

Referat/ Godkjent 14.desember 2011

Møte om: Nasjonal koordineringsgruppe for samhandlingsreformen

Saksnr.: 201102824

Tilstede: Direktør Helge Eide, KS, vara for adm.dir. Sigrun Vågang
Direktør Gudrun Haabeth Grindaker, KS
Kommunaldirektør Bjørg Månum Andersson, Oslo kommune
Kommunaldirektør Per Haarr, Stavanger kommune
Kommuneoverlege Hege Basmo, Hamar kommune
Fylkesmann i Vestfold, Erling Lae
Adm.dir Gunnar Bovim, Helse Midt-Norge RHF
Helsedirektør Bjørn-Inge Larsen v/stedfortreder Jon Hilmar Iversen
Direktør for fylkeslinjen i NAV, Bjørn Gudbjørgrud
Dep.råd Eivind Dale, KRD
Dep.råd Ingelin Killengreen, FAD
Dep.råd Trond Fevolden, KD v/stedfortreder Torill Johansson
Dep.råd Ellen Seip, AD v/stedfortreder Ulf Pedersen
Eksp.sjef Petter Øgar, KTA, HOD
Eksp.sjef Bjørn Erikstein, SHA, HOD
Eksp.sjef Tale Teisberg, ADA, HOD
Eksp.sjef Frode Myrvold, EIA, HOD
Eksp.sjef Jon Olav Aspås, FHA, HOD v/stedfortreder Marius Fosse
Eksp.sjef Kari Sønnerland, HRA, HOD
Leder av Nasjonalt nettverk for samhandlingsreformen, Tor Åm, HOD

Møteleder: Dep.råd Anne Kari Lande Hasle

Forfall: Rådmann Tor Arne Gangsø, Vågå kommune

Observatører: Maren Skaset, Elisabeth Salvesen, Stein Johnsen, HOD

Dato: 26.10.2011

Referent: Aina Strand

1) Innledning og referat fra møtet 21.09

Til referatet fra 30.08 punkt 1) tas følgende setning inn på slutten av første avsnitt: KS og HOD har undertegnet en intensjonsavtale om gjennomføring av samhandlingsreformen.

2) Tilbakemeldinger fra gruppens medlemmer

Lande Hasle orienterte om at HOD skal opprette en tvisteløsningsnemnd for de lovpålagte samarbeidsavtalene. Nemnda skal bestå av medlemmer oppnevnt av KS og RHF samt leder og nestleder som skal være jurister. Helsedirektoratet skal være sekretariat. Det skal nedsettes en parts sammensatt arbeidsgruppe som skal fastsette prosedyre- og saksbehandlingsregler. Erfaringene så langt fra tilsvarende nemnd for barnevernssaker er at de fleste uenighetssaker løses lokalt, relativt få saker fremmes for nemnda.

KS orienterte om at Hovedstyret har vedtatt KS sin høringsuttalelse om forskriftsendringer for lovene til samhandlingsreformen.

Landsstyret har påpekt behovet for bedre styringsdata og mulighet for etterberegning av det økonomiske oppgjøret for ordningene. KS etterspurte hva som skjer med fastlegeforskriften og sa de ønsker å delta i dette arbeidet. HOD orienterte om at det snarlig vil være dialog med KS om arbeidet med forskriften, som etter planen skal på høring senere i høst. (Møtet er avholdt 03.11.11.) KS understreket at det er viktig at HOD legger opp til en høringstid på 3 måneder.

KS ba også om bli trukket inn i HODs arbeid med veileder om øyeblikkelig hjelp. HOD informerte om at det skal sendes ut et informasjonsskriv om rammene for tilskuddsordningen for øyeblikkelig hjelp.

Det har vært mange reaksjoner i kommunene på at fristen for å inngå avtaler om minst fire minimumskriterier er satt til 31.januar 2012, som mange mener er for kort tid.

Basmo orienterte om at erfaringene i kommunene med oppfølgingen etter 22.7 viser at det er stort behov for tverrfaglig samarbeid og samhandling for å kunne gi god hjelp. De sammensatte problemene mange av de berørte har, viser seg å være krevende å håndtere for mange kommuner.

