



12-kommunesamarbeidet i Vestfold (12k)

Arbeidsgruppens forslag, 18.12.09

12k rapport

St.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen

Postadresse 12k c/o HVE, p.b. 2243 3103 Tønsberg	Besøksadresse: Raveien 197, Borre	Webadresse: www.12k.no	Telefon: 330 31000 Innvalg: 33031033 Mob: 414700 41 Fax: 33031100	Filnavn: Samhandlingsreformen - rapport 18 12 09
---	---	--	--	--

INNHold

1. INNLEDNING	3
2. MÅLGRUPPER OG PRIORITERINGER	3
3. NYE ADMINISTRASJONS- OG SYSTEMOPPGAVER	5
4. DOKUMENTASJONGRUNNLAGET FOR REFORMEN	6
5. STØRRELSE, KOMPETANSE OG ORGANISERING	7
6. FOREBYGGING	8
7. KOMPETANSEOPPBYGGING	8
8. FINANSIERING	8
9. OPPSUMMERING OG KONKLUSJON	10
10. MULIGE PROSJEKTER I VESTFOLD	11

12k pleie- og omsorgsnettverk nedsatte 26.08.09 en arbeidsgruppe som skulle gjennomgå St. meld. 47 og se på konsekvensene for kommunene.

Arbeidsgruppen har bestått av:

Cecilia Haglind, kommunaldirektør Tønsberg kommune
Inger Therese Svendsrud, seniorrådgiver Horten kommune
Anne Mette Aralt, fagkoordinator Fylkesmannen i Vestfold
Ole Henrik Augestad, kommuneoverlege Sandefjord kommune
Mette Vikan Andersen, rådgiver KS Vestfold
Torill Lønningdal, daglig leder12k

1. Innledning

Fokuset i Samhandlingsreformen er dagens og fremtidens helse- og omsorgsutfordringer. Meldingen fokuserer særlig på kostnadsutviklingen i spesialisthelsetjenesten, mangelen på koordinerte tjenester og tiltak for å begrense og forebygge sykdom.

Arbeidsgruppen er enig i beskrivelsen av hovedutfordringene slik de er fremkommet i meldingen. Det er positivt at meldingen gir kommunene insitament til å gå igjennom sin tjenestekjede og sitt ansvar i lys av reformen.

Regjeringen lanserer fem hovedgrep: en klarere pasientrolle, en ny kommunerolle, etablering av økonomiske insentiver, utvikling av spesialisthelsetjenesten samt tydeligere prioriteringer. Samlet sett vil dette ha stor betydning for den kommunale hverdagen i årene som kommer. Kommunene vil få nye oppgaver både på systemnivå og på pasientnivå.

For kommunene er de mest sentrale utfordringene ved reformen kommunesamarbeid, lokaldemokrati, oppbygging av tilstrekkelig robuste helsefagmiljøer og finansieringsmodell.

2. Målgrupper og prioriteringer

Nye kompetansekrevende funksjoner i kommunene skal gi befolkningen tilbud før, istedenfor og etter sykehusopphold. Slike tjenester kan være forsterkede sykehjems plasser, observasjons- / intermedieravdelinger, tverrfaglige ambulante team, lærings- og mestrings-sentra (LMS) og habiliterings-/rehabiliteringsoppgaver som eventuelt kan samlokaliseres i lokalmedisinske sentra.

Oppgavene som foreslås overført til kommunene er mange, men målgruppene og ansvarsfordelingen mellom 1. og 2. linjen er utydelig formulert. Eldre over 80 år, andre med langvarige og sammensatte lidelser, psykiatri og rus kan se ut til å være målgruppene som i stor grad tenkes overført til kommunalt ansvarsnivå. For spesialisthelsetjenesten er dette grupper som gir mange innleggelses uten å være økonomisk lønnsomme. Mange i disse gruppene har allerede kommunale tjenester som basistilbud. For kommunene vil et utvidet behandlings- og oppfølgingsansvar, innebære opparbeiding av ny kompetanse og nye tiltak før et faglig godt totaltilbud kan gis. Dette vil medføre en betydelig vekst i det kommunale kostnadsnivået.

Undersøkelser fra RO og SINTEF (2007/2008) viser at eldre brukere utgjør 2/3 av totalt antall brukere i kommunene, men bruker bare 1/3 av de økonomiske ressursene i pleie- og omsorgstjenesten. Det innebærer at yngre brukere (1/3) har fått rettigheter til svært kostnadsintensive driftsformer som f.eks. individuell bistand 24 t/døgn i eget hjem, og forbruker 2/3 av ressursene.

En studie ved Høgskolen i Vestfold¹, viser at de skrøpelige eldre i gjennomsnitt har 6 aktuelle diagnoser og 10 medikamenter. Dette er brukerguppen som ofte blir innlagt og reinnlagt på sykehus. De er ustabile og trenger tett medisinsk oppfølging. Studien viser at kommunene har en stor utfordring for å få bedret samhandlingen mellom fastlege og hjemmetjeneste for å forhindre innleggelse og kvalitetssikre tilbudet til denne gruppen.

