



Fylkesmannen i Sør-Trøndelag

Postboks 4710 Sluppen, 7468 Trondheim

Sentralbord: 73 19 90 00

Besøksadresse: E. C. Dahls g. 10

Saksbehandler
Åsmund Edvardsen
Sosial- og helseavdeling

Innvalgstelefon
73 19 93 25

Vår dato
06.10.2011
Deres dato
04.07.2011

Vår ref. (bes oppgitt ved svar)
2011/5524-721.0
Deres ref.
201101755

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 OSLO

Høring - samhandlingsreformen - forslag til forskriftsendringer og nye forskrifter som følge av Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester

Det vises til departementets invitasjon til høring forslag til endringer i eksisterende forskrifter og forslag til nye forskrifter som følge av ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester.

Dette er en felles høringsuttalelse for Fylkesmannen i Sør-Trøndelag og Helsetilsynet i Sør-Trøndelag.

Innledningsvis vil Fylkesmannen bemerke at forslagene til nye forskrifter fremstår som noe hastverkpreget og at konsekvensene i for liten grad er drøftet og vurdert. Forskriftene vil reise en rekke tolkningsspørsmål som burde vært mer avklart før forskriftene blir vedtatt og trer i kraft.

Forslag til forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter

I forslaget § 3 beskrives spesialisthelsetjenestens ansvar for vurdering og varsling når en pasienten kan ha behov for kommunal hjelp etter utskrivning. Hovedregelen er at slik varsling til kommunen skal skje innen 24 timer etter innleggelsen i spesialisthelsetjenesten. Fylkesmannen i Sør-Trøndelag antar at det pga. pasientens helsetilstand i mange tilfeller ikke vil mulig å foreta en slik vurdering innen 24 timer. Varslingsregelen er da "så snart det lar seg gjøre". Det er essensielt at sykehuset varslor så snart som mulig slik at kommunen har en rimelig tid på å tiltrettelegge det kommunale tilbudet. Tilsvarende må det sikres rask varsling ved endring av angitt forventet utskrivningstidspunkt. Dersom ikke kommunen har fått melding innen rimelig tid, bør heller ikke betalingsplikten inntre fra første dag, jfr. kommentarene til § 6.

Det må i merknadene til § 3 klargjøres at bestemmelsen ikke skal forstås slik at det er spesialisthelsetjenesten som avgjør om pasienten skal skrives ut til hjemmet eller til en kommunal institusjon. Denne avgjørelsesmyndighet ligger til kommunen.

	Embetsledelse og administrasjonsstab	Kommunal- og beredskapsavdeling	Oppvekst- og utdanningsavdeling	Sosial- og helseavdeling	Landbruk og bygdeutvikling	Miljøvern-avdeling
Telefon	73 19 90 00	73 19 90 00	73 19 90 00	73 19 90 00	73 19 90 00	73 19 90 00
Telefaks	73 19 91 01	73 19 91 01	73 19 93 51	73 19 93 01	73 19 91 01	73 19 91 01
E-post:	postmottak@fmst.no	Internett: www.fylkesmannen.no/st		Organisasjonsnummer: 974764350		

I § 4 angis vilkår for at en pasient skal anses som utskrivningsklar. Fylkesmannen i Sør-Trøndelag foreslår en viderføring, evnt. med en revidering, av dagens regler som i mye større grad definerer når en pasient skal anses utskrivningsklar.