3) Orientering fra Nasjonalt nettverk for samhandlingsreformen

Åm orienterte om at nettverket blir invitert til mange møter, og at det nå er mer vekt på dialog og erfaringsutveksling enn å få informasjon. I nettverket er man også opptatt av innrettingen på finansiering og oppgjørsordning.

NAVs deltaker i nettverket oppfordrer kommuner og helseforetak til også å ta inn samarbeid om arbeidsrettet rehabilitering i samarbeidsavtalene.

Fylkesmennene har nå ansatt de regionale rådgiverne.

Nettverket anmoder om informasjon, blant annet ved at møtereferater, fra Nasjonal koordineringsgruppe og fra Nasjonalt nettverk kan bli lagt ut på HODs nettsider om samhandlingsreformen.

4) **KD og KS orienterer om arbeidet med stortingsmelding om velferdsutdanningene og kompetanseutfordringer i helse- og omsorgstjenesten** (forts fra møtet 21.09).

Gjennomgang ved KD, Anne Line Wold, se vedl ppt.pres

Gjennomgang ved KS, Gudrun Grindaker, se vedl ppt.pres

Kort diskusjon i møtet i tråd med hovedlinjene i presentasjonene.

Vi må klare å heve kvaliteten både i helsefagarbeiderutdanningen og de høyere utdanningene. Forholdet mellom behovet for å få et felles breddeperspektiv i utdanningen vs at de om lag 30 ulike helsepersonell-autoriserte utdanningene vil ønske å bevare sin fagidentitet, kan bli utfordrende.

KS vil også legge mer vekt på ledelsesperspektivet i iverksetting av samhandlingsreformen, og ber om at dette blir satt opp som et eget tema for Nasjonal koordineringsgruppe senere.

5) **Orientering om arbeidet med kommunehelseprofiler, ved direktør Geir Stene-Larsen, Nasjonalt folkehelseinstitutt (FHI).**

Ppt.pres vedlagt.

Opplegget bygger på datafangst fra de ulike registre FHI har ansvaret for, sammenstilt på kommune- og fylkesnivå. Hver kommune vil få tilsendt et skriv om informasjon om helsetilstand i sin kommune ved årsskiftet.

Tilbakemeldingene i møtet var at dette informasjonssystemet vil være svært nyttig for kommuner og for spesialisthelsetjenesten. Dataene vil kunne tydeliggjøre helsetilstanden og særskilte utfordringer i de enkelte kommuner.

Kommuner og helseforetak kan også bruke disse i sin dialog. Det vil være mulig for FHI å lage sammenstillinger basert på registrene og koplet til andre undersøkelser/rapporter som kan bidra til å belyse særskilte utfordringer.

Innen noen av områdene som har betydning for folkehelse og forebyggende arbeid er det foreløpig ikke gode data, som alkoholforbruk, tobakk og fysisk aktivitet. Det vil være anledning å være pilotkommuner for spesifikke helseundersøkelser.

HOD/RHF vil gi Stene-Larsen tilbakemelding om helseforetak med kommuneinndeling. Helseforetakene kan også ha stor nytte av grunnlagsinformasjon om helsetilstand i sine opptaksområder.

6) **Orientering om høring av forskrift til ny folkehelselov**

Orientering ved Marius Fosse, FHA, jf utsendt notat. Etter folkehelseloven skal kommuner og fylkeskommuner ha nødvendig oversikt over sine

folkehelseutfordringer. Men hva som er nødvendig oversikt kan tolkes bredt, og det er behov for å konkretisere forventingene. Videre legges det opp til å utforme forskriften slik at den bidrar til standardisering og samordning av det epidemiologiske arbeidet lokalt, regionalt og nasjonalt, jf. sak 5. Det tas sikte på at forskriften sendes på høring i desember med virkning fra 1.juli 2012.

HOD vil før utsendelse på ordinær høring, ta initiativ til møte med KS.

7) Orientering om høring av forskrifter til lov om kommunale helse- og omsorgstjenester.

Elisabeth Salvesen orienterte jf vedl ppt.pres. Forskriftene skal tre i kraft fra 1.1.2012 samtidig med den nye loven. Det legges ikke opp til store endringer i forskriftene i forhold til høringsutkastet.