Slik arbeidsgruppen oppfatter det, omfatter Samhandlingsreformen alle innbyggerne i en kommune i forhold til forebygging, mens reformens konkrete forslag om økt behandlings-

¹ Gjennomført av høgskolelektor Gro Næss, se http://www.bib.hive.no/tekster/hveskrift/rapport/2008-01/rapp01_2008.pdf

ansvar retter seg mot anslagsvis 10 % nye brukere (se figur 1) av totalt antall brukere av kommunale pleie- og omsorgstjenester. Meldingen kan gi inntrykk av at samhandlingsreformen omfatter behandlingsansvar for langt flere pasienter.

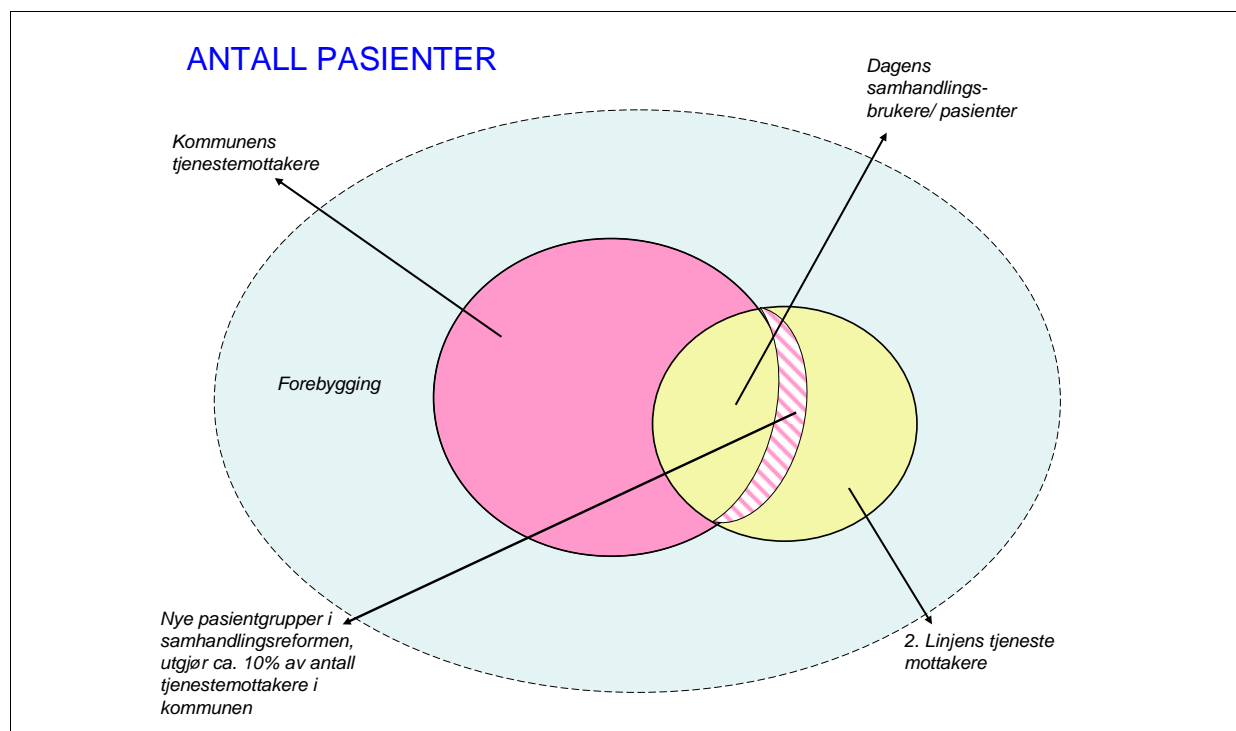


Fig 1: Ansvarsfordeling av antall pasienter i samhandlingsreformen

Figur 1 viser kommunens ansvar for alle innbyggere (den største sirkelen) der reformen legger føringer for et forsterket og utvidet forebyggende ansvar. Kommunehelsesirkelen representerer brukere som allerede har tilbud fra de kommunale tjenestene. Spesialisthelsetjenestesirkelen overlapper kommunesirkelen. Overlappingsområdet kan deles i to:

- Brukerne det samhandles godt om i dag, men hvor oppgavefordelingen vil forskyve seg mot kommunesektoren for noen brukergrupper som følge av samhandlingsreformen
- Brukere med utfordrende koordinerings- og samhandlingsbehov

Det skraverte feltet representerer nye brukergrupper som reformen mener kommunene bør overta ansvaret for.

Spesialisthelsetjenesten vil alltid ha en relativt stor brukergruppe som ikke har behov for, eller i svært liten grad har behov for tjenester fra kommunen. Meldingen har også fokus på at spesialisthelsetjenesten skal spesialiseres ytterligere. Arbeidsgruppen kan ikke se behovet for å ha et eget fokus på dette. Spesialiseringen her vil skje automatisk som en følge av overføring av oppgaver til kommunen – og den medisinske utviklingen.

