter.

5. Økonomiske konsekvenser

Dagens finansieringsordning med øremerket bevilgning og basistilskudd til sentrene over kap. 761, post 67 videreføres, i tråd med årlige bevilgninger over statsbudsjettet. For 2016 utgjør dette 950 000 kr pr utviklingssenter, 1,9 mill. kr der utviklingssentret er sammenslått. Basisbevilgningen videreføres og det må rapporteres og søkes tilskuddsmidler årlig.

Fra 2017 stiller Helsedirektoratet krav til vertskommunen om medfinansiering. Det er ikke satt en fast sum for medfinansiering. Det er imidlertid en forventning om at medfinansiering skal bidra til å styrke senteret og søker må beskrive hvordan dette skal gjennomføres.

Kristiansands har en rekke stillinger og ressurser som inngår i fag- og utviklingsmiljøet til USHT Vest-Agder, og disse ressursene er tatt med som del av medfinansieringen i søknaden.

Kristiansand er ansvarlig for budsjettet og driften av USHT Vest-Agder. Budsjettet utarbeides årlig og er avhengig av interne prioriteringer i både vertskommune og satelittkommune, samt hvilke føringer Helsedirektoratet har for bruk av basismidler. I tillegg lyses det ut ulike tilskuddsordninger som både vertskommuner for utviklingssentre og andre kommuner kan søke på.

Songdalen får tildelt midler utfra årlig oppdragsbrev. Det forventes at Songdalen bidrar med medfinansiering i oppgaver som tildeles. Satelittkommunen kan som andre kommuner søke prosjektmidler til egen kommune. Det kan bli aktuelt med overgangsordninger for 2017 når det gjelder fordeling av ressurser mellom Kristiansand og Songdalen.

Punkt 52/16: HØRING: Krav om at leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal være spesialist i allmenntmedisin eller under spesialisering.

Bilag

Vedtak HELSOS, 18102016, Sak 52/16, HØRING: Krav om at leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal være spesialist i allmenntmedisin eller under spesialisering.

Vedtak HELSOS, 18102016, Sak 52/16, HØRING: Krav om at leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal være spesialist i allmenntmedisin eller under spesialisering.



Dato 28. september 2016
Saksnr.: 201610824-2
Saksbehandler Dagfinn Haarr

Saksgang

Helse- og sosialstyret
Formannskapet

Møtedato

18.10.2016
19.10.2016

HØRING: Krav om at leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal være spesialist i allmenntidmedisin eller under spesialisering.

Sammendrag

Helse- og omsorgsdepartementet legger fram forslag om at alle leger som har pasientrettet arbeid i kommunene fra 01.01.2017 skal ha spesialiteten i allmenntidmedisin eller være under videreutdanning til denne spesialiteten. Dette vil gjelde både fastleger og leger i andre kommunale stillinger, som legevakt, sykehjem og helsestasjon. Kommunen blir ansvarlig for å påse at leger som er ansatt i eller har driftsavtale med kommunen, er spesialister eller under spesialisering. Det er lagt opp til enkelte unntak fra kravet og overgangsordninger for leger som allerede arbeider i kommunale stillinger. Det er ikke lagt opp til økte økonomiske overføringer til kommunene.

Vurdering

Prinsippet i forslaget er fornuftig. Kommunene står foran en betydelig økning av antall innbyggere med komplekse og sammensatte helseproblemer og det foregår en kontinuerlig overføring av oppgaver fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten. Det er derfor nødvendig med økt kompetanse hos alt helsepersonell i kommunene, leger inkludert. Den nye akuttmedisinforskriften har for øvrig allerede lagt inn enda strengere kompetansekrav fra 01.01.2018 til leger som skal arbeide selvstendig i legevakt.

Det er flere uklare og vanskelige spørsmål knyttet til gjennomføringen av ordningen som høringsdokumentet ikke har behandlet eller som man bare nevner uten å diskutere konsekvensene.

