

**Helse- og omsorgsdepartementet**  
**Postboks 8011 Dep**  
**0030 Oslo**  
**Att. Elisabeth Salvesen**

Vår ref.  
2011/477 - 5482/2011

Deres ref.  
201101755-/KJJ

Saksbehandler  
Svanhild Jenssen, 74 83 99 31

Dato  
22.09.2011

## **Høring - Samhandlingsreformen - forslag til forskriftsendringer og nye forskrifter som følge av Prop. 91 L (2010-2011) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester**

Høringsuttalelsen fra Helse Midt-Norge er utarbeidet i samarbeid med Helseforetakene i Midt-Norge.

Etter vårt syn vil de foreslåtte forskrifter være nyttige og gir viktige presiseringer av de virkemidlene som er vedtatt. Forskriftene vil derfor være nyttige i det videre arbeidet med implementering av Samhandlingsreformen

Vi vil likevel komme med noen konkrete forslag til endringer og noen kommentarer til innholdet i høringsnotatet.

### **Ad ny forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter.**

Etter vårt syn er det helt avgjørende at det skapes tillit til beslutningen om at en pasient er utskrivningsklar. Vi har gode erfaringer for at samarbeidet mellom helseforetak og kommuner om utskrivningsklare pasienter blir bedre når begge parter samarbeider om felles retningslinjer for utskrivningsklare pasienter. I forskriften legges ansvaret for å definere pasienten som utskrivningsklar til spesialisthelsetjenesten. Vi er ikke i tvil om at det er hensiktsmessig at spesialisthelsetjenesten har ansvar for å vurdere medisinske forhold som ligger til grunn for definisjonen.

Vi foreslår at §4 endres til - ”en pasient er utskrivningsklar når lege i spesialisthelsetjenesten vurderer at det ikke er behov for ytterligere behandling i spesialisthelsetjenesten. Avgjørelsen skal være basert på en individuell medisinsk faglig vurdering og basert på rutiner/retningslinjer utarbeidet av kommuner og helseforetak i felleskap.

Psykisk helsevern har uttrykt bekymring om at pasienter med psykiske lidelser er unntatt fra forskriften fordi dette kan medføre at utskrivningsklare pasienter med psykiske lidelser kan få lavere prioritet i kommunene. Det samme gjelder også for pasienter som behandles for rusavhengighet. Denne forskriften regulerer betalingsordninger for utskrivningsklare pasienter, og er avgrenset til somatikk. Ansvaret for å sikre tilbud til pasienter som har behov for kommunale tjenester, og som ikke lenger har behov for spesialisthelsetjeneste, gjelder også pasienter i psykisk helsevern og i rusomsorgen.

### **Ad forskrift om individuell plan.**

Vi er tilfreds med at forskriften beskriver at kommuner og helseforetak har felles plikt for å sørge for at individuell plan utarbeides. Vi er også tilfreds med at ansvaret for å utarbeide planen plasseres i kommunen.

Vi registrerer at det i forskriften foreslås at koordinerende enhet skal ha et overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinatorene. Etter vårt syn bør det presiseres i forskriften at ansvaret for individuell plan og rehabilitering/habilitering til enkeltpasienter må ligge til den eller de som har ansvar for pasientbehandling i aktuell avdeling/enhet.

Vi er enige i at det er hensiktsmessig at det både i kommunen og spesialisthelsetjenesten oppnevnes personer som er ansvarlig for koordinering av tjenestene til pasienten. Vi er imidlertid usikre på om begrepet koordinator er riktig benevnelse, etter vårt syn er pasientforløps koordinator et bedre begrep.

### **Generell kommentar:**

Ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og forslagene som nå er ute til høring, vil være nyttige bidrag til implementering av samhandlingsreformen. Verken loven eller forskriftene utdyper spesielt kommunens forhold til fastleger og fysioterapeuter med driftsavtale. Vi anbefaler at de framtidige avtaler mellom helseforetak og kommuner tydeliggjør disse profesjonenes ansvar i pasientforløpene.