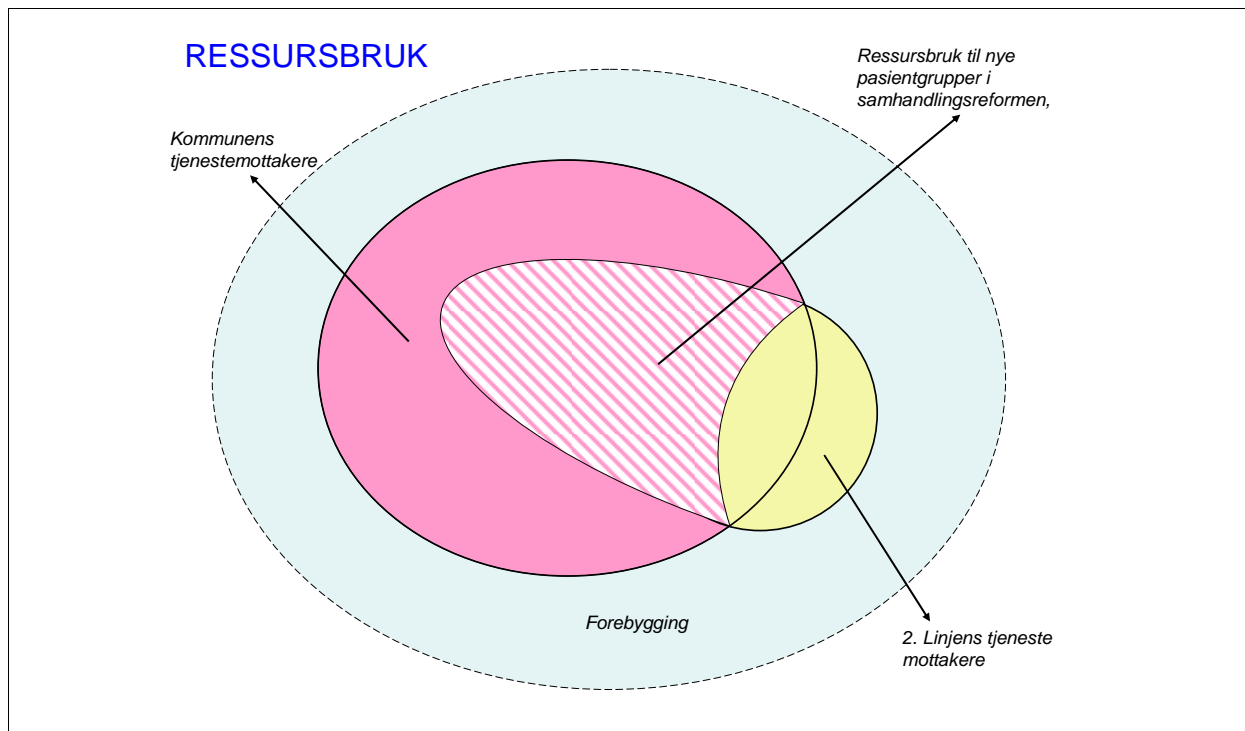


Fig 2: Anslag ressursbruk knyttet til nye pasientgrupper samhandlingsreformen

Figur 2 viser arbeidsgruppens meget grove anslag for ressursbruk gitt at hele samhandlingsreformen innføres slik den foreligger i St.meld. 47. Det skraverte feltet representerer ressursbruk til nye brukergrupper som reformen angir at kommunene bør overta ansvaret for. Figuren illustrerer at de nye brukerne ressursmessig vil utgjøre en stor andel av kommunens totale ressursbruk.

Den demografiske utviklingen framover fører til at kommunene allerede må planlegge og finansiere en betydelig utvidelse av de tradisjonelle kommunale tjenestene. Samhandlingsreformen innebærer at kommunene i tillegg skal planlegge, finansiere og iverksette nye forebyggende tiltak og et utvidet behandlingsansvar for målgruppene.

Meldingen fastslår at både det politiske miljøet og administrasjonen må være forberedt på nye og mer krevende prioriteringsbeslutninger ut fra den demografiske og epidemiologiske utviklingen. Begrensning av kostnadsveksten i spesialisthelsetjenesten og i kommunale tjenester er helt avhengig av tydelig og strengere prioritering. Dette vil utvilsomt bli et meget krevende område framover ut fra befolkningens forventninger, sterk vektlegging av medvirkning, selvbestemmelse og pasientrettigheter i lovgivningen. Meldingen har ikke utredet nødvendig regelverk for prioriteringer og rammer for hvilke tjenester som skal gis bortsett fra å vise til opprettelsen av Nasjonalt råd for kvalitet og prioriteringer i 2007.

