

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep.
0030 OSLO

Deres ref.:

Vår ref.:
2011/169-2/ 008

Saksbehandler/dir.tlf.:
Oddvar Larsen, 75 51 29 31

Sted/dato:
Bodø, 06.10.2011

Høringsuttalelse fra Helse Nord RHF. Samhandlingsreformen - forslag til forskriftsendringer og nye forskrifter som følge av Prop. 91 L (2010-2011) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester - Høringsfrist 6. oktober 2011

Det vises til departementets høringsbrev av 4.7.2011

Vedlagt oversendes høringsuttalelse fra Helse Nord RHF, til de forskriftsforslag vi finner det naturlig å komme med merknader til. Uttalelsen er utarbeidet i samarbeid med helseforetakene i Helse Nord, og avgis derved for foretaksgruppen under ett.

1 Innledning

Det gis allmenn tilslutning til forslagene til forskriftsendringer og nye forskrifter som følge av Prop. 91 L (2010-2011). Uttalelsene gjelder derfor i hovedsak behov for presiseringer for å bedre klargjøre ansvar og roller. Frist for varsling om utskrivningsklare pasienter foreslås forlenget for at kommunene skal ha tilstrekkelig tid til å planlegge tilbud. For brukerne er det svært viktig at endringene i finansiering ikke gis utilsiktede konsekvenser ved at tjenester bygges ned før alternative tilbud er etablert, og at det settes klare krav til kvaliteten i tjenestene bl.a. gjennom retningslinjer og veiledere.

Slik Helse Nord ser det, vil fastlegenes rolle og ansvar i gjennomføring av samhandlingsreformen ha avgjørende betydning for måloppnåelse. Vi imøteser derfor forslag til ny fastlegeforskrift slik som bebudet.

2 Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter, høringsbrevets kap. 3

2.1 Finansieringsansvaret

Forslaget til forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter innebærer en konkretisering og nærmere regulering av det finansieringsansvaret kommunene har for utskrivningsklare pasienter fra dag en, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 11-4 første ledd. Helse Nord tiltrer prinsippene i forskriften, som oppfattes som en klar forbedring i forhold til gjeldende ordninger og forskrifter.

Videre støttes forslaget om at finansieringsansvar for utskrivningsklare pasienter inntre fra første dag, forslaget § 6, 1. ledd, forutsatt at prosessreglene for øvrig er iaktatt.

Betalingsplikt vil ikke inntre når pasienten er ferdigbehandlet på sykehus, men oppholder seg der i påvente av annet tjenestetilbud i spesialisthelsetjenesten. Helse Nord vil foreslå at det konkretiseres evt. eksemplifiseres hva som menes med annet tjenestetilbud. Vil dette kun gjelde dersom det er opphold i påvente av tjenestetilbud relatert til den aktuelle sykdom/behandling vedkommende er innlagt for, eller gjelder dette også der pasienten venter på behandling for annen tilstand, eller evt. en uprioritert, ikke relatert tilstand med lang ventetid?

2.2 *Ansvarlig for å definere tidspunktet for når pasienten er utskrivningsklar*

Helse Nord gir sin tilslutning til forslaget om at det er lege i spesialisthelsetjenesten som vurderer om pasienten er utskrivningsklar, noe som er en videreføring av dagens ordning.

Forslaget omhandler ikke vurderingskriteriene. Det bes om at departementet vurderer om det er formålstjenelig å inkludere enkelte vurderingskriterier også i den nye forskriften, noe som kan bidra til større enighet og lik praksis ved vurderingen, og gi større grad av forutsigbarhet for kommunene.

2.3 *Rutiner for vurdering og varsling*

Rutiner rundt utskrivning og vurdering av etterfølgende behov er viktig for mange pasienter. Tydelig ansvars plassering og gode rutiner er derfor av avgjørende betydning for at reformen skal lykkes etter sin hensikt.

Forslaget til rutiner for vurdering av pasienter i forhold til spørsmålet om vedkommende vil ha behov for hjelp fra kommunen ved utskrivning støttes. Etter vår vurdering kan imidlertid 24 timer være noe kort tid til å kunne foreta en forsvarlig vurdering og for å kunne gjennomføre den nødvendige dialog mellom tjenestenivåene. Det foreslås derfor at fristen utvides til 48 timer. Tidligst mulig varsling er viktig for å kunne planlegge utskrivning, og dermed unngå ekstra liggetid i sykehus.

En generell frist på 48 timer, bør likevel ikke være til hinder for raskere utskrivning av pasienter som er innom sykehus for avklaring gjennom kortere observasjonsopphold, men der pasienten har behov for videre oppfølging i førstelinjen.

Departementet bes om å avklare betalingsplikten ved en utvidet varslingstid, og for korttidsopphold under 48 timer. Det bør legges opp til felles/standardiserte varslings-/rapporteringsmaler.

