

Helse- og omsorgsdepartementet  
Postboks 8011 Dep.  
0030 Oslo

postmottak@hod.dep.no

Deres ref.:

vår ref.: 2011/3724

Dato: 26.9.2011

## **Høringsvar: Samhandlingsreformen - forslag til forskriftsendringer og nye forskrifter**

Legeforeningen viser til høringsnotat om forslag til forskriftsendringer og nye forskrifter i forbindelse med Samhandlingsreformen. Høringsnotatet har vært på intern høring i Legeforeningens organisasjonsledd og er behandlet i foreningens sentralstyre.

### **Forskrift om kommunal betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter**

Våre fagmiljøer uttrykker samlet sett betydelige bekymringer knyttet til prinsippene for, og praktiseringen av, forskriftsreguleringen av kommunal betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter. Det etterlyses ordninger som vil påvirke dagens situasjon med at mange utskrivningsklare pasienter blir liggende i sykehus.

Definisjonskriteriene for utskrivningsklare pasienter som følger av dagens regelverk fjernes. Dette øker graden av skjønn for den vurdering som skal gjøres i sykehus. Dette harmonerer dårlig med en skjerpet betalingsplikt for kommunene. Etter vår oppfatning burde det vært stilt nasjonale krav til denne vurderingen for å motvirke vridningseffekter og spillsituasjoner.

Det er riktig og nødvendig at vurderingen av om en pasient er utskrivningsklar skal vurderes av lege. Det er avgjørende for den medisinske forsvarligheten og tilliten til ordningen at det er tilstrekkelig kompetanse i denne vurderingen.

Det er viktig at de vurderinger som er foretas er transparente, og det er positivt at kommunene kan få innsyn gjennom å be om en redegjørelse. Vi vil imidlertid påpeke en fare for at personlig helseinformasjon kommer på avveie, og vil påpeke at det ikke gjelder noe unntak fra de ordinære bestemmelser om taushetsplikt i denne sammenhengen. Dette kunne med fordel vært presisert i forskriften. Videre påpeker vi at slike redegjørelser det her er tale om vil kunne medføre en betydelig administrativ ekstrabyrde som går på bekostning av tid til pasientrettet arbeid. Det bør foretas en evaluering etter relativt kort tid som vurderer disse forhold.

Legeforeningen støtter forslagene til prosedyrer i spesialisthelsetjenesten når en pasient forventes å ha behov for hjelp i kommunen. Det bør reguleres en særskilt varslingsrutine til fastlegen da mange vil ha behov for oppfølging her.

I en rekke tilfeller vil selv dagkirurgiske inngrep kunne medføre betydelig svekkelse av evnen til å kunne fungere selvstendig, slik at behov for hjelp fra kommunal helsetjeneste vil være påkrevd. Slike situasjoner synes ikke ivarettatt i forskriften. Det medfører i praksis at pasienter vil kunne utskrives uten forutgående varsel til kommunene.

Legeforeningen vil foreslå at spesialisthelsetjenesten derfor i slike situasjoner med dagkirurgiske inngrep eller planlagte kortvarige innleggelser med etterfølgende behov for kommunale tjenester, pålegges å informere kommunene når innkalling til innleggelse utsendes.

Ordningen med kommunal betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter vil ha betydelige administrative kostnader. Det legges opp til responstid i kommunen som antakelig er urealistisk og som vil kreve betydelig beredskap. Disse konsekvensene er underkommunisert.

Ordningen fremstår som et nasjonalt forsøksprosjekt og burde vært pilotert og evaluert før gjennomføring nasjonalt. Ettersom det er vedtatt en nasjonal gjennomføring fra 1. januar blir det svært viktig at den følges opp av en evaluering etter relativt kort tid. Det må settes en frist og bevilges midler til dette.

#### **Forskrift om kommunal medfinansiering**

De tilbakemeldinger Legeforeningen mottar fra våre fagmiljøer er at det råder betydelig usikkerhet med hensyn til hvordan det kommunale tilbudet skal bygges ut. Etter det vi får opplyst mangler kommunene blant annet en oversikt over hvor mange pasienter som er behandlet med hvilke DRG koder de siste årene ved ulike lokalsykehus. Også høringsnotatet bærer preg av at departementet ikke har oversikt over praktisering og konsekvenser, bare 4 måneder før ordningen skal tre i kraft.