Når hovedutfordringen framover er at samfunnets økonomiske bæreevne kan bryte sammen, mener arbeidsgruppen at arbeidet med å få fram et nasjonalt regelverk for prioriteringer og rammer for tjenester både på kommune- og spesialisthelsenivå må framskyndes. Ut fra RO/SINTEF undersøkelsene, må regelverket for prioriteringer omfatte samtlige brukergrupper i kommunene.

3. Nye administrasjons- og systemoppgaver

Samhandlingsreformen gir et ansvar til kommunene for nye og omfattende administrasjons- og systemoppgaver, særlig innenfor områdene for helseovervåking, folkehelsearbeid med

vekt på samfunnsmedisinske oppgaver og arbeid med avtaler. Dette innebærer bl.a. administrasjon av foreslåtte betalingsordninger, nye tjenester på tvers av kommunegrenser, avtaler med ulike samarbeidskommuner, samarbeidsavtaler med spesialisthelsetjenesten, fastleger, fysioterapeuter, planlegging, organisering, investeringer og drift av nye tiltak i egen kommune eller med en eller flere samarbeidskommuner.

De nye oppgavene vil også medføre økte rapporteringskrav.

Meldingen foreslår lovhjemlet rett til en kontaktperson i tjenestene for pasienter med behov for koordinerte tjenester. Kontaktpersonen² skal veilede pasienten om behandling og øvrig oppfølging. Arbeidsgruppen er skeptisk til forslaget siden denne rollen ikke er avgrenset i forhold til IP-koordinator, pasientansvarlig leger og fastlegenes informasjons- og koordinatorrolle. En slik kontaktperson kan komplisere samhandlingen og rolleforståelsen ytterligere. Utviklingen av felles forpliktende individuelle pasientforløp og forpliktende IP-arbeid, vil være svært ressurskrevende og må kompenseres økonomisk.

Meldingen legger videre opp til en helt annen styring og kontroll av fastlegene. Meldingen viser til fastlegenes portnerfunksjon i forhold til spesialisthelsetjenesten – å forhindre innleggelser. Hvordan kommunene skal kunne styre fastlegene sier reformen lite om.

Helseovervåking og samfunnsmedisinske oppgaver må i større grad tas inn i de ordinære plan- og beslutningsprosesser. Dette er i stor grad formelt sikret i dag, men skal det gjennomføres i praksis krever det til dels betydelig økte personalressurser.

Gjennomføring av samhandlingsreformen vil medføre omfattende nye administrasjons- og systemoppgaver for kommunene. Disse er ikke utredet og kostnadsberegnet i meldingen. Arbeidsgruppen frykter at kommunene vil få en betydelig økning i administrative kostnader og viser til den store veksten av ikke-medisinsk personell i helseforetakene.

4. Dokumentasjonsgrunnlaget for reformen

St.meld. 47 bygger på at det i dag er 550 000 unødvendige liggedøgn i norske sykehus. Arbeidsgruppen finner at meldingen bygger på mange antagelser og anslag bl.a. i kap. 4³. Beregningene som er gjort, baserer seg etter vår vurdering i for stor grad på ikke oppgitte kilder, begrensede undersøkelser og gammelt tallgrunnlag, bl.a. en psykiatriundersøkelse fra 2003. Begrepene utskrivingsklare pasienter og unødvendige innleggelser er imidlertid ikke klart definert. Det er tydelig at det er spesialisthelsetjenestens definisjoner som er benyttet i meldingen. Disse forholdene gir samlet et meget usikkert datagrunnlag for reformen.

Det er forsket lite på de kommunale pleie- og omsorgstjenestene. Noe forskning er gjennomført på sykehjemspasientene behov, men vi vet lite om behovene til brukerne i hjemmetjenesten som tross alt utgjør majoriteten av brukerne i en kommune.

Meldingen gir uttrykk for at kommunale tjenester gjennomgående er billigere enn spesialisthelsetjenesten uten å beregne kostnadene for nye forsterkede sykehjem, intermedieær-avdelinger, LMS, habilitering og rehabilitering av helt nye målgrupper for kommunene. Vestfold har eksempler på at forsterkede sykehjemsplasser kan ha et kostnadsnivå på spesialisttjenestnivå. Det er grunn til å anta at flere pasienter med mer sammensatte og helsefaglig krevende behov vil øke kostnadene betydelig i den kommunale tjenesten.

² Kan være lege, sykepleier, sosionom, fysioterapeut eller lign

³ Kap. 4 i st.meld. 47: Dokumentasjon av samhandlingsproblemenes omfang

Samhandlingsreformen legger stor vekt på utviklingen av forebyggende tiltak og lærings- og mestringstiltak i forhold til aldersrelaterte og livsstilsrelaterte sykdommer, psykiatri og rus, uten at det er tilstrekkelig utredet hvilke tiltak som faktisk virker. Forskning viser at mange forebyggende tiltak knyttet til bl.a. kreftsykdom tar 30 år før de viser effekt. Det vil dessuten være en rekke sykdommer som ikke er mulig å forebygge med nåværende kunnskapsnivå.

Kostnadene ved forebyggende tiltak er ikke utredet i meldingen.

