



Helse- og omsorgsdepartementet  
Postboks 8011 Dep  
0030 Oslo

## Høringsuttalelse - samhandlingsreformen - forslag til forskriftsendringer og nye forskrifter - Prop 91 L 2010 - 2011 - Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester

Fylkesmannen i Nord-Trøndelag (FMNT) viser til brev av 04. juli 2011 der Helse- og omsorgsdepartementet legger fram forslag til forskriftsendringer og nye forskrifter til kommunal helse- og omsorgslov.

Intensjonen med loven og forslaget til forskriftsendringer og nye forskrifter, er å harmonisere lovverket slik at det blir et sentralt virkemiddel i oppfølgingen av St.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen.

FMNT stiller seg positiv til intensjonen om å følge opp Samhandlingsreformen, vedtatte lover og forskriftene som er på høring.

### Sammendrag:

- **I forhold til individuell plan og koordinator etter helse- og omsorgslovgivningen mener FMNT det er positivt at det klargjøres hvem som har ansvar for hva i forhold til individuell plan og koordinator både i kommune og spesialisthelsetjeneste**
- **I forhold til forslag til endring av forskrift om habilitering og rehabilitering mener FMNT at det er positivt at rollen til koordinerende enhet forsterkes og utdypes. Det er også bra at fokuset på habilitering og rehabilitering gjøres bredere ved at det involverer både sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering**
- **I forhold til forslag til forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter mener FMNT:**
  - **Ad § 3 at tidsfristen på 24 timer er hensiktsmessig**
  - **Ad § 4 at kriteriet for når en pasient er utskrivningsklar bør få en nærmere presisering**
  - **Ad §§ 5 og 6 at melding fra spesialisthelsetjenesten til kommunene om utskrivningsklare pasienter må meddeles kommunene i ordinær arbeidstid**
- **I forhold til forslag til om disponering av kontantytelser fra folketrygden under opphold i institusjon som nevnt i helse- og omsorgstjenesteloven og felles trivselsordning, støtter FMNT primærforslaget om at forskriften oppheves**

- **I forhold til forslag til forskrift om kommunenes dekning av utgifter til helse- og omsorgstjenester støtter FMNT forslaget om at forskriften videreføres i henhold til forslaget om en forenkling**

## **Kommentarer til de ulike forskriftene i høringsnotatet**

For enkelte forskrifter er det kommentert generelt, der det gis kommentarer på enkelte paragrafer er dette presisert.

### **Forslag til endring av Norsk pasientregisterforskriften**

Ingen kommentarer

### **Forslag til endring av gaveforskriften**

Ingen kommentarer

### **Forslag til endring av forskrift om individuell plan og koordinator etter helse- og omsorgslovgivningen**

#### *§ 4 a og b, Koordinator i kommune og spesialisthelsetjeneste*

Fylkesmannen i Nord-Trøndelag (FMNT) mener det er positivt at kravet om koordinator for pasienter med behov langvarig og koordinert oppfølging utdypes og forsterkes både i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Når forskrift om pasientansvarlig lege i spesialisthelsetjenesten oppheves er det naturlig at dette videreføres med at legen bør være koordinator slik det foreslås i forskriften. Det er likevel viktig at det presiseres at andre også kan være koordinator der dette passer bedre. I kommunen er det ikke definert hvem som skal være koordinator, og myndighetene bør vurdere om hvorvidt legen bør være koordinator også i kommunen, og følge opp dette i det videre arbeidet med fastlegeforskriften. Som et minimum bør en løfte legerollen til å bli en enda klarere og mer aktiv aktør i ansvarsgrupper rundt den enkelte pasient i kommunal helse og omsorgstjeneste. Innføring av nye eller endrede incitament er bør vurderes for å sikre at dette blir realisert.

#### *§ 5 a Ansvar for å melde fra om behov for individuell plan og koordinator*

FMNT mener at det er positivt at det etableres en plikt til for helsepersonell til å melde fra om pasienters og brukeres behov for individuell plan og behov for koordinator.

#### *§ 6 Ansvar for å utarbeide individuell plan*

FMNT mener at det er positivt at det i forskriften avklares at det er kommunen som har ansvaret for at det utarbeides individuell plan og som skal koordinere planarbeidet uavhengig av om pasienten befinner seg i kommunen eller i spesialisthelsetjenesten. Det er imidlertid like viktig at det presiseres et ansvar for å medvirke i kommunens arbeid med individuell plan.

FMNT mener videre at det er svært viktig med presiseringen av spesialisthelsetjenestens ansvar i forhold til å varsle kommunens koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering når den ser at det er behov for en individuell plan som omfatter tjenester både fra spesialisthelsetjenesten og kommunen, og videre medvirke i kommunens arbeid med individuell plan. Dette vil være av stor betydning for å nå flere av målsetningene med reformen, spesielt i forhold til et mer helhetlig helsetilbud.