Ang forskrift om utskrivningsklare pasienter: Stein Johnsen, HOD, orienterte kort om det videre arbeidet med finansieringsopplegget: Når det gjelder beregningsgrunnlaget og diskusjon om bruk av historiske tall, viser siste tertial-rapport fra Norsk Pasientregister at omfanget av utskrivningsklare liggedøgn tilsvarer det som er lagt til grunn i statsbudsjettet for 2012.

HOD har også besluttet at det skal være en desentralisert oppgjørsordning for utskrivningsklare pasienter, i tråd med partenes ønsker. For kommunal medfinansierings vil det bli en sentralisert ordning. Forskriftene vil bli justert i forhold til dette.

8) Orientering om arbeidet med st.meld om e-helse/IKT i helse- og omsorgstjenesten.

Saken ble utsatt til neste møte 14.12. Informasjon om det pågående arbeid fremgår av utsendt sakspapir.

9) Evt.

Ingen saker



Samhandlingsreformen og kompetansebehov

Direktør Gudrun Haabeth Grindaker

Hvilken kompetanse trenger vi?

Hva skal til for å si;

Vår kommune har et robust fagmiljø og kan påta oss å innfri samhandlingsreformens intensjoner!

- ✓ *Oppgavene må definere kompetansebehovet*
- ✓ *Hva som avtales vil være styrende og avklare kompetansebehovet*
- ✓ *Kompetansesammensetningen vil styre hvilke oppgaver kommunen kan påta seg...*

Hva blir det faktiske kompetansebehovet?

- ✓ Spesialister nok (leger, psykologer, jurister...)
- ✓ Helsearbeidere nok (sykepleiere, helsefagarbeidere, fysioterapeuter, ergoterapeuter)
- ✓ Mestrings- og mulighetsarbeidere nok (aktivitører, musikere, kulturarbeidere , coacher, andre...)
- ✓ Gode byråkrater nok (økonomer, samfunnsvitere, samfunnsmedisinere, kommunalkandidater...)
- ✓ Generalister og spesialister – men alle med en eller annen kompetanse. For eksempel teknologer.

Kommunene bør ha på plass

- ✓ Avtaler med helseforetak
 - Fra intensjonsavtaler til juridisk forpliktende
 - Fra frivillig samarbeid til formalisert samarbeid
- ✓ Evt. kommunesamarbeid
- ✓ Plan for utvidede nye tjenestetilbud
- ✓ Kompetanse
 - Helsefaglig
 - Bestillerkompetanse
 - Samhandlingskompetanse
 - Brukermedvirkning

Ulike tiltak

- ✓ Kapasitetsstyrkende tiltak
- ✓ Kompetansehevende tiltak
- ✓ Ledelse og samhandling



Kapasitetsstyrkende tiltak

- ✓ Lokale arbeidsgiverstrategier
- ✓ Strategisk kompetansestyring
- ✓ Styrking av kommuneøkonomien/ Styrke veksten i den kommunale helse- og omsorgstjenesten
- ✓ Bli Helsefagarbeider
- ✓ Behov for revidering av Omsorgsplan 2015?
- ✓ Finansiering av veiledet praksis
- ✓ Stimuleringstiltak for å øke antallet praksisstudenter
- ✓ Økt bruk av velferdsteknologi

Kompetansehevende tiltak

- ✓ Revidering av Kompetanseløftet 2015
- ✓ Innholdet i utdanningene
- ✓ Samarbeid mellom kommuner og utdanningssektoren
- ✓ Gjennomgang av tilskuddsordning
- ✓ Forskning med relevans for kommunesektoren
- ✓ Tilrettelegging av desentraliserte studietilbud:
- ✓ Endring av oppgavefordeling mellom yrkesgrupper

- ✓ Konkretisering av innhold i felles forskrift om undervisning og praktisk opplæring i kommunal helse- og omsorgstjeneste og i spesialisthelsetjenesten

Hvordan

- ✓ Innholdet i utdanningene må i større grad tilpasses den kommunale virkelighet.
- ✓ Kommunene må på lik linje med spesialisthelsetjenesten delta i styrende organer for utdanningsinstitusjonene for å ivareta sine behov og interesser.
- ✓ Det må tilrettelegges for desentraliserte studietilbud.
- ✓ Kompetansebehov må planlegges ut fra den enkelte virksomhets målsettinger og oppgaver
- ✓ Kommunene må sørge for gode praksisplasser og i større grad ta imot lærlinger og studenter

Riktig og tilstrekkelig kompetanse, hvordan får vi det til?