Arbeidsgruppen finner at St.meld. 47 ikke har tilstrekkelig dokumentasjon som grunnlag for de ulike hovedgrepene som blir foreslått. Regelverket for prioriteringer er ikke påbegynt. Ut fra dette, mener arbeidsgruppen at det vil bli svært vanskelig for kommunene å planlegge omfang, innhold og kostnader i de foreslåtte nye oppgavene innenfor de tidsfristene som meldingen antyder.

5. Størrelse, kompetanse og organisering

Samhandlingsreformen fremstilles som en kommunehelsereform som legger opp til at kommunene skal kunne overta oppgaver, utvikle nye tjenestetilbud og ta et større ansvar for helsetjenestene til befolkningen. Arbeidsgruppen ser samhandlingsreformen først og fremst som en spesialisthelsetjenestereform siden reformen har som mål å bremse utbygging av sykehusplasser og den eksplosive kostnadsutviklingen i helseforetakene.

Kommunesammenslåing eller forpliktende kommunesamarbeid er en forutsetning for å klare reformen og kan åpne muligheter for å overta oppgaver, bygge robuste og kompetente fagmiljø og utvikle spennende arbeidsplasser. Det er ikke bestemt hvor stor grad av oppgaveforflytning som vil skje fra spesialisthelsetjenesten til kommunene. Likevel synes det å være liten tvil om at oppgavene som overføres vil være så vidt omfattende mht omfang og faglig innhold at kommunene må samarbeide for å løse utfordringer på tvers av kommunegrenser. Reformen vil imidlertid kreve omfattende utredninger av hensiktsmessige organisasjonsformer for samarbeidet. Dette gjelder også de store bykommunene i Vestfold. Noen oppgaver må sannsynligvis dekkes på fylkesnivå.

Nye og større oppgaver vil kreve et større befolkningsgrunnlag som grunnlag for tjenestetilbudet. I meldingen trekkes det frem eksempler på nødvendig befolkningsgrunnlag for enkelte tjenester; 20-30 000 innbyggere for lokalmedisinske sentre, 10-15 000 for lindrende enheter, og lærings- og mestringssenter for 42 000 innbyggere. Dette viser til eksisterende tjenester, men innebærer etter arbeidsgruppens vurdering en forenklet tilnærming til nødvendig befolkningsgrunnlag for kommunene. Overføring av kompetanse- krevende oppgaver til kommunene er avhengige av robuste og stabile fagmiljøer med spesialkompetanse. Denne robustheten er bare mulig å oppnå gjennom til dels langt større enheter enn anslagene i meldingen.

Det administrative apparatet i kommunene og "samkommunene" må styrkes vesentlig med økonomisk, juridisk og medisinskfaglig kompetanse for å kunne håndtere foreslått avtaleverk på mange nivåer, og ytterligere styrking av samfunnsmedisinsk-, analyse- og plankompetanse jf. pkt. 3. I realiteten foreslår samhandlingsreformen at kommunene skal ansvarliggjøres for samhandlingsproblematikken vi tidligere ikke har klart å løse i Norge. Omleggingen til helseforetak er et eksempel på grep for å løse denne problematikken.

Arbeidsgruppen mener at det er en forutsetning for god samhandling mellom forvaltningsnivåene at kommunene får en formell myndiggjøring slik at en sikrer likeverdighet mellom partene.

Videre blir det viktig at de private aktørene blir definert inn i en helhetlig tjenestekjede og med et helhetlig ansvar på tvers av forvaltningsnivåer for pasienten og ikke bare delansvar for enkelte tiltak/ inngrep slik de har i dag.

Ut fra ovenstående, stiller arbeidsgruppen spørsmål om reformen i realiteten vil innebære en mer kostnadseffektiv organisering av det nødvendige helsetilbudet til befolkningen. Arbeidsgruppen mener at det først må gjennomføres risiko- og sårbarhetsanalyser av overføringen av ansvar fra spesialisthelsetjenesten til kommunene. Etter dette må forskning og utredning dokumentere hvilke oppgaver som faglig og økonomisk er mest hensiktsmessig å overføre. Målet må være et like bra eller bedre tilbud til pasientene.

6. Forebygging

Det beskrives lite konkret om hvordan forebygging skal prioriteres og gjennomføres. Det vil kreve mye politisk vilje til å vente på resultater av forebygging. Dette tar tid – flere tiår - og effektene er vanskelige å måle. Arbeidsgruppen mener at hvis forebygging skal settes på dagsorden, må det ytes statlige, spesielle tilskudd til formålet gjennom mange år, parallelt med finansiering av den øvrige delen av reformen. I denne sammenheng bør det også vurderes om sentrale forebyggingstiltak skal gjennomføres i enda større grad enn i dag som resultat av lovregulering. Eksempler på dette vil være strengere regulering av tobakk, alkohol og helseskadelige næringsmidler og pliktig tilrettelegging for fysisk aktivitet.