I § 5 angis kommunens ansvar. Som nevnt mener vi kommunen må få varsel i rimelig tid før kommunen blir pliktig å ta i mot pasienten. Kommunens svarfrist om å gi tilbakemelding om når en kan ta imot pasienten, er angitt til "straks". Denne bør presiseres nærmere da "straks" i juridisk sammenheng kan bety alt fra umiddelbart dvs. i løpet av minutter, jfr. f. eks helsepersonelloven § 7, til dager, jfr. f. eks husleieloven § 2-12. Departementet har angitt at kommunen ikke kan avvende med å gi svar til dagen etter de har mottatt melding om utskrivningsklar pasient. Videre angis at kommunens ansvar for pasienter som er utskrevet fra sykehuset med behov for kommunale helse- og omsorgstjenester gjelder hele døgnet. Slike frister forutsetter for det første at de elektroniske kommunikasjonssystemer mellom helseforetak og alle kommuner fungerer, hvilket pr. i dag fremstår som svært usikkert. Og videre forutsetter dette at kommunen har døgkontinuerlig beredskap på dette området fra første dag i 2012. Vi tviler på om dette er gjennomførbart med det første. Det burde - i alle fall i en overgangsfase - ha vært gitt en noe romsligere frist for kommunen å gi svar. En slik rimelig frist vil for eksempel være dagen etter, forutsatt at det er gitt melding fra spesialisthelsetjenesten innen kontortid dagen før.

I § 6 er starttidspunkt for betaling angitt til den dag pasienten blir erklært utskrivningsklar. Dette kan medføre et urimelig ansvar for kommunen dersom det gis sent varsel, f.eks samme dag som pasienten er utskrivningsklar. En slik regel bør derfor forutsette at kommunen har fått rimelig varsel.

I forslaget § 7 gis kommunen rett på en redegjørelse fra spesialisthelsetjenesten. Det burde vært satt en frist for en slik redegjørelse, eks. maksimalt 14 dager. Av høringsnotatet fremgår videre at en slik redegjørelse ikke gjelder utveksling av opplysninger etter hpl. §§ 25 og 45. Det burde i forskriften ha vært gitt klare frister for når epikrise skal sendes. For å sikre forsvarlig helsehjelp bør det etter vår vurdering fastsettes krav om at epikrise foreligger og oversendes kommunen senest samtidig med at pasienten skrives ut.

I forslaget § 8 foreslås at fylkemannen skal behandle klager etter §§ 3-7. Det er imidlertid ikke vurdert eller kommentert de administrative eller økonomiske konsekvenser av dette. Departementet påpeker at det er viktig at ordningen med kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter ikke skaper unødig byråkrati for tjenesteyterne. Videre fremholdes at grunnleggende prosedyrekrav vil skape forutsigbarhet både for kommunene og spesialisthelsetjenesten. Fylkesmannen kan ikke se at disse hensyn er ivarettatt i bestemmelsen om klagerett til fylkesmannen. Erfaringsvis er tvistesaker mellom off. instanser, eksempelvis etter sosialtjenesteloven kap 10-3, omfattende og tidskrevende og skaper mye byråkrati for alle involverte. En slik klageordning som nå er foreslått, vil derfor etter vårt syn kunne innebære mye unødig byråkrati, stikk i strid med det som har vært intensjonen med forskriftsreglene. Bestemmelsen reiser også en rekke prosessuelle og materielle spørsmål som burde vært avklart i forskriften. For det første brukes begrepet klagerett, selv

om det ikke kan være meningen å gi pasienten en klagerett etter disse regler. Det er antakelig heller ikke tale om klage på enkeltvedtak, og klagereglene i forvaltningsloven gjelder derfor ikke. I realiteten fremstår dette som en tvisteordning mellom kommune og spesialisthelsetjenesten, men hvor det helt mangler prosedyreregler, bl.a. om hvem som kan fremme en tvist, frister for dette, mulighet for oppsettende virkning, angivelse av prøvingstema, fylkesmannens kompetanse og hvilke andre saksbehandlingsregler som skal gjelde. Det er også viktig å avklare forholdet til de lovpålagte samarbeidsavtaler som skal inngås mellom kommuner og regionale helseforetak/helseforetak. Disse vil sannsynligvis gi utfyllende regler til disse forskriftsbestemmelser, og dermed få stor betydning for hvordan reglene blir praktisert og forstås mellom partene.

På denne bakgrunn foreslås primært at det ikke gis for klageadgang til fylkesmannen etter forskriften. Alternativt må de prosessuelle og materielle regler for en slik tvisteordning utredes og klargjøres i en helt annen grad enn i foreliggende forslag.

