



Statens råd for likestilling av funksjonshemmede

Helse- og omsorgsdepartementet

Postboks 8011 Dep
0030 Oslo

Deres ref:

Vår ref: 2011/55921-2

Arkivkode: 008

Dato: 26.9.2011

Høringsuttalelse - samhandlingsreformen - forslag til forskriftsendringer og nye forskrifter i Prop. 91 L (2010 – 2011) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester

Statens råd for likestilling av funksjonshemmede vil innledningsvis stille spørsmål ved at samhandlingsproblemer først og fremst synes løst gjennom økonomiske virkemidler. Rådets erfaring er at de problemene som samhandlingsreformen skal løse, i stor grad handler om faglig samhandling i spesialisthelsetjenesten og mellom første og andrelinjetjenester. Løsningene bør derfor også primært finnes der, i de faglige utfordringene.

Statens råd for likestilling av funksjonshemmede ønsker å gi høringsuttalelse til følgende forskrifter og tema i Prop 91 L (2010 – 2011)

- Ny forskrift om kommunal betaling for utskrivingsklare pasienter
- Forskrift om kommunal medfinansiering
- Individuell plan, koordinator og koordinerende enhet
- Manglende forskrifter om kompetansekrav

Ny forskrift om kommunal betaling for utskrivingsklare pasienter

Etter dagens regelverk kan betaling kreves fra ti dager etter at kommunen er skriftlig varslet om at pasienten er utskrivingsklar jf. spesialisthelsetjenestens forskrift § 6. Fristen løper tidligst fra den dagen pasienten blir erklært utskrivingsklar. Kriteriene for når en pasient er utskrivingsklar framgår i dag av spesialisthelsetjenesteloven.

I § 11-4 første ledd foreslås at kommunen skal ha finansieringsansvar for utskrivingsklare pasienter fra dag én.

I §11-4, tredje ledd, ble det presisert at departementet i forskrift skal fastsette nærmere bestemmelser om ordningen.

Departementets begrunnelse for endringen er at en vil prøve å unngå brudd i behandlingskjeden ved at pasienter blir liggende "på overtid".

Rådets vurdering

Det er positivt at de nye forskriftene fastsetter nærmere bestemmelser om ordningens omfang og innhold, kriterier for når en pasient er utskrivingsklar, betalingssatser og at det utarbeides en nasjonal definisjon av hva som er en utskrivingsklar pasient.

Rådet er derimot redd for at de nye bestemmelsene, hvis forutsetningene ikke er på plass, kan få utilsiktede konsekvenser for pasienter som i tillegg til en somatisk lidelse, har en funksjonshemming eller er kroniker, jf. § 11-4 første ledd. En del pasienter med nedsatt funksjonsevne har en lengre rekonvalesensperiode etter somatisk sykdom enn vanlig. Det er derfor grunn til å være spesielt oppmerksom på denne type forhold ved utskriving og etablering av kommunalt tilbud. Rådet ser det som en forutsetning for kommunalt finansierungsansvar at det er god dialog mellom kommune, pasient og spesialisthelsetjeneste i forkant av utskriving, slik at kommunen ved behov har mulighet til å legge til rette et tilbud på forhånd.

I forskriftens §§ 4 og 5 er det gjort presiseringer i forhold til ansvarsfordeling mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten i forbindelse med utskriving. Rådet savner allikevel en nærmere omtale av kvalitetsstandarder, og en redegjørelse for hvor det juridiske ansvaret skal ligge når det gjelder å sikre kvaliteten på de tjenestene pasienten skal motta.

En forutsetning for at forskriftene skal fungere etter hensikten, er at det kommunale hjelpeapparatet er på plass når forskriftene iverksettes. Dette innebærer bl.a. en velfungerende hjemmetjeneste, tilgang på rehabiliteringsplasser, for eksempel ved lokalmedisinsk senter, og at kommunene har tilstrekkelig med personell og kompetanse. Mange norske kommuner er i dag så små at de ikke har mulighet til å ha kompetanse på alle områder. I mange tilfeller vil gode helse- og omsorgstilbud lokalt derfor kreve interkommunale avtaler.

Rådets anbefaling

Endringen forutsetter at 560 mill. kr. overføres fra spesialisthelsetjenesten til kommunene. Disse midlene må fordeles på en måte som tar hensyn til ulikhet mellom kommuner i størrelse, demografi og de forskjeller dette gir i muligheten til å bygge opp et tjenestetilbud. Det er også behov for løpende evaluering av om midlene benyttes til det de skal og om dette er tilstrekkelig i en oppbyggingsfase lokalt.

Videre anbefaler rådet at det utvikles standarder på hvilken kvalitet de kommunale tjenestene skal ha, og at det i forskriften presiseres hvilken instans som skal ha det juridiske ansvaret for kvalitetssikring av tjenester ved utskriving.

Rådet vil også anbefale at det i tillegg til skriftlige avtaler, rutiner og systemer for opphold og utskriving må sikres brukermedvirkning slik at pasienter som har en tilleggslidelse blir hørt både under sykehusoppholdet og fram til utskrivingstidspunktet, og at dette kommuniseres tydelig til mottakskommunen.