7. Kompetanseoppbygging

Nye oppgaver vil kreve robuste helsefagmiljøer. Kompetansebygging er avgjørende for at reformen skal lykkes. Kompetansebehovet må kartlegges og analyseres i tett samarbeid med kommunene, ikke bare i forhold til somatikk, psykiatri og rus, men også innen avtalestyring, samhandlingskompetanse, behandlingsforløp, brukermedvirkning, pasientsikkerhet og elektronisk samhandling. Kommunene må forberede seg på at reformen vil innebære et betydelig behov for faglig utvikling og kompetanseløft på mange ulike områder.

Arbeidsgruppen forventer tydelige statlige prioriteringer av helse- og omsorgsutdanningene innenfor videregående skoler, høyskoler, universiteter og formalisert, tverrfaglig etterutdanning av helsepersonell.

8. Finansiering

Det varsles tre mulige endringer på finansieringsområdet: Kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten, kommunalt ansvar for utskrivingsklare pasienter fra 2012 og reduksjon av innsatsstyrt finansiering av spesialisthelsetjenesten.

Det er en grunnleggende forutsetning at samhandlingsreformen blir fullfinansiert. Finansieringen av reformen må oppfattes som rettferdig sett fra kommunenes side. Dette gjelder både i forhold til omfanget av oppgaver som overføres, hvordan kostnadsgrunnlaget blir beregnet og dokumentert, hvordan midlene blir fordelt mellom kommunene, hvilke insitamenter som legges inn osv.

Arbeidsgruppen har følgende innspill til kostnader og finansiering:

- *Dokumentasjon av kommunale kostnader*
Kommunale kostnader for oppgaver som foreslås overført fra 2. linjetjenesten er svært dårlig dokumentert i meldingen, jf. pkt. 4 Dokumentasjonsgrunnlaget for reformen. Dette er en vesentlig mangel ved meldingen.
Det er avgjørende at kostnader som blir lagt til grunn for reformen blir grundig og faglig dokumentert.

- *Utskrivingsklare pasienter*
I dag definerer spesialisthelsetjenesten alene innholdet i "utskrivingsklare pasienter". Det blir viktig for gjennomføring av samhandlingsreformen at "utskrivingsklare pasienter" blir sentralt og klart definert i samarbeid mellom 1. og 2. linjetjenesten. Arbeidsgruppen viser til undersøkelsene i meldingens kap. 4 om reinnleggelser av pasienter i sykehus. Disse tallene må også tas med i vurderingene når begrepet "utskrivingsklare pasienter" skal defineres. St. meldingen har heller ikke kostnadsberegnet forskyvning av arbeids- og ansvarsfordelingen mellom 1. og 2. linjetjenesten, jf. fig 2.
- *Kontaktpersoner*
I meldingen foreslås det at det skal lovhjemles rett til kontaktperson i tjenestene for pasienter med behov for koordinerte tjenester. Koordinatorfunksjonen skal inngå i en fagpersoners ordinære stilling. Arbeidsgruppen mener at kontaktpersonfunksjonen må bli økonomisk kompensert gjennom reformen.
- *Samhandlings- og administrasjonskostnader*
Arbeidsgruppen kan ikke se at det legges opp til / drøftes økonomisk kompensasjon hverken for kostnadene til den økte samhandlingen mellom forvaltningsnivåene, i "samkommunene" og i den enkelte kommune eller de nye administrative oppgaver i meldingen jf. pkt. 3.
- *Veiledning*
Det må utvikles klare økonomiske incentiver som kan motivere spesialisthelsetjenesten til å veilede og sørge for kompetanseoverføring til kommunene. Plikten er allerede lovfestet, men en må finne ordninger som sikrer iverksetting og stabil veiledning over tid.
- *Økonomiske incentiver*
Meldingen gir uttrykk for at kommunale tjenester gjennomgående er billigere enn i spesialisthelsetjenesten. Foreslåtte nye tiltak er imidlertid ikke kostnadsberegnet. Arbeidsgruppen anser ikke at det er tilstrekkelig dokumentert at de foreslåtte tiltakene i reformen faktisk vil gi en samfunnsøkonomisk gevinst for helseforetak og kommuner sett under ett.

De økonomiske incentivene som besluttet må være sterke nok til at det blir lønnsomt å bygge opp et kommunalt/interkommunalt tilbud slik at kommunene får reelle valgmuligheter innenfor de områdene de faktisk kan påvirke.
- *Fordeling via inntektssystemet*
Dersom overføringen av midler fra RHF-ene til kommunesektoren skjer direkte gjennom inntektssystemet, vil det være kommunenes inntektssituasjon i dag som blir avgjørende for resultatet mer enn de konkrete behovene knyttet til oppgavene som flyttes. Skjevhetene i inntektsfordelingen vil forsterkes dersom inntektskompensasjonen knyttet til samhandlingsreformen bygger på at skatteinntektene skal utgjøre 45 % av kommunesektorens samlede inntekter, slik det gjøres i inntektssystemet. Skattesterke kommuner⁴ vil da få en uforholdsmessig høy andel av midlene, med utgangspunkt i at de allerede har høye skatteinntekter, og ikke som følge av konkrete vurderinger med utgangspunkt i overføring av oppgaver mellom kommunene og 2. linjetjenesten.