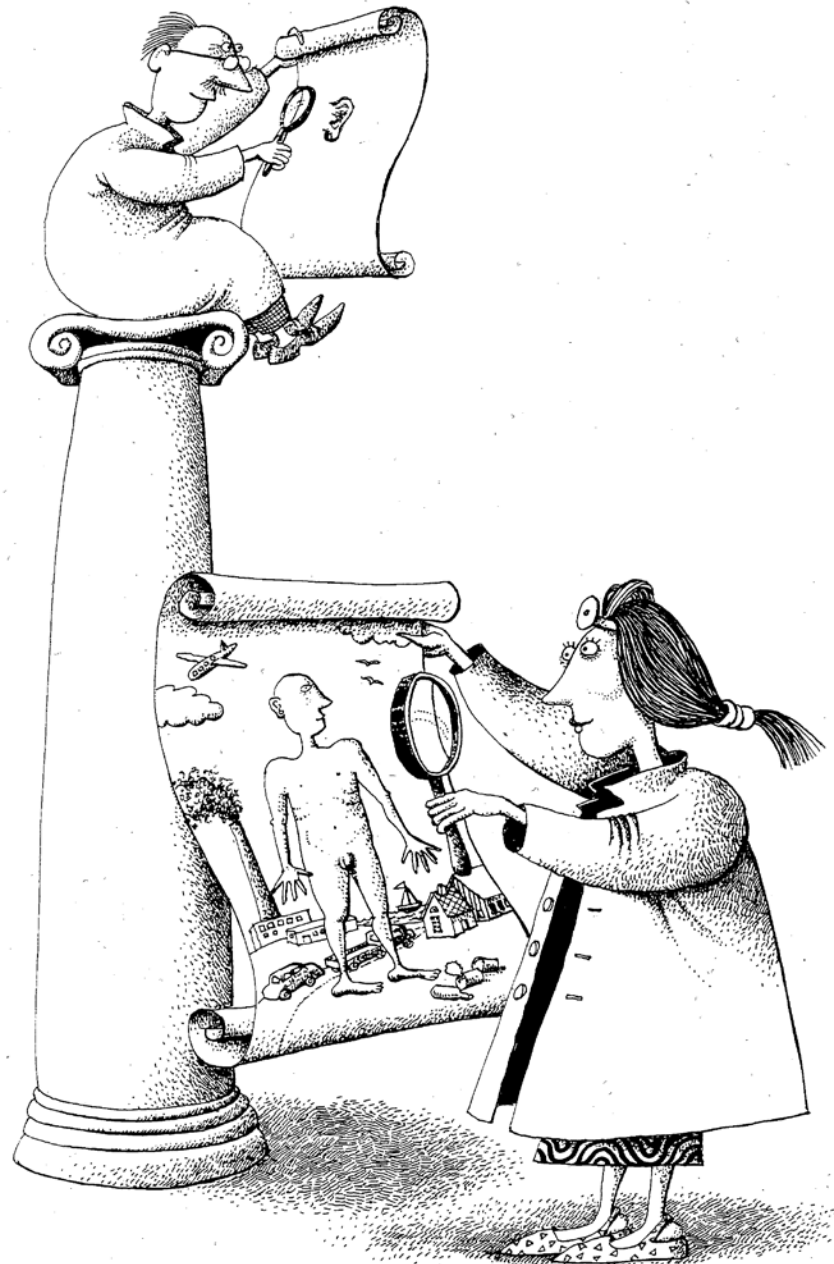
- ✓ Ta i bruk brukerens egen kompetanse og hans/hennes pårørende. Innebærer kompetanseheving også av bruker selv
- ✓ Ta i bruk frivilliges kompetanse
 - Organisasjonenes «tilbud», den organiserte frivillighet
 - Den uorganiserte frivilligheten
- ✓ Innovasjon og nytenking
- ✓ Velferdsteknologi
- ✓ Organisering/ organisasjonsfrihet!
- ✓ Gode rammevilkår
- ✓ Styrke sektorens omdømme

Robuste fagmiljø, forskning og kompetanse

- ✓ Plikt til medvirkning til forskning
- ✓ Forskningsbasert kunnskap, praksisnær, er en forutsetning for kontinuerlig kvalitetsforbedring
 - Behov for forskning for å:
 - styrke kvaliteten på tjenestene og utvikle tjenestene, forbedret praksis
 - for å drive mer effektivt
 - for å utvikle mer robuste fagmiljø
- ✓ Kompetanse og kapasitet nøkkelfaktor for å lykkes med reformen; helsefaglig, plan- og analyse, folkehelse, forebygging....
- ✓ Hva er de nødvendige tiltakene?