Ordningen forutsetter en dynamikk hvor kommunene skal bygge ut sine tjenester for å kunne ivareta pasientene gjennom alternative og kostnadseffektive tilbud samtidig som det skal bero på en medisinskfaglig vurdering hvor pasientene skal få helsehjelpen. Dette forutsetter en kommunikasjon mellom alle fagmiljøer som vi er usikre på om det kommende regelverket i tilstrekkelig grad legger til rette for.

Kommunene er fremmede for ISF systemet. Det blir viktig at det legges til rette for opplæring og veiledning i dette fra sentrale myndigheters side. Fylkesmannen bør også tillegges en revisjons- og kontrolloppgave mht dette på kommunenes vegne.

Hensikten med den kommunale medfinansiering er at kommunene skal få et insentiv til å bygge opp tjenester som vil kunne overta en del av spesialisthelsetjenestens funksjoner. Dermed skulle en del av henvisninger fra fastleger og legevaktsleger til spesialisthelsetjenesten kunne unngås ved at pasientene i stedet fikk et kommunalt behandlingstilbud. Imidlertid er en betydelig del av aktiviteten i spesialisthelsetjenesten egengenererte henvisninger enten i form av henvisninger mellom avdelinger eller ved at pasienter settes opp til nye kontroller ved samme avdeling.

Vi er enig i at det er behov for utvikling av nye tilbud i kommunehelsetjenesten og at det kan gjøre det mulig å gi en del pasienter et bedre tilbud i kommunen enn å bli lagt inn på sykehus. Utvikling av nye tilbud i kommunehelsetjenesten må imidlertid ha et bedre finansieringsgrunnlag enn de midlene som passerer gjennom kommunen under en ordning med kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenester.

Tilsvarende som for forskriften om kommunal betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter mener vi ordningen burde vært pilotert i mindre skala forut for nasjonal ikrafttredelse. En hurtig evaluering blir svært viktig.

### **Forskrift om Norsk pasientregister**

Ordningen med kommunal medfinansiering vil i seg selv medføre øket bruk utlevering av informasjon fra Norsk Pasientregister til Helsedirektoratet. Dette illustrerer utfordringene som oppstår når det lages omfattende helseregistre. Disse vil i de fleste tilfeller kunne gi nyttig informasjon til administrative forhold, og det er tilfellet også her. Legeforeningen har i flere sammenhenger vært sterkt kritisk til en slik utvikling. Det er viktige premisser at opplysningene ikke kan utleveres med direkte personidentifiserbare kjennetegn, og at det heller ikke kan skje noen sekundærbruk i kommunene.

### **Forskrift om institusjon i den kommunale helse- og omsorgstjenesten**

I forskriftsutkastet presiseres det at aldershjem og boliger med heldøgns helse- og omsorgstjenester for rusmiddelavhengige på pasientskadelovens virkeområde ikke skal regnes som institusjon under den kommunale helse- og omsorgstjenesten etter pasientskadeloven § 1 første ledd bokstav a. Pasientskadeloven vil derfor ikke gjelde disse institusjonene. Pasientskadelovens virkeområde omfatter likevel beboere ved slike institusjoner i de tilfeller beboerne skades når de mottar helsehjelp fra helsepersonell med autorisasjon eller lisens, eller fra personer som opptrer på vegne av disse.

Ordningen vil fremstå uklar for pasienter/ brukere og helsepersonell og vil antakelig bli krevende å praktisere. Det bør vurderes en justering av pasientskadeloven hvor alle tjenester innenfor slike institusjoner omfattes.

### **Forskrift om vederlag for kommunal legehjelp og fysikalsk behandling**

Vi vil her påpeke at departementet i forbindelse med forskriftsreguleringen bør benytte anledningen til å endre betegnelse fra Den norske lægeforening til Den norske legeforening i § 1.

