

Det kongelige helse- og omsorgsdepartement  
Postboks 8011  
0030 OSLO

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

Vi viser til aktuelt høringsbrev og høringsnotat fra helse- og omsorgsdepartementet, datert 4.7.2011.

Avdeling for sykepleierutdanning har merknader til

- Kapittel 3 – Ny forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter
- Kapittel 4 – Forskrift om kommunal medfinansiering
- Kapittel 6 – Fordeling av kostnader mellom kommuner, vederlag og institusjoners disposisjoner over kontantytelser fra folketrygden
- Kapittel 11 – Andre forslag

### **Kapittel 3 – Ny forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter**

#### Når en pasient skal defineres som utskrivningsklar

Om videre behandling og oppfølging av pasienten krever innleggelse i spesialisthelsetjenesten, vil antakelig være kommuneavhengig og avhenge av tjenestetilbud og kompetanse i den enkelte kommune. Som eksempel kan nevnes intravenøs antibiotikabehandling. I dag er det ikke uvanlig at pasienten blir liggende i sykehus inntil intravenøs behandling avsluttes. Dette er en behandling som like gjerne kunne ha foregått i kommunen såfremt kommunen har nødvendig kompetanse og kan gi et forsvarlig tilbud. Spørsmålet er hvorvidt det i det nye systemet ligger insitamenter for at kommunene skal bygge opp kompetanse lokalt.

Kriterier for når en pasient er utskrivningsklar er relativt lik beskrivelser i lokale samhandlingsavtaler som regulerer samhandling mellom spesialisthelsetjeneste og kommunehelsetjeneste. Til tross for at dette er definert skriftlig er det stor uenighet om tolkninger. Videre er det verd å merke seg at kriteriene slik de er utformet i forslaget ikke stimulerer til mer breddetilnærming og helhetlig tenkning rundt geriatriske pasienter som får tildelt en vanlig sykehusseng. Det er grunn til å tro at øvrige problemstillinger som har framkommet vil bli tolket som øvrige komplikasjoner som har inntrådt under sykehusoppholdet, og ikke stimulere til forebyggende tenkning rundt denne gruppen pasienter.

#### Ansvarsfordelingen mellom de ulike tjenestenivåer

Det er positivt at de nye forskriftene er tydelige og avklarer hvilket tjenestenivå som har ansvar for hva når en pasient innlegges i sykehus. Om en pasient er utskrivningsklar, og hvem

som skal beslutte dette, har enkelte steder vært en kilde til uenighet og dårlig samhandlingsklima. Det virker således ryddig og hensiktsmessig at det er sykehuset som bestemmer om en pasient er utskrivningsklar, og at kommunen har klagemulighet.

Det er også positivt at det i de nye forskriftene er klargjort hvem som har ansvar for å ta kontakt med hvem, at det er satt tydelige tidsfrister og at tidsfristen går uavhengig av om innleggelsen skjer på kveld, natt eller helg. Det er også positivt at det framgår av forskriftene hva som skal formidles i denne første kontakten. Om 24 timer er for kort tidsfrist har vi ingen mulighet til å mene noe om. Vi ser det også som viktig at det opprettes faste kontakter/punkter i større byer. I dag brukes det mye tid og energi på å komme i kontakt med rett person.

Det vi derimot reagerer på er at det i kommentarene sies at det er en lege som skal vurdere om pasienten vil ha behov for hjelp fra primærhelsetjenesten etter endt behandling i sykehus. Observasjon, systematisk kartlegging og vurdering av ADL funksjoner er en sykepleieroppgave, eventuelt i samarbeid med fysio- og ergoterapeut slik vi ser det.

#### Varsling og tidspunkt for når betalingsplikten inntreffer

De utsendte høringsdokumentene skaper forvirring med hensyn til når betaling for utskrivningsklar pasient inntreffer. I forskriftene står det at betaling inntreffer fra dag 1, mens det i kommentarene står 10 dager fra melding om utskrivningsklar pasient er sendt til betaling inntreffer. Vi har stor forståelse for at kommunen trenger tid til å forberede mottak, men 10 dager er alt for lang tid sett i lys av endrede rammebevilgninger og ønske om en mer effektiv pasientflyt. Spesialisthelsetjenesten får etter ny ordning trekk i sine rammer mens kommunene får en økning i sine rammer, og ut fra disse forutsetningene virker det urimelig med en frist på 10 dager. Effektiv pasientflyt avhenger av at ikke bare sykehus, men også kommunehelsetjenesten kan ta imot pasienter på kort varsel. Sykehuset er forpliktet til å yte helsehjelp, og nye pasienter strømmer derfor hele tiden inn i form av øyeblikkelig hjelp innleggelser. God logistikk forutsetter at ferdigbehandlede pasienter kan sendes ut.