Det er viktig at alle disse forholdene vurderes i det videre utredningsarbeidet.

⁴ Ingen av Vestfolds kommuner defineres som skattesterke

9. Oppsummering og konklusjon

Arbeidsgruppen er enig i beskrivelsen av hovedutfordringene slik de fremkommer i meldingen. Videre er det positivt at meldingen setter fokus på den kommunale tjenestekjeden i et utviklingsperspektiv.

Arbeidsgruppen er enig i at kommunene i større grad bør ta et større totalansvar for:

- Utskrivningsklare pasienter ut fra en felles, omforent definisjon av begrepet
- Sykehjemspasienter som har problemer med respirasjon, sirkulasjon, infeksjoner, ernæring og medisiner
- Oppbygging av system, rutiner og verktøy for samhandling mellom fastleger, spesialisthelsetjeneste og hjemmetjeneste

Reformen bygger imidlertid på et for spinkelt dokumentasjonsgrunnlag og har innebygde risikofaktorer som kommuneøkonomi, samarbeidsformer på tvers av kommuner og tilstrekkelig befolkningsgrunnlag for oppgaveløsningen.

Forutsetningen for økt kommunalt ansvar er at

- reformen blir fullfinansiert
- de økonomiske insentivene er sterke nok til at det blir lønnsomt for kommunene å bygge opp egne tilbud
- finansieringsordningene tar høyde for økte administrasjons- og samhandlingskostnader
- tydelig ansvars- og rollefordeling mellom aktørene i reformen
- oppbygging av økt kompetanse i pleiepersonellet
- tilstrekkelig medisinsk faglig kompetanse i kommunene
- tydelig regelverk for nasjonale prioriteringer og rammeverk for hvilke tjenester som skal ytes

Arbeidsgruppa anbefaler at arbeidet med felles definisjon av unødvendige innleggelse og utskrivningsklare pasienter prioriteres. Målet må være langt lavere risiko for reinnleggelse enn i dag. Det er store utfordringer både politisk og administrativt med å utvikle felles forpliktende systemer og kriterier for inn- og utskrivning mellom kommuner, fastleger og spesialisthelsetjenesten. Før iverksetting av felles kriterier for inn- og utskrivning, må et sentralt regelverk for prioriteringer, rammer for hvilke tjenester som skal gis til hvilke pasientgrupper og tydelige faglige/etiske normer må være på plass.

Reformen berører lite hvordan økningen av personell i pleie- og omsorgssektoren i kommunene skal gjennomføres. Avgang og frafall av pleiepersonell er lite omtalt i beregningene. Det er uklart om dette er tatt inn i regnestykket når det uttales at tilgangen er 100 000 årsverk. Rekruttering til utdanning på videregående skolenivå er ikke spesielt tatt opp. Her ligger kanskje den største utfordringen for rekruttering og oppbygging av helsefaglig grunnkompetanse. Det er heller ikke satt spesielt fokus på utfordringene med å vedlikeholde og videreutvikle kompetanse på dem som allerede er ansatt i sektoren.

Personellberegningene forutsetter en frivillig innsats på nivå med dagens. Det forutsettes m.a.o. at familieomsorgen øker i takt med den demografiske utviklingen – altså at forholdet mellom familieomsorgen og offentlig finansiert omsorg er konstant. Kommunene og humanitære organisasjoner erfarer at det over tid er blitt vanskeligere å rekruttere frivillige. Det er derfor lite trolig at antall frivillige øker i takt med behovet for økt arbeidskraft.

Arbeidsgruppen er skeptisk til forslaget om lovhjemlet rett til kontaktperson i tjenestene. Denne rollen er ikke avgrenset i forhold til andre informasjons- og koordinatorroller, jf. pkt. 3. En slik kontaktperson kan komplisere samhandlingen og rolleforståelsen ytterligere. Ressursbruken er heller ikke kostnadsberegnet.

Kommunene har fått overført komplekse og omfattende oppgaver de siste årene. I tillegg står kommunene overfor betydelig utbygging av de ordinære tjenestene ut fra den demografiske utviklingen i befolkningen. Dette gir en stor utfordring for kommunenes kapasitet og kompetanse til å planlegge, bygge ut og implementere samhandlingsreformens forslag, særlig innenfor de korte tidsfrisen som meldingen legger opp til. Rekruttering av kompetent personell er, uavhengig av samhandlingsreformen, en så stor utfordring for kommunene at det statlige hovedfokuset bør rettes mot hvordan dette skal løses gjennom faktiske økonomiske overføringer og prioriteringer i utdanningssystemene.