## **Forslag til endring av forskrift om habilitering og rehabilitering**

### *§3 Virkeområde*

Fylkesmannen i Nord-Trøndelag mener det er positivt at det etableres en bredere forståelse både i lov og forskrift i forhold til hvilke ulike formål som dekkes innenfor begrepene habilitering og rehabilitering, ved at det påpekes at ytelsene skal omfatte alle personer som har behov for sosial, psykososial eller medisinsk habilitering og rehabilitering.

### *§ 7 Kommunens ansvar for habilitering og rehabilitering*

#### *§ 12 Det regionale helseforetakets ansvar for habilitering og rehabilitering*

FMNT vil understøtte viktigheten av det som er skrevet i forhold til at den kommunale helse- og omsorgstjenesten ved behov skal samarbeide med andre etater. Det er for dårlig koordinering i lovverket i dag knyttet til andre sektorer som Nav og oppvekst- og utdanning. Nav er en sentral aktør som kan bistå overfor flere brukergrupper innenfor sine ulike tiltak, og det er behov for å se på hvorvidt lovverket i Nav er tilpasset dette. Nav bør bli tydeligere i forhold den såkalte "aktivitetslinjen" som tidligere var flagget høyt i Navreformen, dette for å bidra til at sårbare grupper får tilbud om tilpassede aktivitetstilbud i sin habilitering og/ eller rehabilitering. I dag blir disse presset ut av "arbeids- og aktivitetsmarkedet" (les spesielt vekstbedriftene) på grunn av for høye krav til effektivitet og produktivitet i virksomhetene.

Det vil også være viktig at de områder for habilitering og rehabilitering som i dag oppfattes som gråsoner blir gjennomgått og avklart både på og mellom de ulike nivå for at samfunnet som helhet skal lykkes med å skape helhetlige pasientforløp.

### *§ 8 Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i kommunen*

#### *§ 13 Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i spesialisthelsetjenesten*

FMNT mener at ettersom koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i kommunen får det overordnede ansvaret for individuell plan vil også denne viktige kommunale instansens rolle tre tydeligere frem og bli forsterket i forhold til dagens lovverk og praksis. Denne instansen har vært, og vil være, svært viktig fremover for å sikre helhetlige tjenester lokalt og i samhandlingen med koordinerende enhet i helseforetakene for å skape helhet og sammenheng i tiltakskjedene rundt den enkelte pasient. På samme måte vil koordinerende enhet i spesialisthelsetjenesten få tilsvarende rolle overfor kommunene. Ansvar og myndighet for koordinerende enhet bør i større grad følges ad enn det som er tilfelle i dag. Dersom det ikke følger myndighet med, vil en heller ikke lykkes med oppgavene i forhold til den enkelte innbygger med behov for koordinerte tjenester. Derfor er det viktig å tenke på hvem som går inn i koordinerende enhet, og at det følger myndighet med disse i forhold til å kunne ta beslutninger innenfor ansvarsområdet.

## **Forslag til forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter**

### *§ 2 Betaling*

FMNT mener det er bra at døgnpris for opphold fastsettes i statsbudsjettet, slik at det er del av en helhetlig samfunnsøkonomisk vurdering.

### *§ 3 Spesialisthelsetjenestens ansvar for vurdering og varsling*

Departementet har bedt spesielt om en vurdering av de tidsfristene som er angitt i § 3. FMNT mener det virker hensiktsmessig at spesialisthelsetjenesten innen 24 timer etter innleggelse skal varsle kommunene om pasienter som antas å få et behov for helse- og omsorgstjenester i hjemmet eller plass i institusjon i helse- og omsorgstjenesten. Bestemmelsen har tatt høyde

for at dette i enkelte tilfeller ikke vil være mulig, det er da tenkt på pasienter utsatt for trafikkulykker eller lignende der det vil kunne ta litt tid før situasjonen er avklart.

#### *§ 4 Vilkår for at en pasient skal anses som utskrivningsklar*

Det følger av helse- og omsorgstjenesteloven § 11-4 og endringer i spesialisthelsetjenesteloven § 2-6 at det skal inngås samarbeidsavtaler mellom regionalt helseforetak og kommuner om utskrivningsklare pasienter. Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om ordningens omfang og innhold, kriterier for når en pasient er utskrivningsklar, herunder kriterier for samarbeid mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten om utskrivningsklare pasienter, og betalingssetser.

Etter forskriftens § 4 første ledd er en pasient definert som utskrivningsklar når lege i spesialisthelsetjenesten vurderer at det ikke er behov for ytterligere behandling i spesialisthelsetjenesten.