### **Forskrift om rett til helse- og omsorgstjenester til personer uten fast opphold i riket**

Legeforeningen har betydelige innvendinger til hvordan retten til helsehjelp for personer uten lovlig opphold i landet er regulert. Etter vår oppfatning er det nye regelverket egnet til å ytterligere tilsløre (mangelen på) rettigheter for denne gruppen. Enkelte bestemmelser er svært vanskelig tilgjengelige, for eksempel den prinsipielt viktige § 4 om barns rett til helse- og omsorgstjenester.

Vi mener det er tvilsomt om forskriften oppfyller barnekonvensjonens krav til å gi barn rett til helsehjelp. Det bør tydeliggjøres at alle barn har rett til forebyggende helsetjeneste i form av vaksinasjon. Videre må det klargjøres at alle barn skal ha rett til helsekontroller.

### **Vederlag for kommunal legehjelp og fysikalsk behandling**

Personer uten lovlig opphold bør få dekket helsehjelp til honorartakst for å harmonisere med øvrige rettigheter/lovverk for de samme gruppene. Dette er i mange tilfeller mennesker i stor nød, ofte uten mulighet for elektroniske betalingsmedier. Det er viktig at egenandelsproblematikken ikke blir et hinder for at disse personene får helsehjelp.

### **Disponering av kontantytelser fra folketrygden**

Det er trolig ikke behov for dagens regulering av trivselstiltak, og ordningen bør således oppheves, mulig med unntak av for rusomsorg.

### **Forskrift om individuell plan, koordinator og koordinerende enhet**

Dette er en sentral forskrift dersom samhandling skal fungere lokalt og regionalt.

Det er ikke forskriftsfestet noe om tilgjengelighet til koordinator. Det er en utfordring at det kan være vanskelig å oppnå kontakt mellom ressurspersoner (i dette tilfelle koordinatorene) på forskjellig forvaltningsnivå, og denne utfordring kunne gjerne vært vurdert i notatet uansett om det forskriftsfestes eller ei. Det virker dessuten som om den koordinerende enhet på helseforetaket ikke skal ha oversikt over hvem som er koordinator for den enkelte pasient. Dette virker uhensiktsmessig. Den koordinerende enhet bør ha slik oversikt, slik at samarbeidende instanser fra bl.a. kommuner har en enkelt instans de kan kontakte ved behov.

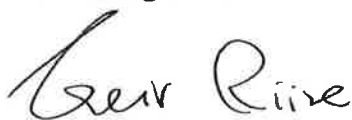
Innholdet i koordinatorfunksjonen er mangelfullt beskrevet. Fastlegen er den naturlige medisinske koordinator, herunder ansvar for å koordinere medisinske tiltak. Tilsvarende burde innholdet i øvrig koordinering beskrives nøyere.

Når det gjelder koordineringsenheten i kommunene vil det være en betydelig utfordring kompetansemessig og ressursmessig å ivareta en slik funksjon for alvorlig psykisk syke som er til fare for andre, evt dømt til tvungent psykisk helsevern. Vi vil reise spørsmål om det er realistisk at målsettingene for den koordinerende enheten nås i forhold til disse pasientene eller om man evt bør etablere et særskilt tilbud til disse.

Koordinator for pasient i helseforetaket skal erstatte ordningen med pasientansvarlig lege. Denne ordningen har på mange avdelinger ikke fungert, verken for pasienter eller samarbeidspartnere i kommunehelsetjenesten. Det blir en utfordring å sørge for at de nye bestemmelsene fungerer bedre enn ordningen med pasientansvarlig lege.

De hensyn som begrunnet pasientansvarlig legerollen i sykehus, eksisterer fortsatt og oppheves ikke med opphevelse av lovkravet. Pasienter som henvises til spesialisthelsetjenesten ønsker større kontinuitet i legeoppfølgingen enn det som ofte er dagens situasjon. Legeforeningen vil be om at det vurderes hvordan sykehus i dag kan tilrettelegge bedre den medisinske behandling pasienter forutsettes å få.

Med vennlig hilsen



Geir Riise  
Generalsekretær



Anne Kjersti Befring  
Direktør

Saksbehandler: Lars Duvaland