Rådet anbefaler at implementeringsfasen for de nye bestemmelsene følges tett opp, jf. departementets forslag om evaluering av loven etter en viss virketid.

Forskrift om kommunal medfinansiering

Forslag til ny forskrift om kommunal medfinansiering skaper en økonomisk binding mellom primærkommunene og spesialisthelsetjenesten som er en nyskaping. Debatten før ny

helse- og omsorgslov ble vedtatt viste at det er uenighet også blant forskere om hvordan kommunal medfinansiering vil virke i praksis, blant annet har det vært stilt spørsmål ved hvor høy prosentsatsen for kommunal betaling må være for å utgjøre et godt insentiv for oppbygging av helsetilbud lokalt.

Rådets vurdering

Kommunenes betaling skal baseres på systemet for innsatsstyrt finansiering. Rådet stiller seg spørrende til hvordan dette vil fungere i praksis, gitt uenighet rundt kodingspraksis som man har sett også de senere år (at riktig koding i en del tilfeller gir lite betaling til sykehuset i forhold til ressurser som er brukt, blant annet på pasienter med flere diagnoser, diabetikere med komplikasjoner mv.).

Rådet er glad for å se at det er satt et forholdsvis nøkternt tak på den kommunale medfinansieringen pr. opphold. Det er videre gledelig at kostnader knyttet til bruk av dyre biologiske legemidler er unntatt fra denne medfinansieringsordningen. Hvem som skal ta i bruk disse legemidlene har det vært ulike syn på i spesialisthelsetjenesten, samtidig som flere av disse gir bedre behandlingsutsikter enn før blant annet til personer med for eksempel revmatoid artritt og multippel sklerose. Dette er legemidler som krever oppfølging fra spesialist.

Departementet har konkludert med at behandling hos private avtalespesialister skal holdes utenom ordningen med kommunal medfinansiering. Etter rådets mening kan det føre til at man opprettholder de geografiske skjevhetene i helsevesenet, hvor tilgang til spesialiserte helsetjenester kan være lettere i sentrale strøk. Det er også en fare for at de pasienter som har best oversikt over ventetider hos de privatpraktiserende med refusjonsavtale, får raskere helsehjelp enn pasienter som henvises til sykehusenes poliklinikker.

Når opphold i private rehabiliteringsinstitusjoner holdes utenom kommunal medfinansiering, kan det i praksis bety at det fremdeles blir lettere for de friskeste pasientene å få et tilpasset rehabiliteringstilbud. Disse institusjonene har oftest ikke ressurser til å motta pasienter som ikke er selvhjulpne i det daglige. De dårligste pasientene blir avhengige av døgnopphold i sykehusenes rehabiliteringsavdelinger eller fra ambulerende team i hjemkommunen.

Rådet er bekymret for hvordan økonomiske insentiver vil vektes i valget mellom sykehusopphold eller oppfølging lokalt. Spesielt tenker rådet på de tilfeller der det vipper mellom de to alternativene. Rådet er opptatt av at det medisinskfaglige skjønnnet skal ligge til grunn når tiltak vurderes. Dersom primærhelsetjenesten av økonomiske årsaker blir mer restriktive med å be om innleggelse, antar rådet det særlig vil gå ut over kronikere eller pasienter med et utypisk sykdomsbilde, for eksempel pasienter med flere diagnoser.

Rådets anbefaling

Rådet frykter at de foreslåtte endringene forsterker regionale og sosiale ulikheter i tilgangen til enkelte helsetjenester.

Rådet anbefaler derfor hyppig og kontinuerlig evaluering av loven og sentrale forskrifters virkemåte for å se på hvordan de nye samhandlingsmønstrene fungerer i praksis. Spesielt bør det evalueres om endringene vil forsterke regionale og sosiale ulikheter. Den første evalueringen bør finne sted allerede etter få år, og fokus bør da være på resultat for pasientene.

Individuell plan, koordinator og koordinerende enhet

Det foreslås endringer i forskriften som gjenspeiler og tydeliggjør de vedtatte lovendringene.

Rådets vurdering:

Rådet har vært positiv til helsemyndighetenes påtrykk for å få ordningen med koordinerende enhet i kommunene til å bli en organisering som fungerer i praksis. Forslag til forskrift klargjør etter rådets mening langt på vei ansvarsfordelingen mellom spesialisthelsetjenesten (for eksempel habiliteringstjenesten) og kommunehelsetjenesten. Dette kan være med på å klargjøre forventningene til partene, noe som i siste instans kommer pasienter og brukere til gode.

Rådet har ønsket at individuell plan (IP) forankres også i annen lovgivning enn helse- og sosiallovgivningen, blant annet for å lette samarbeid på tvers av sektorer. Rådet støtter presiseringen som er gjort i forslag til forskrift om individuell plan og koordinator etter helse- og omsorgsloven § 6 om samarbeid med andre tjenester eller etater. Presiseringen er nyttig for å sikre et vidt nok perspektiv i arbeidet med brukerens IP.