Arbeidsgruppen anbefaler at det legges opp til utstrakt forskning og utvikling innenfor den kommunale helsetjenesten, særlig rundt de skrøpelige eldre. Det bør blant annet forskes på hvordan en tettere samhandling mellom fastlege og hjemmetjeneste kan utsette/ forhindre innleggelse og reinnleggelse i sykehus og kvalitetssikre pasientforløpet.

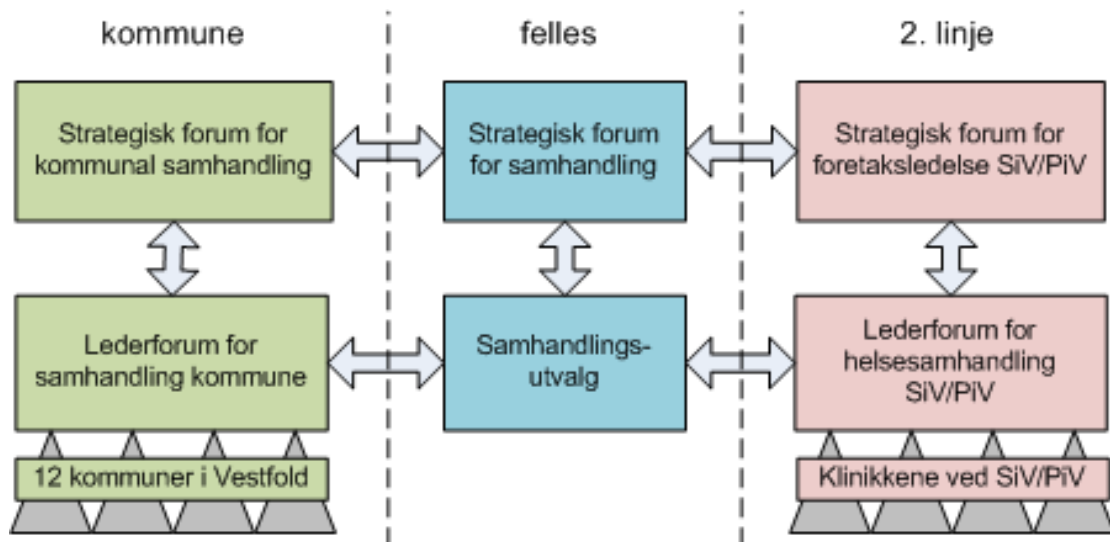
Ut fra arbeidsgruppens vurdering, burde meldingen foreslått en prioritering av og en tidsplan for oppgaveoverføringene til kommunene. Det er et langsiktig og tidkrevende arbeid å utvikle gode tjenester, robuste fagmiljøer, felles utvikling av gode pasientforløp og samhandlingsrutiner. Arbeidsgruppen anbefaler en **skrittvis** iverksetting for å dokumentere gode erfaringer fra avgrensede målgrupper og oppgaver.

10. Mulige prosjekter i Vestfold

Arbeidsgruppen anbefaler i første rekke gjennomføring av to prosjekter i 12k som vil øke kompetansen og lette implementeringen av samhandlingsreformen i Vestfold:

- **Samhandlingmodell på systemnivå**

St.meld. 47 vil kreve en betydelig samhandling mellom kommunene og 2. linjetjenesten på mange nivå. Analyser fra Vestfold og forskningsrapporter angir at det i dag mangler en overordnet struktur på samhandling, dette gjelder både mellom kommunene og mellom kommunene og 2. linjetjenesten. Vi ønsker å teste ut følgende modell for samhandling, jf. samarbeidsprosjektet mellom Sykehuset i Vestfold og 12k, "Fra delt til helt", se <http://www.12k.no/fradeltilhelt.htm>.



Modellen angir en struktur for samhandling både mellom kommunene og mellom kommunene og 2. linjetjenesten. For å gjennomføre modellen ønsker kommunene sammen å tilsette en samhandlingskoordinator. Vi ønsker også følgeforskning tilknyttet prosjektet.

- **Kvalitetssikring av medisinsk oppfølging og vurdering av syke hjemmeboende eldre**

Fastlegen har det medisinsk faglig ansvaret for syke hjemmeboende eldre, men det er lite samarbeid mellom fastlege og hjemmesykepleie knyttet til vurdering og oppfølging av pasientens helsetilstand og medisinsk behandling. Vi vil se nærmere på hva som er nødvendige observasjoner og vurderinger i kommunehelsetjenesten i lys av vedtaket pasienten har om at hjemmesykepleien skal administrere medikamenter. Det er uklar forståelse av hvem som har hvilket ansvar i kommunene i forhold til medikamentell behandling og oppfølging av helsetilstand hos pasienter som mottar hjemmesykepleie.

Vi ønsker å teste ut et verktøy og en modell for planlagt og systematisert oppfølging og vurdering av pasientens helsetilstand. Vi ser for oss et samarbeidsprosjekt i 12k mellom pleie- og omsorgstjenesten, fastleger, Undervisningshjemmetjenesten i Vestfold, Sykehuset i Vestfold og Høgskolen i Vestfold.