Det at kommunene tidlig i sykehusoppholdet får et varsel om innlagt pasient og kan starte tidlige forberedelser er viktig. Like viktig er det at kommunene tar imot pasienten den dagen han/hun er utskrivningsklar. Betaling fra dag 1 er derfor viktig i forhold til å stimulere til en effektiv pasientflyt.

#### **Kapittel 4 – Forskrift om kommunal medfinansiering**

Vi forstår forskriftene slik at det nå skal overføres frie midler fra spesialisthelsetjenesten til kommunene, og at kommunene kan velge om de vil bruke disse midlene til å bygge opp kompetanse og tjenestetilbud internt eller til å kjøpe tjenester eksternt. Det vil si at det ligger en mulighet til økonomisk gevinst dersom de benytter interne ressurser. På den annen side vil de ikke få en dårligere økonomi enn det de har i dag dersom de velger å forholde seg passive og kjøpe tjenester eksternt. Vi er derfor i tvil om at et slikt finansieringssystem vil være et godt nok insitament til å bidra til forskyvning av oppgaver fra spesialisthelsetjeneste til primærhelsetjeneste.

Kommunal medfinansiering innebærer også at kommunene får et økonomisk medansvar for innbyggernes medisinske innleggelser og konsultasjoner i spesialisthelsetjenesten basert på DRG. Hvis man ser nærmere på hvilke diagnoser dette gjelder, så vil en slik ordning i stor grad ramme eldre. Det nye forslaget skiller seg således ikke så mye fra det forrige forslaget, som gikk ut på kommunal medfinansiering for personer over en viss alder, og kan fortsatt sees

på som en form for alderisme. Eldre er en gruppe med diffuse og annerledes symptomer, og som kanskje derfor har ekstra stort behov for det utredningsapparatet som spesialisthelsetjenesten innehar.

## **Kapittel 6 – Fordeling av kostnader mellom kommuner, vederlag og institusjoners disposisjoner over kontantytelser fra folketrygden**

### Fordeling av kostnader mellom kommuner

I forslag til nye lov §11-1 andre ledd bestemmes det at kommunen skal dekke kostnadene ved tjenestene og tiltakene som den har ansvaret for å yte eller sette i verk etter loven.

Begrunnelsen er at det skal sørges for helse og omsorgstjenester til personer som *oppholder seg i kommunen*. Tidligere har det eksistert unntaksbestemmelser i sosialtjenesteloven. De er ikke foreslått videreført i lovs form. Forskriftene kan likevel inneholde nærmere bestemmelser om utgiftfordelingen. Det som tidligere var lovbestemte unntak, kan nå videreføres i forskriftene. Med refusjonsordningen, hvor tidligere oppholdskommune dekket utgiftene til sosiale tjenester, unngikk man for eksempel belastning for lokalsamfunnene da beboere fra nedbygde institusjoner bosatte seg i nærområdene. I høringsrunden for lovforslaget var det ulike oppfatninger i kommunene. Dette skulle tilsi at det er for tidlig å slippe refusjonsordningen helt.

***Vår konklusjon er at refusjonsordningen blir tatt med i forskriften inntil videre. Man må komme tilbake til dette når departementet har kartlagt omfanget av bruken og behovet for ordningen.***

### Disponering av kontantytelser fra folketrygden

Etter vergemålsloven § 38 bestemmes det at vergen handler på den umyndiges vegne i formuesaker, når ikke annet er bestemt, og styrer hans midler når ikke annen er bestemt i lovverket. Folketrygdens beløp hører også inn her. Av folketrygdens grunnbeløp overføres 3/4 deler til institusjonen når det gjelder langtidspasienter. Det det er tale om her er ytelsene ut over 3/4 av folketrygdens grunnbeløp. I tillegg kan det trekkes opp til 6,25 % av folketrygdens grunnbeløp som skal nyttes til trivselsfremmende tiltak. I tråd med lovverket kan departementet gi forskrifter om hvem som skal fatte vedtak om trygdemidler etter folketrygdloven om disponering av trygdemidler på vegne av pasienter, og om forvaltning og regnskap. Det er flere forskrifter som i dag behandler dette. Det dreier seg om to forskrifter for spesialisthelsetjenesten og to forskrifter under kommunehelsetjenesteloven. Av departementets forslag går det fram at man mener at institusjonens disposisjonsrett nå er en foreldet ordning, men at man velger å *videreføre* ”trivselsordningen”.

***Vår konklusjon er at vi sier oss enig med departementet i at disposisjonsretten oppheves. En viktig grunn til dette er også at det etter vårt skjønn også vil medføre mindre belastning på administrative ressurser, som er knappe nok fra før. Ordning som kan bidra til økt trivsel er viktig, men at den baseres på klare bestemmelser klart skiller mellom ordinær drift og trivselstiltak.***

## **Kapittel 11 – Andre forslag**

### Profesjonsnøytralitet

Denne kommentaren bygger på at kap. 3 om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter og kapittel 11. 1 om profesjonsnøytralitet blir sett i sammenheng.