Forslag til forskrift om kommunal medfinansiering

Fylkesmannen vil uttrykke generell bekymring for at den ordning med kommunal medfinansiering som forskriften legger opp til, vil skape mye byråkrati, og uten at det er klart at dette vil skape et mer helhetlig og bedre tjenestetilbud til pasientene.

I § 1 er det for forskriftens virkeområde foreslått at denne ikke skal gjelde for privatpraktiserende avtalespesialister. Dette vil innebære at på de områder hvor det både finnes tilbud i helseforetak og hos private, så vil det lønne seg for kommunen å henvise pasienten til det private tilbudet. En slik utilsiktet vridning er ikke nærmere drøftet i høringsnotatet.

Forslag til forskrift om kommunens dekning av utgifter til helse- og omsorgstjenester

Det er foreslått at dagens refusjonsbestemmelser i hovedsak videreføres inntil videre. Fylkesmannen i Sør-Trøndelag kan ikke se noe behov for å videreføre dagens refusjonsregler, og støtter derfor ikke innføring av denne forskrift. Dagens refusjonsregler utgjør, så langt vi kjenner til, en veldig liten del av de fleste kommuners utgifter til omsorgstjenester. Slike unntaksregler kan fort medføre unødige diskusjoner og avklaringer om grensetilfeller, uten at det kan sees å foreligge noe stort økonomisk behov for slike regler. I den grad fjerning av refusjonsreglene kan slå uheldig ut for noen få (tidligere) institusjonskommuner, bør de økte kostnadene disse har i denne forbindelse kompenseres på annen måte enn gjennom en generell refusjonsregel.

Det vil derfor være en klar forenkling av regelverket om det ikke gjøres noen unntak fra hovedprinsippet om at oppholdskommunen dekker kostnader til tjenester etter loven.

I den grad det likevel videreføres en refusjonsordning foreslås denne begrenset til utgifter mens tjenestemottaker oppholder seg i institusjon i en annen kommune.

Dersom noen av refusjonsreglene videreføres foreligger det klart behov for å definere hva som faller inn under institusjonsbegrepet i disse regler. De fleste tvistesaker vi har hatt de senere år har dreid seg om dette spørsmål. Videre registreres at forskriften ikke åpner for å bringe tvist mellom kommuner om refusjonsreglene inn for fylkesmannen, slik dagens regler åpner for. Bortfall av denne mulighet gir enda større behov for avklaring av forskriftens institusjonsbegrep.

Forslag til om disponering av kontantytelser fra folketrygden under opphold i institusjon som nevnt i helse- og omsorgstjenesteloven og felles trivselsordning

Fylkesmannen i Sør-Trøndelag støtter sterkt departementets primære forslag om å oppheve forskriftene om institusjonenes disposisjonsrett. Dette er en utdatert og formyndersk forskrift, som i svært varierende grad er i bruk av kommunene i dag. Vi har de siste 10 årene ikke hatt noen klagesaker etter den eksisterende forskrift.

Som departementet selv fremhever bør pasienter eller beboere som ikke selv er i stand til å disponere sine midler få hjelp og bistand enten av nærmeste pårørende eller av en hjelpeverge som utnevnes for vedkommende etter bestemmelser i vergemålsloven. Institusjonenes disposisjonsrett må derfor være basert på avtale med beboer, pårørende eller hjelpeverge. Det vurderes ikke behov for en egen regulering av dette i en egen forskrift etter pleie- og omsorgsloven. I den grad det vurderes å være behov for en forskrift som regulerer institusjonenes disposisjonsrett, må denne utarbeides på nytt ut fra dagens situasjon for institusjonsbeboere og i samsvar med de nye vergemålsreglene. Dersom det skal vedtas en forskrift for dette området forslås en mer gjennomgående og grundig revisjon enn det legges opp til i høringsnotatet.

