

# SAMHANDLINGSREFORMEN

## Sju kommuner i samhandling



Engerdal



Trysil



Stor-  
Elvdal



Åmot



Åsnes



Våler



Elverum

Helse- og omsorgsdepartementet  
Postboks 8011 Dep  
0030 Oslo  
[Postmottak@hod.dep.no](mailto:Postmottak@hod.dep.no)

Elverum 06 10 2011

### ***Høringsuttalelse fra sju kommuner i samhandling. Samhandlingsreformen – forslag til forskriftendringer og nye forskrifter***

Det vises til høringsbrev datert den 04 07 2011. Kommunene Engerdal, Trysil, Stor-Elvdal, Åmot, Åsnes, Våler og Elverum har følgende kommentarer:

#### ***1. Frist for iverksettelse***

Fristen for iverksettelse av de ulike forskriftene og for avtaleinngåelse mellom samarbeidende kommuner og mellom kommunene og Helseforetakene blir for kort, dersom den blir satt til før årsskiftet 2011/2012. Kommunene makter ikke å gjennomføre gode prosesser rundt dette med så korte tidsfrister. Vi minner om at det nettopp er gjennomført kommunevalg, noe som medfører ny sammensetning av kommunestyrene i mange kommuner. For at Samhandlingsreformen skal få den gode mottakelsen den fortjener, både blant lokalpolitikere, kommuneadministrasjonen, pasient- og brukerorganisasjoner og blant de fagfolkene som skal gjennomføre reformen, er det helt nødvendig at det gis tilstrekkelig tid på de nødvendige prosessene.

#### ***Anbefaling fra Sju kommuner i samhandling:***

Vi ber om at fristene for avtaleinngåelser og for iverksettelse av forskriftene blir forlenget i tråd med anbefalingene fra KS.

#### ***2. Fastlegeforskriften***

Det er beklagelig at innholdet i den reviderte fastlegeforskriften ennå ikke er kjent. Revidering av fastlegeforskriften vil sannsynligvis utløse behov for nye forhandlinger mellom KS og Dnlf, noe som også vil ta tid. Fastlegene er viktige aktører i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og deres kompetanse, vurderinger og handlinger vil ha stor betydning for om kommunene skal lykkes med å redusere bruken av spesialisthelsetjenester. Inntil innholdet i den reviderte fastlegeforskriften er klar, vil fastlegenes holdninger til sine nye roller være avventende. Dette gjør planlegging av de kommunale helse- og omsorgstjenestene i Samhandlingsreformen unødig komplisert.

Vi minner om at de fleste fastlegene er private næringsdrivende og at de har selvstendige roller i samhandlingen mellom kommunene og helseforetakene. I dag er organiseringen av fastlegene i mange kommuner løst strukturert og etablering av felles planer, rutiner og prosedyrer for en samlet kommunal helse- og omsorgstjeneste, der det er behov for aktiv deltakelse fra fastlegene, er i dag tid- og ressurskrevende.

## *Sju kommuner i samhandling*

Vi mener derfor at det er beklagelig at fastlegenes roller ved inngåelse av avtaler mellom kommunene og helseforetakene ikke er bedre avklart.

### ***Anbefaling fra Sju kommuner i samhandling:***

Det haster med å få på plass og bekjentgjøre innholdet i den reviderte fastlegeforskriften. Den viktige rollen fastlegene har i behandlingsskjeden og i kommunikasjonen og vurdering i den praktiske samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten bør tydeliggjøres i de videre forberedelsene til og implementeringen av samhandlingsreformen.

Fastlegenes roller i forbindelse med avtaleinngåelsen mellom kommunene og helseforetakene, bør avklares så raskt som mulig

### **3. Kommunal betaling for utskrivingsklare pasienter**

I kommentarene til forskriften forutsettes det at det er en *lege* i spesialisthelsetjenesten som skal avgjøre om pasienten er utskrivningsklar fra spesialisthelsetjenesten og om pasienten har behov for fortsatt behandling og oppfølging i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Det er ikke angitt om dette skal være en behandlingsansvarlig spesialist eller en sykehuslege under opplæring. Kriteriene for at legen skal kunne definere pasienten som utskrivningsklar synes noe diffuse og bør klargjøres. Henvisning til spesialisthelsetjenesten, er som regel en bestilling fra pasientens om å få utredet/behandlet spesifikke problemstillinger. Her legges det opp til at (en hvilken som helst?) lege i spesialisthelsetjenesten kan skrive ut pasienten uten at fastlegen, som kjenner pasienten best, har hatt mulighet til å vurdere om bestillingen er tilstrekkelig utført.