En av målsettingene med Samhandlingsreformen er effektiv ressursutnyttelse ved behandling på lavest effektive omsorgsnivå, og at pasienter som ikke lenger trenger behandling i spesialisthelsetjenesten *raskest* mulig skal komme hjem til lokalt tjenestetilbud (kap.3.2). I forslag til ny forskrift om kommunal betaling står det at dette skal gjelde for utskrivningsklare pasienter innen *somatikk* innlagt i sykehus i påvente av et kommunalt tilbud.

Den største profesjonsgruppen i somatiske sykehus er sykepleiere og sykepleiemangel har i perioder vært en begrensende rammefaktor i sykehus. Dette viser stort behov for sykepleiefaglig kompetanse. For å redusere antall liggedøgn i spesialisthelsetjeneste og lette overføringen av utskrivningsklare pasienter, kreves en styrking av ”medisinsk hjelp” og hjemmesykepleie i kommunen. Dette kan igjen bidra til at pasientene opplever at kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten fungerer som en sammenhengende kjede.

Tidlig utskrivelse fra sykehus samt økt dagkirurgisk behandling innebærer som regel at pasientene hovedsakelig trenger medisinsk hjelp (hjemmesykepleie) for eksempel i forbindelse med legemiddelbehandling, og i mindre grad trenger praktisk hjelp. Å flytte legemiddelbehandling til et annet forvaltningsnivå er for så vidt uproblematisk, men da er det en klar forutsetning at en flytter den kompetansen som er nødvendig for at pasientsikkerheten blir ivaretatt i forbindelse med denne behandlingen. Etter ny helse- og omsorgstjenestebehov vil ikke sykepleietjenesten være en lovpålagt oppgave for kommunen. I forskriftene blir det presisert at det grunnleggende er at pasienten skal få forsvarlig behandling. Derfor virker det noe uforståelig og ulogisk at departementet vil fjerne bestemmelsen om at hjemmesykepleien skal være en lovpålagt oppgave. Hjemmesykepleien er den tjenesten som innehar kompetanse som nettopp kan sikre forsvarlig legemiddelbehandling. Det medisinske potensialet til helbredelse har økt betraktelig de siste tiårene i form av utvikling innen legemiddelbehandling, samtidig som dette har ført til flere pasientskader. Sykepleiernes ansvar for overvåking av sikkerheten og de terapeutiske reaksjonene på behandling med legemidler har vokst parallelt med utvikling av nye og sterkere legemidler. Intravenøs behandling har høyt skadepotensialet og har økt i omfang. De fleste av hjemmesykepleiens pasienter er eldre og ofte har de fra tre til fem ulike medisinske diagnoser som enten kan lindres eller holdes i sjakk ved hjelp av medikamentell behandling. Aldring og sykdom gjør at organsystemer er langt mer sårbare overfor moderne og potente legemidler. Derfor blir det avgjørende med faglig kompetanse for å sikre pasientene i kommunehelsetjenesten en forsvarlig legemiddelbehandling.

Begrunnelsen for å fjerne bestemmelsen om at sykepleietjenesten skal være lovpålagt er at kommunene skal stå mest mulig fritt til å utvikle og organisere sine tjenester. Men vil ikke dette stå i motsetning til pasientens behov for kompetanse som er avgjørende for å skape helhetlige og forsvarlige helsetjenester?

Gjennom de eksempler fra legemiddelbehandling som er gitt ovenfor, er det forsøkt å vise at ved bare å bruke *betaling for utskrivningsklare pasienter* som virkemiddel, uten å se dette i sammenheng med kompetanse, så kan pasientsikkerheten påvirkes i uønsket retning. Forskriftene kan fortolkes slik at det må være en forutsetning at pengene følger pasienten, dvs. dersom pasienter i større grad gis behandling og sykepleie i kommunene må penger følge med, men er det tilstrekkelig? Er det ikke en like viktig forutsetning at kompetanse som sikrer faglig forsvarlighet også må følge med? En lovpålagt hjemmesykepleietjeneste vil være et

Vår dato: 06.10.2011 Vår ref.: 2011/2287

virkemiddel for å sikre faglig forsvarlig kompetanse i hver kommune. Som følge av de store samfunnsøkonomiske utfordringene ved den demografiske utviklingen, og endring i sykdomsbildet, må fagligheten styrkes i kommunehelsetjenesten. For å unngå et kompetansegap mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten i forbindelse med gjennomføring av samhandlingsreformen kreves flere stillinger med sykepleierkompetanse, samt sikre et større fagmiljø ute i distriktene.

Med hilsen

Trond Michael Andersen  
rekto

Kirsti Klokkehaug  
førstekonsulent