Avgjørende for en slik vurdering vil etter FMNTs mening være en definisjon av hvilke oppgaver som skal ligge til kommunehelsetjenesten og hvilke oppgaver som skal ligge i spesialisthelsetjenesten. Det følger av St.meld 47 (2008-2009) og Prop. 91 L (2010- 2011) mål om at kommunene skal bli i stand til å ta større deler av de oppgavene som i dag ligger til spesialisthelsetjenesten. Noen kommuner har allerede tatt dette ansvaret gjennom etablering av såkalte lokal medisinske senter. Av bestemmelsen framgår det at vurderingen av når en pasient er utskrivningsklar skal skje på bakgrunn av en individuell medisinsk faglig vurdering, det framgår ikke om det tas hensyn til at enkelte kommuner kan ha et mer spesialisert tilbud enn andre. Det framgår av den nye helse- og omsorgstjenesteloven hva som er kommunens ansvar for helse- og omsorgstjenester på et overordnet nivå. FMNT påpeker at behovet for ytterligere behandling i spesialisthelsetjenesten som det vises til i forskriftens § 4 vil endre seg med tiden. Derfor ber FMNT om at dette gjennomgås grundig, gjerne gjennom en oppdatering av fagveiledere, slik at det ikke er noen tvil om hvilke oppgaver som hører til det enkelte tjenestenivået.

I tillegg vil FMNT bemerke at det kan oppstå uenighet mellom pasient og spesialisthelsetjenesten når begrepet ”behov for ytterligere behandling” anvendes, og ber om en nærmere vurdering av pasientens rettigheter i en slik situasjon. Etter gammel forskrift skulle blant annet problemstillingen(e) ved innleggelsen slik disse var formulert av innleggende lege være avklart for at en pasient skulle være utskrivningsklar. Begrepet ”behov” er etter FMNT ikke godt egnet i en forskrift, her burde et mer bestemt kriterium framgått.

#### *§ 5 Kommunens ansvar og § 6 Tidspunkt for betaling og krav til rapportering*

I henhold til forskriftens § 5 skal kommunen avgi svar straks etter å ha mottatt melding fra spesialisthelsetjenesten om en utskrivningsklar pasient, jf. § 4 tredje ledd, om kommunen kan ta imot pasienten og fra hvilket tidspunkt. Det følger av vurderingene til forslaget at dersom kommunen uten saklig grunn ikke avgir svar, inntreffer betalingsplikten. Utgangspunktet er at kommunen ikke kan avvente med å gi svar til dagen etter meldingen er mottatt, og betalingsplikten inntreffer om kommunen ikke straks avgir svar selv om kommunen mottar melding fra spesialisthelsetjenesten om en utskrivningsklar pasient etter ordinær arbeidstid.

FMNT mener det vil være urimelig overfor kommunene å avkreve svar samme dag som meldingen mottas, dersom dette skjer etter alminnelig arbeidstid. For at betalingsplikt skal inntre fra den dagen pasienter defineres som utskrivningsklar fra spesialisthelsetjenesten må

denne meldingen som en klar hovedregel nå ut til kommunen i ordinær arbeidstid mandag - fredag innen kl 15. Helg og høytider må unntas da det er naturlig at også kommunale institusjoners ledelse avviker fri på linje med andre arbeidstakere, og det kan ikke forventes at ordinært ansatte i helsetjenesten har en tilsvarende oversikt som ledernivået.

FMNT ber om at det foretas en tydeligere avklaring på dette.

#### *Administrative og økonomiske konsekvenser av forslagene*

Kommunene vil få overført midler for utskrivningsklare pasienter tilsvarende om lag 560 mill.kroner. Beløpet baserer seg på en betalingssats på 4000 kr som tar høyde for driftskostnader, inkludert kapitalkostnader og 140 000 liggedøgn som tilsvarende gjennomsnittelig antall utskrivningsklare liggedøgn i perioden 2007-2009. FMNT mener at det burde vært mulig å få tak i mer oppdaterte tall slik at også 2010 inngikk i denne beregningen, men har forståelse for at det vanskelig lar seg gjøre nå ettersom statsbudsjettet framlegges på samme tidspunkt som høringsfristen utgår.

#### **Forslag til forskrift om kommunal medfinansiering**

Kommunal medfinansiering skal basere seg på ordningen med Innsatsstyrt finansiering (ISF). ISF gjelder for somatisk pasientbehandling og omfatter både innleggelser og poliklinisk virksomhet. ISF-refusjonen utbetales til det regionale helseforetaket. ISF-satsen er 40 % av gj.snittlige behandlingskostnader. De øvrige 60 % av kostnadene dekkes av basisbevilgningene til de regionale helseforetakene. ISF bygger på DRG(diagnoserelaterte grupper) - systemet som omfatter om lag 880 diagnoserelaterte grupper i 2011. Aktivitetsutviklingen i ISF-ordningen måles i antall DRG-poeng. Antallet DRG-poeng framkommer som et produkt av antall sykehusopphold og gj.snittlig kostnadsvekt.