Uansett tidsfrist, er det viktig at kommunen etablerer rutiner og et apparat for å ta imot denne type meldinger fra spesialisthelsetjenesten. Det bør vurderes om dette skal presiseres sterkere i selve forskriften; bl.a. fordi det vil ta tid før detaljerte avtaler er inngått mellom partene, og for å forenkle arbeidet med avtalene. Når det forventes videre oppfølging og behandling i kommunen må det gis tilbakemelding så snart som mulig til kommunen, for at kommunen skal kunne legge til rette for dette slik at det ikke blir avbrudd i behandlingen.

Meldinger knyttet til utskrivningsklar pasient vil i all hovedsak være elektroniske. Denne type meldinger er også en del av ”meldingsporteføljen” som ble utarbeidet som del av ELIN-K – prosjektet. Ved bruk av elektroniske meldinger må det stilles strenge krav til informasjonssikkerhet, herunder gjennomføring av risikoanalyser. Videre må det etableres ordninger som sikrer at meldingene behandles korrekt og i rett tid. Ifølge høringsnotatet skal meldingene behandles etter reglene i helsepersonelloven §§ 25 og 45. Etter disse bestemmelsene kan pasientinformasjon etter

nærmere vilkår utveksles basert på presumert samtykke ("dersom pasienten ikke motsetter seg det"). Det må etableres ordninger som sikrer at pasienten og/eller pårørende får informasjon om at det vil bli sendt melding til kommunen, og pasienten eller pårørende skal ha mulighet til å motsette seg at slik melding sendes.

Slik elektronisk, meldingsbasert kommunikasjon (PLO-meldinger) mellom nivåene vil i begrenset grad være realisert innen 1.1.2012, men gradvis implementeres i løpet av 2012-2013. Det er likevel viktig at kravet til god kommunikasjon om utskrivning av pasienter også ivaretas før slike nettbaserte kommunikasjonsløsninger er på plass. Vi vil særlig understreke betydningen av en (foreløpig) epikrise følger utskrivningen av den enkelte pasient, slik at nødvendig informasjon om videre oppfølging og behandling ivaretas.

3 Forskrift om kommunal medfinansiering, høringsbrevets kap. 4

Det er viktig at den kommunale medfinansieringen ikke skaper utrygghet for brukerne av helsetjenesten, i betydningen frykt for at de ikke skal få samme tilgang til spesialisthelsetjenester når de har behov for det. Vi har imidlertid tillit til at fastlegene fortsatt vil henvise pasienter som har behov for det til sykehusene. De kommunale tilbud som organiseres, skal derfor ikke komme i konkurranseforhold til sykehusene, men være et faglig tilpasset supplement. Dimensjonering av – og innhold i - kommunale tilbud, må følgelig tilpasses på måter som ivaretar faglig forsvarlighet og stedlig kompetanse.

4 Forskrift om institusjon i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, høringsbrevets kap. 7

Helse Nord slutter seg til de foreslåtte bestemmelsene om hva som skal regnes som helseinstitusjon etter helse- og omsorgstjenesteloven.

Helse Nord savner imidlertid en vurdering av hvorvidt også kommunale plasser med tilbud om døgnopphold for brukere med behov for øyeblikkelig hjelp, korttidsplasser, rehabiliteringsplasser og avlastningsplasser i institusjon burde vært regnet som helseinstitusjonsplasser. Dette vil kunne ha betydning blant annet i forhold til rettighetene i pasientskadeloven.

5 Helsepersonellovens anvendelse, høringsnotatets kap. 8

Helse-Nord er enig i departementets vurdering av at mottakere av omsorgslønn ikke skal regnes som helsepersonell etter helsepersonelloven. Vi er også enige i at det ikke skal pålegges dokumentasjonsplikt for personell som yter hjelp som ikke er helsehjelp.

Det gis tilslutning til forslaget om *at det i forskriften inntas en ny bestemmelse, § 1a, for å tydeliggjøre at det med "helsepersonell" i forskriften også menes annet personell som yter tjenester etter lov om kommunale helse- og omsorgstjenester som ikke er å anse for helsehjelp. Tilsvarende foreslås det å tydeliggjøre at det med "pasient" i forskriften også menes personer som anmoder om eller mottar tjenester etter lov om kommunale helse- og omsorgstjenester som ikke er å anse for helsehjelp.*

6 Individuell plan, koordinator og koordinerende enhet, høringsnotatets kap. 10

6.1 Koordinator

Gjeldende forskrift om individuell plan foreslås endret som følge av lovendringer om koordinerende enheter og koordinator. Forskriften utvides fra å gjelde bare individuell plan(IP) til å omfatte både

individuell plan og koordinator, hvor koordinator skal oppnevnes for pasienter med behov for komplekse eller langvarige og koordinerte tjenester. Dette støttes.