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

Departementet foreslår å videreføre dagens regler. I forbindelse med en slik revisjon bør uavklarte forhold i dagens regler presiseres.

I forslaget § 1 angis regelen at kommunen selv kan fastsette betaling av vederlag og betalingssatser for praktisk bistand som ikke er personlig stell og egenomsorg. Departementet bes i merknadene avklare hvorvidt tildeling av trygghetsalarm er å anse som praktisk bistand til egenomsorg. Videre bes departementet fastsette veiledende normer for hva som er "tilstrekkelig til å dekke personlige behov" samt "bære sitt ansvar som forsørger".

I § 2 foreslås videreført regelen om et maksimalt utgiftstak dersom husstandens samlede skattbare nettoinntekt før særfradrag er under 2 G. Ved

inntektsvurderingen skal siste tilgjengelige skatteligning pr. 1. januar i det aktuelle året legges til grunn. Det er ikke i forskriften presisert hvilket års grunnbeløp som skal brukes. Dette bør forskriftsfestes slik at kommunen ikke kan legge til grunn "gammel" G og dermed redusere antall brukere som faller inn under 2 G grensen. Sosial- og helsedepartementet har i brev av 06.09.96 til Bydelsforvaltningen Gamle Oslo, uttalt at det er G pr. 1. januar i betalingsåret som skal legges til grunn for fastsetting av utgiftstaket. Det vises til at dette er i samsvar med formuleringen i den tidligere forskrifts § 8-4 (rundskriv I-2/93). Vi har erfart at disse tolkningsuttalelsene er ukjent for kommunene, og derfor bør følge direkte av forskriften.

Det bør også uttrykkelig forskriftsfestes at kommunen minst en gang i året må oppdatere vederlagsvedtaket ut fra nye opplysninger i ny ligning og ny G.

Forslag til forskrift om kommunal helse- og omsorgsinstitusjon

I forslaget foreslås å avgrense institusjoner loven til å gjelde sykehjem, aldershjem, barnebolig og bolig med heldøgns helse- og omsorgstjenester for rusmiddelavhengige.

Det har over mange år vært en klar policy å utfase aldershjem. Det fremstår da merkelig igjen å forskriftsfeste denne institusjonsformen. Det vil bl.a. lønne seg for en kommune å opprette aldershjem fremfor sykehjem når kvalitets- og funksjonskravene er mindre omfattende i et aldershjem. Det er vanskelig å se at dette er en ønsket utvikling.

Fylkesmannen i Sør-Trøndelag stiller seg videre spørrende til behovet for å avgrense kommunens muligheter til selv å definere de kommunale institusjoner etter helse- og omsorgstjenesteloven. Dette kommer i strid med de overordnede prinsipper om kommunens rett til selv å organisere sine tjenester. Ikke minst vil en slik regulering ikke ivareta behovet for en helt nødvendig fleksibilitet i utviklingen av de kommunale helse- og omsorgstjeneste. Samhandlingsreformen vil medføre behov for flere typer institusjonsplasser i kommunen. For eksempel er det et meget sentralt spørsmål om distriktsmedisinske sentra kan være institusjon etter loven. Etter det nye forslaget må slike sentra defineres som et sykehjem for å være en institusjon. Dette er uheldig og lite passende. Det kan også være behov for andre institusjoner som ikke naturlig kan defineres som sykehjem eller aldershjem. Bl.a. vil det gjelde ulike typer av korttidsopphold, ved rehabilitering og kortere opphold "på vei hjem" fra sykehuset.

Det sentrale må være at kommunen selv tydelig avklarer og definerer hvorvidt et heldøgns pleie- eller omsorgstilbud skal være en institusjon etter loven eller ikke. Det vil da også bli avklart hvilke konsekvenser dette har vedr. bl.a. krav til tjenesten, økonomi mv. Selv om aldershjem og rusomsorgsinstitusjoner ikke skal defineres som helseinstitusjon, bør i hovedsak de samme regler gjelde alle typer institusjoner etter loven. En oppdatert og revidert sykehjemsforskrift vil kunne avklare de nærmere kravene til slike helse- og omsorgstjenesteinstitusjoner.