Kommunene

- ✓ Nye oppgaver og ansvar; hastetilbud, forskning, folkehelse
- ✓ Nye organisatoriske løsninger
 - Samhandling mellom kommunale enheter
 - Samhandling mellom kommuner
 - Samhandling mellom kommuner og helseforetak
- ✓ Nye roller
 - Bestiller/betaler for spesialisthelsetjenester
- ✓ Nye styrings- og ledelsesutfordringer
 - Allmennlegene
 - Interkommunale samarbeid og partnerskap
- ✓ Ny kompetanse





KUNNSKAPSDEPARTEMENTET

Utdanning for velferd

Anne Line Wold

Prosjektleder for stortingsmeldingen



Hvorfor denne meldingen?

- Demografiutvikling, endret sykdomsbilde, mer kunnskapsintensive yrker etc.
- Tre store reformer
 - o Samhandlingsreformen
 - o NAV
 - o Barnevernet
- Alle peker på sammenfallende kompetanseutfordringer
- Utdanning og forskning som virkemidler
 - o Kvalitetsutvikling av tjenestene
 - o bedre helse og velferd for hele befolkningen

Særskilt utfordring: Stor andel ufaglærte i omsorgstjenestene

- Vurderer ny modell i videregående opplæring:
Veksle mellom teori og praktisk underveis i hele opplæringsløpet
 - o Bedre muligheter for tilpasning til ulike elevgrupper (voksne, innvandrere m.fl.)
 - o Realkompetanse kan enklere føre til avkorting
 - o Kan kombineres lettere med arbeid
 - o Bedre tilknytning til skolen for ungdom
 - o Modulbasert, får dokumentasjon underveis
- Karrieremuligheter
 - o Fagskoleutdanning og y-vei i høyere utdanning
 - o Tiltak i arbeidslivet også nødvendig

Kompetansebehov som følge av endringer i befolkningens behov og reformene i tjenestene

- Kompetansebehovene følger i mindre grad dagens profesjongrensener
- Alle utdanningene bør ha:
 - o Grunnleggende perspektiver: Folkehelse/forebygging, arbeidslivsorientering og inkludering/antidiskriminering
 - o Generell kompetanse: kommunikasjon, kritisk refleksjon, etisk vurdering etc.
 - o Tematisk kompetanse: rus, psykiatri, vold og overgrep etc.
 - o Systemkompetanse: velferdssystemets oppbygning, ulike aktørers roller og ansvar, lover og regelverk etc.

Utdanninger forankret i forskning og i yrkesfeltenes erfaringskunnskap

- Behov for styrket FoU-innsats for økt kvalitet i utdanningene og tjenesteutøvelsen – store variasjoner i dag
- Praksisnær FoU slik at relevante problemstillinger for yrkesfeltene blir gjenstand for forskning
- Nye kompetansebehov i samfunnet bør føre til endringer i eksisterende utdanninger, ikke bare opprettelse av nye
- Dette krever felles satsing og tettere samhandling mellom utdanningsinstitusjonene og praksisfeltet

Eksterne praksisstudier – en avgjørende faktor for kvalitet og relevans

- For å utdanne ett kull fra alle de 21 grunnutdanningene skal til sammen 330.000 studentukeverk gjennomføres
- Flere av disse må i framtiden foregå i kommunehelsetjenesten hvis kommunene skal få tilgang på relevant kompetanse
- Krever tid, relevante praksisplasser og veiledningskompetanse
- Behov for felles innsats: kvalitetsutvikling og vurdere rammebetingelsene – store variasjoner i dag

Felles kompetanseplattform og tverrprofesjonell samarbeidslæring

- Utvikling av en dobbel identitet – både som profesjonsutøver og som én av flere bidragsyttere i det store velferdsapparatet:
 - o Vurderer å fjerne enkeltvise rammeplaner
 - o Vurderer å sette krav til felles innholdsdel i alle utdanningene
 - o Vurderer å sette krav til praksisstudier sammen med studenter fra andre fagområder
 - o Vurderer ansvarsforholdet mellom utdanningsmyndighet, sektormyndighet og universitet og høyskoler



HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET

Høring av forskrifter til helse- og omsorgstjenesteloven

Avd.dir. Elisabeth Salvesen

Nasjonal koordineringsgruppe 26. oktober 2011

Høringen

- KHOL vedtatt 17. juni 2011
- Høring: - endringer i eksisterende forskrifter
 - nye forskrifter
- Kun de endringene som er nødvendig for implementeringen av reformen
- Høringsfrist 6. oktober
- Mottatt over 200 uttalelser

Hovedinntrykk

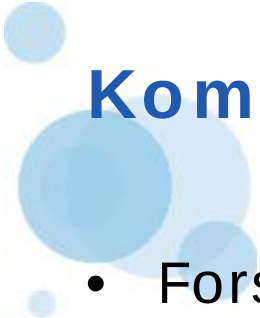
- Stort engasjement!
- Mange mener noe om alle forskriftene
- Ønske om detaljstyring, mer presiseringer, noe omkamper
- Hovedvekt på utskrivningsklare og kommunal medfinansiering

Forskrifter om utskrivningsklare pasienter og kommunal medfinansiering

- Økonomisk insentiv til å bygge opp gode kommunale tilbud (før, istedenfor og etter)
- Skal **ikke** regulere hvilket nivå og i hvilket omfang pasienten skal få behandling
- Som i dag skal denne vurderingen:
 - foretas av helsepersonell, og
 - basere seg på en medisinsk- og helsefaglig forsvarlighetsvurdering

Utskrivningsklare pasienter

- Lovfestet økonomisk ansvar fra dag én for kommunene
 - KHOL § 11-4 - forskriften presiserer og utdyper
- Forskriftsforslaget:
 - Skal kun gjelde somatikk, og kun i de tilfeller hvor det **antas** å være et behov for tjenester i kommunen etter utskrivning
 - Grunnleggende prosedyrekrav
 - Vilkår for når en pasient er utskrivningsklar/mottaksklar
 - Nærmere vilkår for når betalingsplikten skal inntre
- I tillegg til forskrift - lovpålagte samarbeidsavtaler



Kommunal medfinansiering

- Forskriften regulerer kommunens medfinansieringsansvar for egne innbyggers behandling i spesialisthelsetj.
- Forskriften utarbeides i tråd med den ordningen som er vedtatt av Stortinget (Prop. L. 91 og Meld. St. 16)

Forts. kommunal medfinansiering

Hovedregel:

- Kommunen skal betale 20 % av sykehustilbudet innen somatikk for enkeltpersoner fra 1.1.2012

Unntak:

1. Gjelder **ikke** kirurgi, fødsler, nyfødte barn og behandling med bestemte kostbare legemidler
2. Gjelder **ikke** privatpraktiserende avtalespesialister, psykisk helsevern, rus og opphold i private opptreningsinstitusjoner
3. Er **tak** på inntil 4 DRG-poeng (ca. 30 000 kr) for en enkeltbehandling

Forts. kommunal medfinansiering

- Foreslått overført 5 milliarder fra RHFene til kommunene i statsbudsjettet for 2012
- Modellen baserer seg i første omgang på behandling som er inkludert i innsatsstyrt finansiering
- *Oppgjørsordning* - Helsedirektoratet arbeider med å etablere et forvaltningssystem for oppgjørsordning
- *Styringsdata* - Folkehelseinstituttet arbeider med å få på plass et digitalt system som skal gjøre det mulig for hver kommune å få en oversikt over sine innbyggers helsetilstand. Det arbeides med styringsinformasjon basert på NPR-data

Videre prosess

- Avslutte oppsummering av høringsuttalelser
- Utarbeide forskriftene
 - slå sammen, forenkle, presisere
 - 100vis av tekniske endringer
- Evt. dialog m. andre dep./Hdir/KS
- Vedtakelse – medio desember?
- I kraft 01.01.12

- Rundskriv med lov og forskrifter + merknader til bestemmelsene
- Høringsnotat og høringsuttalelser på HODs nettsider:

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/hoeringer/hoeringsdok/2010/horing2.html?id=621189>