For helseforetakene er det av avgjørende betydning at kommunene er i stand til å forvalte ansvaret for utskrivningsklare pasienter, fordi det vil overføres midler fra helseforetakene til kommunene. Dersom pasientene blir liggende i sykehus kan dette få følger for sykehusenes kapasitet.

---

Med vennlig hilsen

Daniel Haga  
Direktør for samhandling

Svanhild Jenssen  
seniorrådgiver

2 vedlegg

Til Svanhild

Høring samhandlingsreformen. Innspill § 13.

**§13 Koordinerende enhet (KE) for habilitering og rehabilitering i spesialisthelsetjenesten**  
Oppgavene til den koordinerende enheten som nå er lovpålagt i hvert HF: Som påpekt over, er det vanskelig å se for seg hensiktsmessigheten av at KE på helseforetaket skal oppnevne koordinator. Dette bør presiseres. Når det gjelder omfanget av pasientene som skal få tilbud fra KE, så er det noe uklart at det avgrenses til habilitering og rehabilitering, samtidig som KE skal ha overordnet ansvar for IP, som jo gjelder en større gruppe – nemlig alle som har langvarige behov for koordinerte tjenester. Ikke alle av disse vil være i en habiliterings-/rehabiliteringssituasjon i alle faser av sine forløp.

I loven står det at helseforetaket skal ha en KE. Vi ser behov for at det presiseres at det skal finnes en koordinerende enhet med regionalt ansvar (RKE). I " Rapporten "KE binder tjenestene sammen" IS 1509, skriver Bjørn Guldvog i forordet at RKE gjør et viktig arbeid i å utvikle nettverk og møteplasser på tvers av kommunegrenser og tjenestenivåer. Helsedirektoratet skriver videre i IS 1509, at det gjøres et betydelig utviklingsarbeid i regi av de regionale KE for å få KE etablert på helseforetaksnivå slik direktoratet anbefaler. De regionale koordinerende enhetene for habilitering og rehabilitering er nå godt innarbeidet i hver helseregion, har dannet et nasjonalt nettverk, og er "navet" i svært mye av den koordinering og det informasjonsarbeid som skjer i helseregionene mellom KE på HF og i kommuner, samt samarbeid med andre samarbeidspartnere som private rehabiliteringsinstitusjoner. RKE-ene har utviklet og oppdaterer regionale nettstedet med informasjon og nyhetsstoff på hab/rehab.feltet, og driver den nasjonale informasjonstelefonen for rehabilitering, i tillegg til betydelig rådgivings- og koordineringsvirksomhet. Det er særdeles viktig at denne funksjonen som nå er etablert, tydeliggjøres i forskriften slik at den ikke forsvinner. Gjerne også med beskrivelse av oppgaver og funksjon, slik Helsedirektoratet har gjort det i flere publikasjoner de siste årene.

Mvh

Steinar

Helse Midt-Norge RHF, Stjørdal

Sendes elektronisk som vedlegg til e-post stilet til

[postmottak@helse-midt.no](mailto:postmottak@helse-midt.no)

Vår referanse

2011/ 539-2

Dato

22.09.2011

Høring vedr. Samhandlingsreformen – forslag til forskriftsendringer og nye forskrifter

Samhandlingsreformen skal etter intensjonen innebære en målrettet satsing på helsefremmende og forebyggende arbeid, overføring av en større del av oppgavene til kommunene, og mer helhetlige og koordinerte tjenester som skal sikre en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste.

Rusbehandling Midt-Norge (RMN) har kommentarer til følgende forslag til endringer i eksisterende forskrifter og forslag til nye forskrifter:

Ad forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter

Rusbehandling Midt-Norge stiller spørsmål ved hvorfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling og psykisk helsevern ikke er omfattet av den aktuelle forskriften. RMN mener det er uheldig at spesialisthelsetjenesten ikke framstår som helhetlig innenfor sine tre fagområder; somatikk, tverrfaglig spesialisert rusbehandling og psykisk helsevern. Departementet vil vurdere om pasienter innenfor rus og psykisk helsevern skal inkluderes "på sikt". Kommunene vil følgelig rette sitt hovedfokus på pasienter som utskrives fra somatiske sykehus. En naturlig konsekvens vil være at tilretteleggingen for pasientgrupper som er unntatt fra forskriften, nedprioriteres. Dette er uheldig; også på bakgrunn av at det dreier seg om pasientgrupper som pr. i dag ikke har høy status. RMN etterlyser en klar begrunnelse for at kun somatikk omfattes av forskriften.