- Det faglige innholdet i spesialiseringen i allmenntidmedisin er i stor grad direkte innrettet på arbeid som fastlege og i mindre grad mot arbeid innen andre allmenntidmedisinske kommunale legeoppgaver som helsestasjonstjeneste eller på sykehjem. For leger som har en kommunal bistilling ved siden av sin fastlegeavtale, er dette uproblematisk. For de andre legene vil kravet i dagens spesialitetsregler om minimum to års arbeid som fastlege, kunne gjøre rekrutteringen av heltidsansatte leger i sykehjem eller helsestasjon vanskeligere.
- Reglene må uansett åpne for at leger med andre relevante kliniske spesialiteter, som geriatri, pediatri, rus- og avhengighetsmedisin, psykiatri eller barne- og ungdomspsykiatri, kan inneha kommunale stillinger uten å måtte bli spesialister i allmenntidmedisin. Dette er viktig kompetanse som kommunene vil trenge i årene framover.

- Høringsdokumentet bagatelliserer det betydelige merarbeidet kommunene vil få med å stå ansvarlig for at alle fastleger med driftsavtale og ansatte leger fyller forskriftskravene. Det finnes i dag ikke sentrale databaser eller andre systemer for å følge opp leger som er under spesialisering.
- Det drøfter heller ikke de økte lønnsutgiftene kommunene vil få når legene blir spesialister. Totalt sett vil kommunene få økte kostnader som ikke er tenkt kompensert.
- Departementet legger opp til at leger som ikke fyller kompetansekravet, bare kan ha vikariater i to måneder og deretter en «karantene» på to måneder før de på ny kan ta vikariater i kommunehelsetjenesten. Dette vil kunne begrense tilgangen på nødvendige vikarer for leger som er i gang med sin spesialisering og har fravær fra kommunal stilling eller praksis. Vikarer er også en viktig kilde til rekruttering av leger til kommunehelsetjenesten, og det er slett ikke alltid at vikarene kan eller vil gå rett inn i en spesialisering.

Konklusjon

1. Kristiansand kommune støtter prinsippet om at alle leger i kommunal helse- og omsorgstjeneste skal være spesialister. Det er for snevert å begrense kravet til spesialiteten i allmennmedisin. Også leger med andre relevante kliniske spesialiteter må kunne arbeide pasientrettet i kommunale stillinger. Dette bidrar til økt, ikke redusert kompetanse i kommunehelsetjenesten i tråd med intensjonen i høringsnotatet.
2. Høringsnotatet er mangelfullt når det beskriver konsekvensene for kommunene, både når det gjelder direkte lønnsutgifter til legene, utgifter til å sikre spesialistutdanning av fast ansatte kommunale leger og økte administrasjons- og tilretteleggingskostnader. Kristiansand kommune krever at disse konsekvensene utredes på en forsvarlig måte og at det legges inn tilstrekkelige økonomiske midler til kommunene før man gjennomfører endringene.
3. Kravet til at vikarer uten kompetanse kun kan arbeide to måneder sammenhengende, vil i praksis sette en stopper for fleksible vikarordninger og muligheten til å rekruttere nye medarbeidere via vikariater og kan føre til økte problemer med å oppfylle lovkravene til nødvendig helsetjeneste. Kristiansand kommune vil advare mot en så innskrenkende regel.

Forslag til vedtak

Formannskapet slutter seg til rådmannens forslag til høringsuttalelse
Økonomiske konsekvenser bør utredes bedre og det forutsettes at kommunen
kompenseres for økonomiske merkostnader ved endringer

Tor Sommerseth
Rådmann

Wenche Pedersen Dehli
Helse- og sosialdirektør

Vedlegg:

Høringsdokumentet:

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/horing---krav-om-at-leger-i-den-kommunale-helse--og-omsorgstjenesten-er-spesialister-i-allmennmedisin-eller-under-spesialisering/id2509718/>