Det er positivt at det nå synliggjøres at pasientens rettighet ikke bare knyttes til eksistensen av et dokument (=plan), men også til konkrete leveranser i form av koordinerte tjenester. Forskriften klargjør dessuten oppgavefordelingen mellom kommuner og foretak. Brukerrettighetene ivaretas på en god måte. At plikten til å oppnevne koordinator gjelder uavhengig av om pasienten eller brukeren ønsker individuell plan, og at koordinator skal sikre at den enkelte pasient eller bruker får tilbud om individuell plan hvis vilkårene er oppfylt, er en viktig presisering som støttes. Forslaget om at koordinatorrollen skal være profesjonsnøytral tiltres også.

Retten til koordinerte tjenester og til koordinator i spesialisthelsetjenesten, uavhengig av eventuell IP, er en viktig rettighet for pasienten, og en ny og utfordrende rolle for helsepersonell i spesialisthelsetjenesten. Fra brukersiden er det ønskelig at forskriften til en viss grad eksemplifiserer hva koordinering i forbindelse med institusjonsopphold omfatter, herunder også i tilknytning til undersøkelser og behandling fra ulike avdelinger og klinikker som pasienten er henvist til. Mange med langvarige og komplekse tilstander blir innkalt til en og en undersøkelse ved ulike avdelinger, gjerne med kort tid mellom. Dette kan være unødig belastende. Brukerne påpeker også at vilkårene for få slik koordinator bør tydeliggjøres; dette gjelder særlig, mht hva som forstås med komplekse eller langvarige tjenester.

Avslutningsvis under dette punkt bemerkes at benevnelsen koordinator (tidligere pasientansvarlig lege) i de nye forskrifter kan skape forvirring ved at den omfatter både individ- og systemnivå.

Koordinering på ”langs og på tvers” vil, slik vi ser det, nødvendiggjøre utvikling av en elektronisk løsning for individuell plan. Så langt vi kjenner til er det i liten grad lagt til rette for dette i dagens systemer, og behovet for ny funksjonalitet i elektroniske pasientinformasjonssystemer mv vil kunne utløse omkostninger.

6.2 *Koordinerende enhet*

Forskriften fastslår at koordinerende enhet i helseforetaket blant annet skal ha overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator.

Det bemerkes at det synes noe uklart om pasientgruppen som skal få sitt tilbud fra Koordinerende enhet i spesialisthelsetjenesten er avgrenset til habilitering og rehabilitering. Koordinerende enhet skal ha overordnet ansvar for IP, som vil omfatte en større gruppe; dvs. alle som har langvarige behov for koordinerte tjenester. Ikke alle av disse pasientene vil være i en habiliterings-/rehabiliteringssituasjon i alle faser av sine forløp.

6.3 *Administrative og økonomiske konsekvenser*

Departementet legger til grunn at endringene når det gjelder IP, KE og koordinator ikke vil medføre store administrative eller økonomiske konsekvenser. Vi finner det på sin plass å modifisere denne vurdering, ettersom det kreves betydelige ressurser for å drifte disse funksjonene, bl.a. mht kompetanse.

6.4 *Forskrift om pasientansvarlig lege*

Forskrift om pasientansvarlig lege oppheves. Ordningen med pasientansvarlig lege omfatter pasientgrupper utover de med langvarige og kroniske lidelser. I praksis har det vært tilstrebet at alle

pasienter skal ha pasientansvarlig lege, og at dette skal dokumenteres i epikrisen. Vi savner derfor en tydeliggjøring av hvorvidt intensjonene med pasientansvarlig lege fortsatt skal gjelde for pasienter som ikke har behov for langvarige og koordinerte tjenester, og hvordan dette eventuelt skal skje.

7. Profesjonsnøytralitet, høringsnotatets kap. 11.1

I ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester har departementet foreslått en profesjonsnøytral lov. Dette innebærer at det ikke er foreslått spesifikke innholds- eller kompetansekrav til loven. Kommunene står fritt til å utvikle sine helsetjenester. I sin ytterste konsekvens kan kommunene velge bort stillingshjemler for blant annet fysio- og ergoterapeuter og redusere for eksempel antallet sykepleierstillinger som erstattes med andre helsepersonellgrupper. Dette kan føre til at mulighetene for å tilrettelegge tjenestene med tilstrekkelig fagkompetanse reduseres. Det er derfor viktig at faglige kompetansekrav fremkommer i nasjonale faglige veiledere og retningslinjer innenfor de ulike tjenester, men uten at dette skal binde det tjenesteansvarlige nivå til bestemte profesjonsspesifikke løsninger.

Med vennlig hilsen

Lars Vorland
signert
Administrerende direktør

Oddvar Larsen
signert
Spesialrådgiver