Det er en styrke at samme forskrifts § 4a presiserer retten til koordinator for brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester, uavhengig av om IP er ønsket. Det viser at koordinering av den enkeltes tjenestetilbud ikke skal gjøres avhengig av om vedkommende ønsker IP.

Rådets anbefaling:

Rådet viser til sin høringsuttalelse til Flatøutvalget av 12.06. 2009 der rådet gir følgende anbefaling om IP og koordinator (Ref: 09/ 4307)

"Oppfattelsen av hva IP er kan være ulik tjenesteleverandørene i mellom. Noen vil se IP som et mål i seg selv, mens andre kan betrakte IP som et hjelpemiddel for å nå konkrete mål. For at IP skal fungere etter intensjonen, kan det vurderes å legge opp til sterkere innslag av kontroll, evaluering og oppfølging mht. måloppnåelse.

Rådet mener det må klargjøres hvilke krav som skal bli stilt til individuell koordinator av IP. Eksempelvis kan det være at koordinatoren må ha tillit fra bruker, kompetanse på området og være en del av hjelpesystemet."

Rådet vil gjenta disse innspillene i forhold til dette forskriftsarbeidet. Rådet vil samtidig presisere at kompetanse også bør innbefatte kompetanse om funksjonshemmingen dersom dette er nødvendig for å utøve koordinatorrollen.

Andre forslag – nærmere om profesjonsnøytralitet med mer

I høringsnotatet foreslås det at det ikke skal gis forskrifter om kompetansekrav, og at heller ikke forskrifter gitt med hjemmel i dagens kommunehelsetjenestelov videreføres.

Departementets begrunnelse:

- det er vanskelig å tenke seg at en kommune vil kunne gi et forsvarlig tilbud til pasienter og brukere uten å ha ansatt sykepleier i helse- og omsorgstjenesten.
- lov om kommunale helse- og omsorgstjenester er utformet som en mer overordnet og profesjonsnøytral lov sammenlignet med dagens lovverk, og det er lagt opp til at kommunene skal stå mest mulig fritt til å utvikle og organisere sine tjenester i samsvar med lokale forhold og behov.

Departementet påpeker at det sentrale er at den enkelte kommune har et forsvarlig tjenestetilbud som oppfyller de minstestandarder som gjelder innenfor sektoren. Det sies videre at det framgår av lovens § 4 første ledd, bokstav d at kommunene skal tilrettelegge tjenestene slik at det sikres tilstrekkelig fagkompetanse. Departementet anbefaler for eksempel at kommunene utarbeider kommunale kompetanseplaner. En ny stortingsmelding om utdanning for velferdstjenestene skal også legges fram til høsten, og rådet antar at disse problemstillingene omtales der.

Rådets vurdering:

Når det ikke framgår tydelig av loven hva slags innhold og formål tjenestene skal ha, blir det vanskelig å avgjøre hva slags kompetanse som er nødvendig for å kunne gi de ulike tjenestene. Rådet mener at en profesjonsnøytral lov setter forsvarlighet og rettsikkerhet under press fordi det blir vanskelig å sikre at tjenestene er i samsvar med loven. Dette kan gå ut over kvaliteten på tjenestene.

Rådet savner derfor en grundigere begrunnelse for å utelate forskrifter og en mer utdypende redegjørelse for hvordan man skal sikre nok og riktig kompetanse i tjenestene uten at dette er tilstrekkelig forankret i lovverk og forskrifter.

Rådet frykter at manglende kompetansekrav kan bidra til å forringe kvaliteten på de tjenestene som gis, samt forsterke regionale og sosiale ulikheter som allerede finnes.

Det må være et mål å hindre ulikhet og uklarheter som kan forringe tjenestekvaliteten. Selv om det er klageadgang, mener rådet at det er langt viktigere å forebygge at feilbehandling og skade oppstår. Rådet frykter at manglende retningslinjer kan bidra til at ukvalifisert personell benyttes til oppgaver som i utgangspunktet krever spesifikke kvalifikasjoner, noe som kan utgjøre en risiko for pasientene.

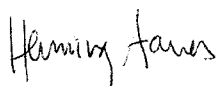
Stadig flere og mer komplekse oppgaver skal overføres til kommunen. Det er derfor viktig at kommunene over tid får bygd opp nødvendig fagkompetanse og kompetanse til å vurdere behovet. Rådet vil i den anledning vise til rådets uttalelse av 18. januar 2011 (ref 2010/59223 – 4)

Rådets anbefaling:

For å sikre kvalitet og motvirke ulikhet, vil rådet anbefale at tjenestenes innhold og krav til fagkunnskap blir så tydelig som mulig, og at forsvarlighet sikres gjennom utformingen av forskrifter, regelverk og faglige veiledere. I tillegg bør det omtales hvilken instans (nivå) som skal vurdere kompetansebehov i kommunen.

På samme grunnlag støtter rådet forslaget om at det legges opp til en evaluering av den nye loven etter en viss virketid

Med hilsen



Henning Aanes
Rådsleder



for: Anny Skarstein
Sekretariatsleder