Departementet foreslår videreføring av regelen i sosialtjenesteforskriftens om at fylkesmannen i tvilstilfeller skal avgjøre hva som skal regnes som institusjon

etter loven. Fylkesmannen kan ikke se behovet for en slik regel. Vi har ikke kjennskap til at tilsvarende regel i sosialtjenesteforskriften noen ganger har vært anvendt. Videre er det uklart når og hvem som skal bringe et slikt spørsmål inn for fylkesmannen. Er det bare kommunen selv som skal/kan gjøre dette, eller er dette også en mulighet for en bruker, pasient e. a? Når forskriften i tillegg klart begrenser hvilke institusjoner som kan falle inn under loven, kan vi heller ikke se når det kan være aktuelt å bringe et slikt spørsmål til fylkesmannen.

Forslag til forskrift om helsepersonellovens anvendelse

Fylkesmannen er enig i forslaget om at helsepersonelloven ikke skal gjelde for personer som mottar omsorgslønn. Vi kan imidlertid ikke se at det er grunnlag for at ikke journalføringsplikten skal gjelde alle andre personer som yter tjenester etter den nye loven. Behovet for en journalføringsplikt for å sikre gode og forsvarlige tjenester vil også gjelde for en som yter omsorgstjenester. Det er derfor vanskelig å se at det skal gjelde andre regler her når det er en felles lov. Vi finner det heller ikke mer problematisk og inngripende for den enkelte bruker å ha en journalføringsplikt for å sikre forsvarligheten her sammenlignet med når det gis helsehjelp. Det sentrale er uansett at det bare er det som er relevant og nødvendig som skal journalføres, og det vil da være forskjellige behov for å dokumentere tjenesteytelsens innhold alt etter tjenestens art. For en del omsorgstjenester, eksempelvis støttekontakt og hjemmehjelp, vil det ikke være stort behov for å journalføre mye.

På denne bakgrunn finner vi ikke grunnlag for å skulle differensiere journalføringsplikten mellom helse- og omsorgstjenester som sådan. Relevans- og nødvendighetskriteriet vil sikre en adekvat journalføring tilpasset den aktuelle tjeneste som ytes.

Avslutningsvis påpekes at det allerede i dag foreligger minimumskrav til dokumentasjon når det ytes omsorgstjenester i henhold til forvaltningslov, alminnelige forvaltningsrettslige prinsipper og internkontrollplikten. Det må imidlertid skilles på denne dokumentasjonsplikten og journalføringsplikten som følger av helsepersonelloven § 40.

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

Det foreslås å forskriftsfeste at koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering skal ha det overordnede ansvaret for arbeidet med individuell plan og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator. Forskriften om medisinsk habilitering og rehabilitering utvides til også å omfatte sosial og psykososial hab. og rehab. Etter vår vurdering burde de to forskriftene ha vært slått sammen slik at individuell plan ble en del av rehabiliteringsforskriften. Koordinerende enhet er del av rehab.forskriften og hva den skal gjøre, burde således naturlig følge i samme forskrift. Både IP og koordinator tillegges koordinerende enhet som overordnet ansvar og det bør således kunne leses uten å måtte åpne to ulike forskrifter. Dette ville også kunne bidra til mer oppmerksomhet og aktiv bruk av rehab.forskriften, samt styrke kravet om at

koordinerende enhet skal være synlig og lett tilgjengelig for pasienter og samarbeidspartnere.

Flere steder i forskiftene angis at kommunens helse- og omsorgstjeneste skal samarbeid med andre ut fra pasienten eller brukeren behov, jfr. bl.a. IP-forskriften § 6 og rehab.forskriftens § 7. Erfaringen er at helse og omsorg i slike tilfeller gjerne vil samarbeide med andre etater, men at dette ikke alltid er så lett å få til fordi de andre aktører ikke har et klart lovkrav, budsjett eller lik terminologi som forplikter de til slikt samarbeid. Eksempel på dette er funksjonshemmede barn i skolen hvor skolen har nok med sin individuelle opplæringsplan og ikke ser grunn til å koordinere denne med helse- og omsorgstjenestens individuelle plan. For å lykkes med et godt samarbeid med andre burde det forskriftsfestes en klarere plikt for andre etater å samarbeide med helse- og omsorgstjenestene.