Som følge av de økonomiske incentivene forventer kommunene at antall registrerte utskrivingsklare pasienter vil stige og at presset på kommunene om å ta i mot pasienter med mer omfattende kommunalt behandlings- og oppfølgingsbehov vil øke.

Det er imidlertid opp til **kommunen** å vurdere hvilket tilbud og i hvilket omfang tilbudet til pasienten skal ha. Det er ikke omtalt hvilken kompetanse kommunens vurdering skal bygge på. Uten direkte kontakt mellom henvisende lege, behandlende spesialist og kommunes tjenesteapparat, kan det synes som om spesialisthelsetjenesten blir tillagt stor definisjonsmakt, uten å kjenne tilstrekkelig til hva pasienten skrives ut til. Fastlegen som skal ha det medisinske behandlingsansvaret for pasienter etter utskrivning, er ikke nevnt i prosedyrene som skal følges. Det er vanskelig å se at dette i tilstrekkelig grad bidrar til ”sømløse tjenester”.

I kommentarene til forskriften presiseres det at kommunen må være forberedt på å motta meldinger om utskrivingsklare pasienter og iverksette nødvendige forberedelser også utenom ordinær arbeidstid. I mange kommuner er det etablert ”tjenestekontor” eller ”tildelingskontor” som fungerer som kontaktpunktet mellom helseforetaket og det kommunale tjenesteapparatet. Slike fagadministrative enheter fungerer i dag innenfor ordinær kontortid. Kommunene er bekymret for om prosedyrene rundt meldinger om utskrivingsklare pasienter nå vil øke behovet for flere administrative ressurser til slike enheter, dersom det viser seg at helseforetakene i økende grad gir meldinger om utskrivingsklare pasienter like før eller etter ordinær kontortid er slutt.

Det er forventet at den nye fastlegeforskriften vil tydeliggjøre fastlegens ansvar for den medisinske oppfølgingen av sine pasienter. Det synes uklart om og når fastlegens vurdering av om pasienter som skrives ut fra spesialisthelsetjenesten kan gis en forsvarlig medisinsk oppfølging i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, skal tillegges noe betydning.

I Samhandlingsreformen legges det opp til økt pasient- og brukermedvirkning. I forskriften om kommunal betalingsplikt for utskrivingsklare pasienter, er ikke pasient- og brukermedvirkning nevnt. I hvilken grad vil bekymringer fra pasient- og pårørende bli

## *Sju kommuner i samhandling*

hensyntatt når lege i spesialisthelsetjenesten avgjør at pasient er utskrivingsklar med et videre kommunalt behandlings- og oppfølgingsbehov?

### ***Anbefaling fra Sju kommuner i samhandling:***

Det bør presiseres at helseforetakene i størst mulig grad forpliktes til å gi meldinger til kommunene om utskrivingsklare pasienter innenfor ordinær kontortid.

Spesialisthelsetjenestens kommunikasjon med fastlegen/henvisende lege forut for utskriving er ikke omtalt. Skal man unngå unødige reinnleggelser bør henvisende lege gis anledning til å vurdere om begrunnelsen for henvisningen er tilstrekkelig klarlagt før utskriving skjer. Dette forutsetter en annen dialog mellom spesialisthelsetjenesten, fastlege og kommunal helse- og omsorgstjeneste enn i dag. Skal fastlegen kunne ivareta sitt medisinske ansvar for fortsatt medisinsk behandling og oppfølging etter utskriving, er hun/han avhengig av nødvendig informasjon fra spesialisthelsetjenesten før utskriving.