"Utskrivningsklar" er ikke et klart begrep. Spesialisthelsetjenesten er her gitt definisjonsmakten alene. Departementet understreker at forsvarlighetskravet til enhver tid vil gjelde både for spesialisthelsetjenesten og kommunen. Det er likevel en fare for at spesialisthelsetjenesten definerer sin funksjon for snevert og avgrenser sitt ansvarsområde. Forsvarlighet mht utskrivning kan ikke sees løsrevet fra kunnskap om hvilket faglig tilbud den enkelte kommune kan gi. Hva som totalt sett er et forsvarlig kommunalt tilbud etter utskrivelse, er opp til kommunen å vurdere, slik forslaget nå foreligger. Det er her en fare for at kommunens selvstendige vurdering av et videre forsvarlig tilbud pasienten skal ha etter utskrivning (hvilket tilbud og hvilket omfang), ikke blir tilstrekkelig faglig fundert. Slik forslaget til forskrift nå foreligger, kan en risikere konflikter mellom partene på grunn av for lite gjensidig involvering i faglige vurderinger. RMN mener at siktemålet må være at partene i størst mulig grad har en felles forståelse av når pasienten er utskrivningsklar samt videre tiltak. Forpliktende planlagte integrerte pasientforløp som

omfatter samhandling før, under og etter innleggelse er her et verktøy. For tilstander som ikke er akutte, er samhandlingen før innleggelse vesentlig for et godt pasientforløp.

Ad forskrift om kommunal medfinansiering

Medfinansiering av spesialisthelsetjenester for å stimulere kommunen til å bygge opp gode tjenestetilbud i egen kommune, kan ha gunstige effekter, under forutsetning av et tilstrekkelig finansieringsgrunnlag. Forslaget er at ordningen ikke skal gjelde tverrfagligspesialisert rusbehandling og psykisk helsevern. RMN vurderer det som klart uheldig at kommunen ikke gis samme insentiver for styrking og utvikling av tilbudene til disse gruppene. Det er en reell fare for at disse gruppene blir nedprioritert om de ikke inkluderes i ordningen.

En generell kommentar er at utilsiktede effekter av økonomiske insentiver må vurderes nøye, behandling og omfanget av den skal være faglig fundert.

Ad forskrift om institusjon i den kommunale helse- og omsorgstjenesten

Det er positivt at departementet forsøker å tydeliggjøre institusjonsbegrepet. RMN ser en mulighet for at rusarbeidets plass i helse- og omsorgstjenesten i gjennom dette kan forsterkes. Vi ser imidlertid at det er behov for å arbeide videre med avklaring av institusjonsbegrepet.

Ad forskrift om rett til helse- og omsorgstjenester til personer som oppholder seg ulovlig eller kortvarig i riket mm

RMN ser positivt på at barns rettigheter styrkes i tråd med FN's konvensjon om barnerettigheter art. 24.

Ad Individuell plan, koordinator og koordinerende enhet

Forankringen av ansvaret for individuell plan og koordinatorrollen er forsøkt bedre avklart. Det beskrives nå flere koordinatorene, dette synes ikke heldig for en tydeliggjøring av dette ansvar og oppgaver i et forløp. RMN er uenig i koordinator bør være lege i spesialisthelsetjenesten. I tverrfaglig spesialisert rusbehandling, vil det ofte være mer hensiktsmessig at koordinator er annet helsepersonell enn lege.

Generelt

Vektlegging av det sosialfaglige perspektiv etterlyses i samhandlingsreformen. Ikke minst viktig i tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Med vennlig hilsen

Dag Hårstad  
(sign)

Kristin Tømmervik  
saksbehandler