I forslaget til § 8 i rehab.forskriften står det under første strekpunkt at koordinerende enhet skal motta meldinger om behov for IP. Her burde ansvaret utdypes til mer enn til bare å motta meldinger. Bl.a. bør det angis en plikt til å følge opp at IP arbeidet blir igangsatt og gjennomført.

Andre forskriftsarbeider

Det fremgår ikke av høringsnotatet om hvilke av reglene i forskrift til lov om sosiale tjenester mv som skal videreføres utover reglene i kap 8 om betaling utenfor institusjon. Videre er det varslet en gjennomgang av reglene forskriftens i kap 5 om beboernes rettigheter og bruk av tvang i rusomsorgsinstitusjoner.

Det er ikke noe sted omtalt om § 3-1 i forskrift til lov om sosiale tjenester mv. skal videreføres eller ikke. Her angis at fylkesmannen skal føre "tilsyn med private institusjoner og private boliger med heldøgns omsorgstjenester som ikke er tatt inn i kommunens plan". Reglene i § 3-2 siste ledd i den nye helse- og omsorgsloven gir en forskriftshjemmel til å regulere privat helse- og omsorgsvirksomhet.

I forbindelse med tilsyn ved rusinstitusjoner i Sør-Trøndelag har fylkesmannen blitt oppmerksom på at tilsynsbestemmelser og krav til internkontroll forstås svært ulikt rundt om i landet, når det gjelder private rusinstitusjoner. Dette fører til at de kravene som settes og i hvilken grad det føres tilsyn, blir svært ulik i de forskjellige fylkene. Vi mener derfor at det er et stort og presserende behov for at departementet avklarer forventninger og krav til disse institusjonene / tiltakene når det kommer en ny lov.

Det forutsettes at det ikke har vært meningen at slike institusjoner og tjenester skal stå utenfor både tilsyn og internkontrollplikt i den nye loven. I overgangsbestemmelsen i ny lov § 13-2 står det at forskrifter etc. gitt med hjemmel i lov som oppheves, gjelder også etter at ny lov er satt i kraft, med mindre de strider mot ny lov. Vi forstår dette slik at gammel forskrift § 3-1, og plikten til internkontroll i internkontrollforskriften fortsatt skal gjelde slik de står, inntil noe annet blir bestemt.

Det er videre et spørsmål om endringene i lov om statlig tilsyn § 2 om at fylkesmannen skal føre tilsyn med helse- og omsorgstjenesten i fylket, også innebærer en hjemmel for at fylkesmannen kan føre tilsyn med private rusinstitusjoner som en omsorgstjeneste. Vi antar at det er situasjonen. Videre er det et spørsmål om hva som gjelder for private virksomheter innen bl.a. rusomsorgen som driver med andre omsorgstiltak enn institusjonsdrift. En rekke lavterskeltiltak som eks. dagtilbud, har fram til nå ikke vært omfattet av regelverket. Betyr lovendringen i tilsynsloven at fylkesmannen skal føre tilsyn med samt kunne etterspørre internkontrollen hos alle som driver omsorgstjenester i en eller annen form? Vi mener departementet i forskrifts form må gjøre noen avklaringer om hvilke krav som skal gjelde for private omsorgstiltak, herunder hvor langt fylkesmannens tilsynshjemmel rekker overfor private omsorgsvirksomheter.

Med hilsen


Jan Vaage (e.f.)
fylkeslege


Åsmund Edvardsen
seniorrådgiver/jurist

Kopi:
Statens Helsetilsyn Postboks 8128 Dep 0032 OSLO