Kommunene har behov for mer tid til å bygge opp kompetente og robuste mottaksapparat før spesialisthelsetjenesten overfører mer omfattende behandlings- og oppfølgingsoppgaver til kommunene.

Det er fortsatt bekymring for at fastleger, helse- og omsorgstjenesten i den enkelte kommune og spesialisthelsetjenesten har for lite kunnskap om hverandre og hvilken kompetanse og hvilke ressurser som disponeres.

Dersom de mindre kommunene blir pålagt en betydelig betalingsplikt for pasienter som spesialisthelsetjenesten nå definerer som utskrivingsklare, vil de raskt tappes for ressurser til å bygge opp de kommunale helse- og omsorgstjenestene for å ta på seg de nye oppgavene på en forsvarlig måte. Det er derfor nødvendig at kommunene sikres tilstrekkelige ressurser for kompetanse- og kapasitetsoppbygging slik at pasienter, brukere og pårørende opplever tilstrekkelig trygghet og tillit til følgene av Samhandlingsreformen.

#### **4. Kommunal medfinansiering**

Spesielt for de mindre kommunene kan denne ordningen medføre en betydelig økonomisk usikkerhet. Det vil være en utfordring å budsjettere med hvor mange av kommunens innbyggere som hvert år har behov for spesialisthelsetjenester og omfanget og den samlede prislappen på slike tjenester. Det vil være behov for innsyn i hvilke tjenester de enkelte kommuner egentlig betaler for. Ved tvister vil det være behov for et tvisteorgan.

Å bygge opp alternative kommunale forebyggings- eller behandlingstilbud, krever ressurser og tid, enten kommunene velger å gjøre dette alene eller i samhandling med flere kommuner. Uten et sikkert datagrunnlag for hva den kommunale medfinansieringen vil koste den enkelte kommune ved utgangen av året, vil det være utfordrende å bruke de midlene som nå overføres fra helseforetakene til å bygge opp kommunale tilbud, enten rundt egne kommunale institusjoner, eller gå sammen om interkommunale forpliktende løsninger.

På bakgrunn av dagens datagrunnlag er mange kommuner usikre på hva som vil være mest kostnadseffektiv og samtidig gi de kvalitetsmessig beste tjenestene, enten å betale prisen for kommunal medfinansiering, eller satse på (inter-)kommunale løsninger som et tiltak for å redusere bruken av spesialisthelsetjenester ut over det som er strengt nødvendig.

De færreste kommuner har tilstrekkelig kompetanse for slike vurderinger i dag. Her er det behov for hjelp fra sentralt hold til å bygge opp slik kompetanse ute i kommunene.

## *Sju kommuner i samhandling*

### ***Anbefaling fra Sju kommuner i samhandling:***

Det vil være behov for kompetanseoppbygging i kommunene for å kunne opptre som likeverdige parter når det gjelder spørsmål om kommunenes betalingsforpliktelser.

Grunnlaget for å fastsette den enkelte DRG koden for sykehustjenestene ligger hos spesialisthelsetjenesten. Kommunen vil naturlig nok få begrenset innsyn i dette grunnlaget. En slik ordning kan føre til tvister. Det er ønskelig med et klageorgan for å løse tvister der uenighet oppstår mellom kommunen og helseforetaket om grunnlaget for størrelsen på betalingen.

Innenfor de økonomiske rammene som er kjent i dag og med en usikker sluttpris for kommunal medfinansiering, vil det være en betydelig utfordring for kommunene å fatte vedtak om investeringer i lokaler, personell, kompetanse og utrustning for å bygge opp (inter-)kommunale tjenestetilbud for å redusere bruken av sykehustjenester.

Skal den kommunale medfinansieringen innebære reelle incentiver for å redusere presset på sykehustjenester, - og ikke bare bli en mer ressurskrevende finansieringsmåte for spesialisthelsetjenesten enn i dag, er det nødvendig at kommunene får betydelig økonomisk hjelp til å bygge opp gode (inter-)kommunale tilbud.