DRG er et pasientklassifiseringssystem som gir en forenklet beskrivelse av aktiviteten ved å klassifisere sykehusopphold i et begrenset antall grupper. DRG-systemet innebærer en betydelig skjematisk og forenkling av den kliniske virkelighet og innebærer at det innenfor hver diagnosegruppe vil være opphold som er mer eller mindre ressurskrevende enn gjennomsnittsoffholdet.

I høringsnotatet vises det til at utbetalingene gjennom ISF-ordningen i all hovedsak påvirkes av fire faktorer, antall sykehusopphold, gjennomsnittlig kostnadsvekt (DRG-indeks), enhetspris og ISF-sats som for 2011 er 40 % av enhetspris.

FMNT tror denne ordningen vil bidra til å nå målsetningene med reformen, og at kommunesektoren i sin helhet ikke vil påføres økonomisk belastning som vil gå på bekostning av andre oppgaver. Imidlertid vil en vanskelig kunne unngå at enkeltkommuner vil få en større økonomisk belastning enn gjennomsnittet ved at alderssammensetning og andre miljøfaktorer påvirker befolkningens sykdomstilfeller. I de tilfellene kommuner blir økonomisk lidende som følge av denne ordningen, og det skyldes faktorer den enkelte kommune ikke rår over må det selvsagt kompenseres for slik det foreslås.

FMNT mener imidlertid at det som vil utfordre kommunene spesielt fremover er å makte å vri ressurser over til forebygging ved de incitamentordninger som er valgt i samhandlingsreformen, der fokuset fremdeles er mye på behandling.



**Forslag til forskrift om kommunenes dekning av utgifter til helse- og omsorgstjenester**  
Rådende prinsipp i forvaltning av helse- og omsorgstjenester i Norge er at mennesker uavhengig av hjelpebehov skal få den hjelpen de trenger uavhengig av hvor de ønsker å bosette seg jf. rundskriv I-43/99.

Forslaget til forskrift om kommunenes dekning av utgifter er en videreføring og forenkling av dagens regelverk der prinsippet om å skjerme institusjonskommunene fortsatt ligger fast. FMNT støtter denne videreføringen og forenklingen da gammel ordning med muligheter for en helt ny oppholdskommune å kreve refusjon fra den kommunen som pasienten/brukeren oppholdt seg i før innleggelse i institusjon var krevende, og til dels forvirrende å håndheve. Imidlertid kan det føre til at personer opplever at en ny kommune de flytter til har andre ordninger for omsorgslønn, og muligens BPA, men lovens krav er at personer skal få den hjelpen de har behov for uavhengig av hvor de velger å bosette seg og denne forenklingen anses å være positiv. Det ligger i forslaget en mulighet for å få refundert utgifter fra tidligere oppholdskommune i tilfeller kommunene blir enig om det seg imellom, og at det er tatt inn er i og for seg greit.

**Forslag til forskrift om disponering av kontantytelser fra folketrygden under opphold i institusjon som nevnt i helse- og omsorgstjenesteloven og felles trivselsordning**  
FMNT støtter primærforslaget om at forskriften oppheves.

**Forslag til forskrift om vederlag for kommunale helse- og omsorgstjenester utenfor institusjon**  
Ingen kommentar

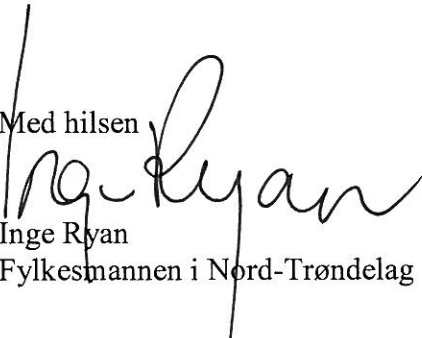
**Forslag til forskrift om vederlag for kommunal legehjelp og fysikalsk behandling**  
Ingen kommentar

**Forslag til forskrift om kommunal helse- og omsorgsinstitusjon**  
Ingen kommentar

**Forslag til forskrift om helsepersonellovens anvendelse**  
Ingen kommentar

**Forslag til forskrift om rett til helse- og omsorgstjenester til personer uten fast opphold i riket**  
Ingen kommentar

**Forslag til forskrift om oppjustering av driftsavtalehjemler for fysioterapeuter**  
Ingen kommentar

Med hilsen  
  
Inge Ryan  
Fylkesmannen i Nord-Trøndelag

  
Marit Dypdal Kverkild  
Fylkeslege