### **5. *Fordeling av kostnader mellom kommuner, m. m.***

Enkelte "hyttekommuner" opplever at et stadig økende antall eiere av fritidsboliger bruker disse større deler av året. Dette gjelder også familiemedlemmer med betydelige helseplager som skrives ut av spesialisthelsetjenesten stadig tidligere, - og som fortsatt har behov for kommunal behandling og omsorg.

Selv om bostedskommunen overfor spesialisthelsetjenesten har påtatt seg ansvaret for å gi pasienten et forsvarlig tilbud ved utskriving, kan pasienten selv velge å reise med familien til "hyttekommunen" i den forventning at oppholdskommunen skal sørge for nødvendige tjenester fra helse og omsorgspersonell. Dette vil dette føre til et økt ressursforbruk i hyttekommunen, mens bostedskommunen sparer de "ressursene de har fått tilskudd til" for å ta hand om utskrivingssklare pasienter.

Det er grunn til å følge utviklingen av ressursbruk for kommunale helse- og omsorgstjenester i kommuner med mange fritidsboliger.

### ***Anbefaling fra Sju kommuner i samhandling:***

Utviklingen av ressursbruken for kommunale helse- og omsorgstjenester i kommuner med mange fritidsboliger bør følges nøye, også med tanke på en eventuell fordeling av utgifter mellom bostedskommune og oppholdskommune.

### **6. *Hva skal anses for institusjon i den kommunale helse- og omsorgstjenesten?***

Til tross for at flere kommuner nå satser på Lokalmedisinske sentra, Helsehus og andre institusjonsformer, bla. beregnet på kortvarige opphold med helse- og omsorgstjenester hjelp, er ikke slike institusjoner omtalt i forslaget til forskrift. Siden slike enheter ble viet oppmerksomhet bla i St.melding 47, er vi forundret over dette.

Skal sengeposter for såkalte intermediære enheter regnes som sykehjemsenheter? Hva med kommunale akutt plasser? Hva med kommunale rehabiliteringssentra?

Manglende avklaring av hvilken status slike helse- og omsorgsenheter beregnet på korttids behandlings-, rehabiliterings- og omsorgsopphold skal ha, skaper bla usikkerhet om status etter helse- og omsorgsloven, pasientskadeloven og om vederlag for institusjonsopphold, finansiering av hjelpemidler til pasientene m.m.

## *Sju kommuner i samhandling*

### ***Anbefaling fra Sju kommuner i samhandling:***

Det er behov for en avklaring av de formelle sidene ved etablering og drift av sengeposter beregnet på kortvarige helse- og omsorgstjenester i Lokalmedisinske sentra og lignende. Slike avklaringer haster, da mange kommuner allerede er i gang med etablering av slike enheter.

### **7. *Helsepersonellovens anvendelse for personell som yter tjenester omfattet av helse- og omsorgstjenesteloven***

Som følge av mer profesjonsnøytral lovgiving, er det helt nødvendig med en tydelig avgrensning av begrepet helsehjelp og tydelige bestemmelser for hvem som er underlagt dokumentasjonsplikten.

I kommentarene til det foreliggende endringsforslaget til forskrifter, sies det at Helse- og omsorgsdepartementet skal utrede ytterligere hva slags regler som skal gjelde for tjenesteytelsen til personell som omfattes av helse- og omsorgsloven, men som ikke yter direkte helsehjelp. En presisering av dette synes nødvendig.

At forskriften tydeliggjør reglene for å motta gaver etc fra pasienter og brukere er positivt.

### ***Anbefaling fra Sju kommuner i samhandling:***

Tydelig avklaring av begrepet helsehjelp synes nødvendig. Det er også nødvendig å avklare hvilke ytterligere tjenester som skal omfattes av dokumentasjonsplikt og i hvilken form slik dokumentasjon skal skje.

Denne uttalelsen er behandlet i prosjektgruppemøte for ”Sju kommuner i samhandling” den 05 10 2011.

Vennlig hilsen

Roy Heine Olsen  
Prosjektleder  
Sju kommuner i samhandling  
Mob. 913 81 309  
Roy.Heine.Olsen@Elverum.kommune.no

## *Sju kommuner i samhandling*